

Trabajo y salud en América Latina y el Caribe a través de las encuestas de condiciones de trabajo, empleo y salud

Pamela Alexandra Merino Salazar

TESI DOCTORAL UPF / 2016

DIRECTORS DE LA TESI

Dr. Fernando García Benavides (Centro de Investigación en
Salud Laboral, Universidad Pompeu Fabra)

Dra. Lucía Artazcoz Lazcano (Agència de Salut Pública de
Barcelona, Ajuntament de Barcelona)

DEPARTAMENT DE CIÈNCIES EXPERIMENTALS I DE LA
SALUT



A mi familia, con mucho amor

Agradecimientos

Ahora que está por culminar una etapa muy importante de mi vida, y, finalmente, he logrado plasmar en mi tesis doctoral el trabajo realizado durante los últimos cuatro años, son tantas las personas y momentos que pasan por mi mente. A todas ellas les debo las experiencias vividas y mucho de lo aprendido, por lo que quisiera expresarles mi agradecimiento.

En primer lugar, quisiera agradecer a mis directores Fernando y Lucía. A Fernando, muchas gracias por todo el tiempo dedicado a mi aprendizaje y por acompañarme de cerca en todo este proceso desde el primer día en que llegué a Barcelona, hace ya cinco años, hasta el día de hoy. A Lucía, gracias por los consejos, las revisiones, por esas fascinantes clases, por esos maravillosos artículos, que me han permitido incluir la perspectiva de género más allá de la investigación.

A Javier Campos, quien fue mi guía en las primeras etapas de aprendizaje, gracias por transmitirme sus conocimientos, por escucharme y por los siempre oportunos consejos.

A Montse y Sandra, gracias por el apoyo prestado para facilitarnos las actividades del día a día y por su guía.

A Consol, gracias por compartir conmigo la experiencia de la docencia.

A mis amigas y amigos del máster en salud laboral: Dalia, Mayte, Gemma, Edin, Rosa, Javier, Natalia, Sergi, Cynthia, Clara, Gianluca e Ione, gracias por todos los buenos recuerdos.

A mis amigas y amigos del CiSAL. A los que han pasado y a los que ya no están: Emily, Xavi, Isa, José Miguel, Diego, Elena, Albert, Bárbara, José María e Itzel, gracias por la ayuda oportuna. A las amigas que me han acompañado hasta el final: Mónica, María, María Andree, Marianela y Laura, gracias por su gran generosidad, por su apoyo y por su amistad.

A mis amigos de Eurofound: Agnes, gracias por darme la oportunidad de realizar la estancia de investigación, la cual sin duda fue una gran experiencia maravillosa; Greet, Gijs, Milos, Ricardo, Maximilliano, Karel, Jolinda, Jorge, gracias por hacer de mi estancia una mejor experiencia. A Kalina y Stephania, gracias por ser mi familia en Dublín.

A mis amigas y amigos de la Red de Expertos de Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud: Andrés, Marcelo, Lucía, John, Ada, Douglas, Lino, Cecilia, Jordi, Lorena, Fernando, Johanna, David G, María José, Eduardo, David M, Adriane, Lida, Javier, Fernando R, Marianela, Iselle, Clelia, Greet, Gloria y Alejandra, les agradezco por el tiempo, el esfuerzo, los viajes, las experiencias y el aprendizaje. Sin ustedes el resultado de esta tesis no sería el alcanzado.

A la directora, a los y las profesoras, a las madres del Colegio Les Acacias, gracias por demostrarme que siempre es posible ser más solidario.

A Maribel, Juan, Elena, Eli, “Las Yayas”, también a Maritza y Jossi, gracias por la amistad y por socorrernos en los momentos que necesitábamos.

A Myri, Ivan y María por ser la familia en Barcelona, gracias por los cuidados, el apoyo, las navidades, los cumpleaños, y por mucho más.

A Hilda, Rodrigo, Pauli, Rodri, Lidi, Rogelio, Lucho, Sandrita y Victor, a todos les agradezco profundamente porque a pesar de la distancia siempre han sabido acompañarme y transmitirme su amor. Muchas gracias Rodri por el toque profesional de los gráficos.

A Pablo, gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas, por ayudarme a crecer y por ser el mejor compañero. Mil gracias por las tantas lecturas de mi tesis.

A Sofía y Milena, gracias por acompañarme hasta el infinito y más allá, por el tiempo que les he robado, por los hermosos dibujos y manualidades, por los besos, los abrazos, las canciones, por las alegrías y por el amor incondicional. Muchas gracias a ustedes y a la Lidi por la portada, que refleja justamente lo que yo esperaba.

Desearía no olvidarme de nadie pero, con seguridad, con las emociones del momento, se me ha escapado alguien en ese mar de recuerdos. A todos les agradezco sinceramente porque al final esta tesis lleva un poco de lo aprendido de cada uno de ustedes.

Resumen

En respuesta a la necesidad de mejorar la calidad y comparabilidad de la información en salud laboral en América Latina y el Caribe, esta tesis se planteó como principales objetivos analizar las encuestas de condiciones de trabajo, empleo y salud (ECTES) disponibles en la región, así como elaborar una propuesta para mejorar su comparabilidad. Para cumplir con estos objetivos, identificamos y examinamos las similitudes y diferencias en la metodología de las ECTES de Colombia, Argentina, Chile, Centroamérica y Uruguay. Posteriormente, a través de un proceso de consenso estructurado, se desarrolló un cuestionario básico y unos criterios metodológicos para futuras ECTES en la región. Además, tomando en cuenta las diferencias metodológicas, analizamos los datos provenientes de estas encuestas en una muestra comparable de personas asalariadas no agrícolas con contrato escrito. Entre los principales resultados cabe destacar los siguientes: 1) las ECTES en América Latina difieren principalmente en la población de referencia y el lugar de realización de la entrevista, 2) se identificaron algunos patrones de exposición a malas condiciones de empleo, trabajo y estado de salud de la población estudiada y 3) el consenso final incluyó un cuestionario básico sobre condiciones de trabajo, empleo y salud (CTESLAC) compuesto por 77 preguntas distribuidas en seis dimensiones; y unas recomendaciones metodológicas mínimas, como por ejemplo, realizar la entrevista en el domicilio de la persona en lugar de en el centro de trabajo, permitiendo captar tanto a la población formal

como informal. Estos resultados pueden contribuir a mejorar la calidad y comparabilidad de la información en salud laboral en la población trabajadora de América Latina y el Caribe.

Abstract

In response to the need to improve the quality and comparability of information on occupational health in Latin America and the Caribbean, this thesis aims to analyze the working conditions surveys (WCSs) available in the region and to develop a proposal to improve the comparability of future surveys. In order to meet these objectives, we identified and examined the commonalities and differences in the methodologies of WCSs of Colombia, Argentina, Chile, Central America and Uruguay. Next, through a structured consensus process, a core questionnaire and basic methodological recommendations for future WCSs in the region were developed. In addition, we analyzed data from these surveys in a comparable sample of non-agricultural employees with written contract, taking into account the methodological differences between surveys. Our findings can be summarized as follows: 1) WCSs in Latin America differed mainly in the covered population, the place of interview, and the question wording 2) some patterns of exposure to poor working and employment conditions, and health status were observed in the studied population 3) the final consensus included a core questionnaire for working, employment and health conditions (CTESLAC), which comprises 77 questions organized in six dimensions, and main methodological recommendations such as conducting in-home interviews rather than workplace administered interviews and thus reaching both the formal and informal working populations. These results may contribute to improve the quality

and comparability of the information on occupational health in the working population in Latin America and the Caribbean.

Prólogo

La información sobre la salud laboral de la población en América Latina y el Caribe es escasa, poco fiable y comparable, lo que constituye un obstáculo significativo para desarrollar y evaluar políticas públicas y programas preventivos orientados a mejorar la salud de la población trabajadora.

En la última década, se han desarrollado las primeras encuestas de condiciones de trabajo, empleo y salud (ECTES) en varios países de América Latina y el Caribe, tomando como principales referencias, a la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo y a la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de España. La implementación de estas encuestas ha mejorado la información sobre salud laboral en la región, proporcionando una visión amplia sobre el trabajo y la salud de la población trabajadora de varios países. Sin embargo, la mayoría, se tratan de esfuerzos que no han tenido como unos de sus principales objetivos alcanzar la comparabilidad con otros países.

Esta tesis se basa en tres artículos originales, que se proponen contribuir a mejorar la calidad y comparabilidad de las futuras ECTES en América Latina y el Caribe. En el primero, identificamos las semejanzas y diferencias de la metodología de las ECTES disponibles en América Latina y el Caribe, constituyendo el punto de partida para los siguientes estudios. En el segundo, tomando en cuenta las características metodológicas de las ECTES estudiadas, examinamos algunas variables sobre condiciones de empleo, trabajo y salud en la población asalariada no agrícola con contrato escrito

de cada país. Los resultados de este segundo estudio, a pesar de sus limitaciones, aportan con una primera aproximación al trabajo y salud de la población trabajadora de la región. El tercer artículo, presenta la elaboración de una propuesta de un cuestionario básico y recomendaciones metodológicas mínimas para las futuras ECTES en la región. Este último artículo representa el trabajo cooperativo de un grupo multidisciplinar de 28 profesionales provenientes de diferentes países que constituyen la “Red de Expertos en Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud”, que a través de su conocimiento y experiencia, contribuyeron a enriquecer la propuesta. En este sentido, parte del trabajo de esta tesis se realizó en el marco de los tres Encuentros Iberoamericanos de Expertos en Encuestas de Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud realizados en Buenos Aires (2014), Belo Horizonte (2015) y Lima (2016).

El desarrollo de tesis se llevó a cabo en el Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL) de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. Además, durante una estancia de investigación en la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Eurofound), en Dublín, se lograron importantes avances en el segundo artículo y se participó en la elaboración del informe “Working Conditions in Central America”, publicado por Eurofound. Por otra parte, esta tesis ha sido financiada por una beca concedida durante cuatro años por la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) del Ecuador.

Consideramos que este trabajo es un paso importante para mejorar la comparabilidad, así como la calidad de la información sobre trabajo y salud de la población trabajadora en América Latina y el Caribe. Esperamos, que esta tesis constituya un punto de referencia para futuras investigaciones sobre la relación del trabajo y la salud, tan necesarias en el contexto latinoamericano y caribeño. Además, aspiramos a que el esfuerzo colectivo reflejado en la propuesta presentada en esta tesis, se fortalezca y se amplíe a un mayor número de países de la región, contribuyendo así a una efectiva vigilancia en salud laboral y a promover la salud de los trabajadores.

Índice

Resumen	xi
Abstract	xiii
Prólogo	xv
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 La relación trabajo y salud	3
1.1.1 El trabajo como determinante de la salud	3
1.1.2 El impacto de las condiciones de empleo en la salud	7
1.1.3 El impacto de las condiciones de trabajo en la salud	11
1.2 Trabajo y salud en América Latina y el Caribe	16
1.2.1 Características del mercado de trabajo	16
1.2.2 Estructura productiva	25
1.2.3 Riesgos laborales y daños a la salud: una necesidad de información	26
1.3 Vigilancia de la salud laboral a través de las encuestas de condiciones de trabajo, empleo y salud (ECTES)	29
1.3.1 El desarrollo de las ECTES a nivel mundial	32
1.3.2 El desarrollo de las ECTES en América Latina y el Caribe	34
1.3.3 Comparabilidad internacional de las ECTES	35
2. JUSTIFICACIÓN	42
3. OBJETIVOS	46
4. MÉTODOS	50
4.1 ECTES analizadas	51
4.2 Encuentros Iberoamericanos de Expertos en Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud	53
4.3 Consideraciones éticas	53
5. RESULTADOS	55
5.1 Artículo 1	57
5.2 Artículo 2	89
5.3 Artículo 3	135

6. DISCUSIÓN GENERAL	173
6.1 Hallazgos principales	175
6.1.1 Similitudes y diferencias en las características metodológicas de las ECTES en América Latina	175
6.1.2 Condiciones de empleo, trabajo y salud en trabajadores asalariados no agrícolas con contrato escrito en Colombia, Argentina, Chile, Centroamérica y Uruguay	180
6.1.3 Propuesta de un cuestionario básico y de recomendaciones metodológicas mínimas para mejorar la comparabilidad de futuras ECTES	186
6.2 Limitaciones y fortalezas	188
6.2.1 Limitaciones	188
6.2.2 Fortalezas	192
6.3 Implicaciones para las políticas y las prácticas	193
6.4 Investigaciones futuras	198
6.4.1 Validación, adaptación del CTESLAC y revisión periódica de la propuesta	198
6.4.2 Estudios epidemiológicos	201
7. CONCLUSIONES	207
8. REFERENCIAS	215
9. ANEXOS	247
9.1 Anexo 1. Informe. Resumen de los Encuentros Iberoamericanos sobre Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud	247
9.2 Anexo 2. Informe: Proceso del diseño del cuestionario básico propuesto para las encuestas sobre condiciones de trabajo, empleo y salud en América Latina y el Caribe	253
9.3 Anexo 3. Informe del Comité Ético de Investigación Clínica	323
9.4 Anexo 4. Informe: Working conditions in Central America	327

Lista de figuras

Figura 1. Modelo de los determinantes sociales de la salud de Dahlgren & Whitehead _____	5
Figura 2. Modelo causal en salud laboral _____	7
Figura 3. Tasa de participación (porcentaje), según sexo. América Latina y el Caribe (20 países), 1990-2014. _____	17
Figura 4. Tasa de desempleo urbano (porcentaje), según sexo y grupos de edad. América Latina (18 países), 2002-2014. _____	19
Figura 5. Estructura de la población ocupada (porcentaje), según situación en el empleo y sexo. América Latina (18 países) 2002 y 2014. _____	20
Figura 6. Estructura de la población ocupada (porcentaje), según situación en el empleo y país, 2014. _____	21
Figura 7. Estructura de la población ocupada (porcentaje) por sector de actividad económica, según sexo. América Latina (18 países), 2014. _____	22
Figura 8. Estructura de la población ocupada urbana (porcentaje) por grupos ocupacionales, según sexo y país. América Latina, 2013. _____	23
Figura 9. Empleo informal, según sexo y país. América Latina, 2013. _____	25
Figura 10. Países en América Latina y el Caribe que disponen de ECTES _____	35

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La relación trabajo y salud

El trabajo representa una actividad esencial de la vida de las personas, tanto a nivel individual como colectivo. Desde el punto de vista económico, no solo es la base de la organización de la producción en una sociedad, sino que para gran parte de la población, el trabajo es la fuente principal de ingresos que le permite, al mismo tiempo, cubrir sus necesidades básicas y acceder a bienes y servicios (Bambra, 2011). Desde una concepción más amplia, el trabajo no se restringe únicamente a las recompensas materiales, sino que además es un elemento central para la integración social, autodefinición y autorrealización personal (Noguera, 2002). Sin embargo, el trabajo puede exponer a la población trabajadora a diferentes tipos de factores de riesgo que pueden afectar a su salud (Burgard & Lin, 2013). De esta manera, el trabajo puede determinar tanto efectos positivos como negativos sobre la salud de la población.

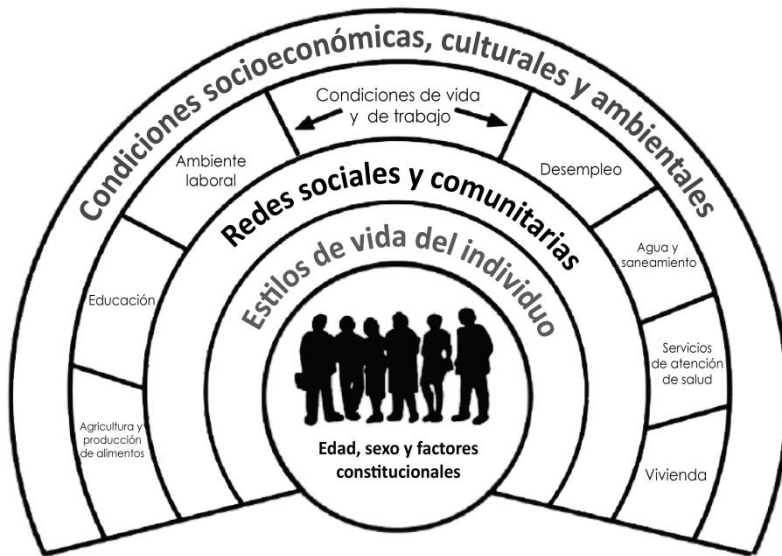
1.1.1 El trabajo como determinante de la salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias dependen de la forma en que el dinero, el poder y los recursos están distribuidos a nivel mundial, nacional y local, que a su vez están afectados por las decisiones

políticas a nivel social y económico. Todas estas condiciones tienen un impacto significativo sobre la salud y las inequidades en salud de la población (CDSS, 2009; Solar & Irwin, 2010).

El modelo de Dahlgren & Whitehead (1991), pretende explicar la relación entre la salud y sus múltiples determinantes. Como se observa en la Figura 1, este modelo está estructurado en cuatro capas, que señalan posibles niveles de intervención para las políticas públicas. En el centro se encuentran los factores individuales, como el sexo, la edad, y los factores hereditarios, todos los cuales afectan a la salud, pero sobre los que no se puede intervenir por no ser modificables. En la primera capa están los estilos de vida del individuo o hábitos relacionados con la salud, como el consumo de cigarrillos o bebidas alcohólicas. A continuación, en una segunda capa, se encuentra el apoyo y las redes sociales y comunitarias. En la siguiente capa encontramos las condiciones materiales y sociales en las que las personas viven y trabajan; incluyendo vivienda, educación, atención de salud, medio laboral, agricultura; entre otras. Y por último, en el nivel superior, se encuentran los factores estructurales tanto socioeconómicos, como culturales y medio ambientales. Todos estos determinantes interactúan entre sí influyendo en la salud de la población.

Figura 1. Modelo de los determinantes sociales de la salud de Dahlgren & Whitehead



Fuente: Modificado de Dahlgren & Whitehead, 1991.

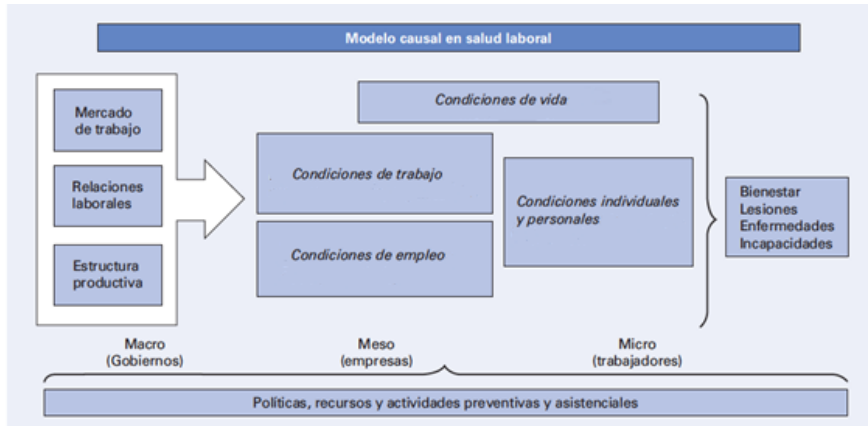
El análisis del trabajo como determinante social de la salud requiere la consideración de marcos conceptuales específicos centrados en el trabajo, como el propuesto por Benavides, García, & Ruiz-Frutos (2014). Como se observa en la Figura 2, este modelo está estructurado en distintos niveles de influencia de los determinantes de la salud en la población trabajadora y, a su vez, señala los posibles niveles de intervención.

A nivel macro o distal, se sitúan las características del mercado de trabajo, las relaciones laborales y la estructura productiva, desde donde influyen sobre las condiciones de trabajo y las condiciones de empleo. Las condiciones de trabajo pueden ser entendidas como las

características presentes en el ambiente físico y organizativo en que se desarrollan las tareas (Assunção, 2011). Estas incluyen las condiciones de seguridad (edificio o lugar de trabajo, las instalaciones y los equipos de trabajo), higiene (químicos, físicos y biológicos), ergonómicas (manipulación de cargas, movimientos repetitivos, etc.) y psicosociales (demanda, control, apoyo social, etc.) (Jódar & Benavides, 2006). Por otro lado, las condiciones de empleo se refieren a las características o condiciones establecidas en la relación entre empleador y empleado; (Assunção, 2011) (tipo de contrato, protección social, salario, duración de la jornada, turnos de trabajo, etc.) A su vez, las condiciones de trabajo y de empleo interactúan, en el nivel proximal, con las condiciones de vida (ambiente, alimentación, características familiares, movilidad y vivienda) y con las condiciones individuales y personales (sexo, edad, país de origen, educación, hábitos, etc.).

Por último, este modelo incorpora diferentes ámbitos de intervención, a nivel del trabajador (por ejemplo; formación, equipos de protección individual), de la empresa (por ejemplo; cambios organizativos) y de las políticas públicas elaboradas por los gobiernos (por ejemplo; regulación, derechos sociales). La interacción entre estos múltiples determinantes puede tener tanto efectos negativos como positivos sobre la salud de las personas, promoviendo mayor satisfacción y bienestar, o bien determinando la aparición de daños a la salud, incluyendo lesiones, enfermedades e incapacidades.

Figura 2. Modelo causal en salud laboral



Fuente: Modificado de Benavides, García & Ruiz Frutos, 2014.

1.1.2 El impacto de las condiciones de empleo en la salud

En la actualidad, la globalización está afectando a las condiciones de trabajo y de empleo de la población, especialmente en los países menos desarrollados (Kawachi, 2008). La competencia económica vinculada a la globalización se caracteriza por la desregulación de los mercados laborales, la reestructuración de las empresas de todos los sectores económicos e incremento de formas flexibles de empleo (Virtanen et al., 2013). De esta manera, mientras el empleo estándar ha disminuido, han surgido diversas formas de empleo atípico relacionadas a una precarización de las condiciones de empleo y una mayor exposición a factores de riesgo laboral, todo lo cual se asocia con efectos negativos en la salud de la población trabajadora (Benach & Muntaner, 2007; Vives et al., 2011).

El desempleo

La relación entre trabajo y salud se pone de manifiesto al comparar la salud de las personas con empleo con las desempleadas. De manera general, se asume que tener un empleo es mejor para la salud que no tenerlo. En este sentido, numerosos estudios llevados a cabo en diversos países, han demostrado que las personas desempleadas tienen mayor probabilidad de reportar peor salud autopercebida (Tøge & Blekesaune, 2015), de presentar trastornos mentales (Jefferis et al., 2011; Paul & Moser, 2009), y mayor riesgo de mortalidad (Iversen, Andersen, Christoffersen, & Keiding, 1987; Nylén, Voss, & Floderus, 2001), que las personas con empleo. Se han descrito varios factores que explican el impacto del desempleo en la salud, por ejemplo, la falta de recursos económicos, la exclusión social, la baja autoestima, y los hábitos relacionados con la salud (Bartley, 1994). Sin embargo, el hecho de tener un empleo no es suficiente para alcanzar adecuados niveles de salud física y mental. De hecho, varios estudios han observado el impacto negativo que unas malas condiciones de empleo y trabajo tienen sobre la salud.

Precariedad laboral

La precariedad laboral es un importante determinante social de la salud y de las desigualdades en salud (Benach et al., 2014). Mientras en países con economías menos desarrolladas los empleos precarios están ampliamente extendidos, en países de economías desarrolladas han ido incrementando durante las últimas décadas

(Benach & Muntaner, 2007). El empleo precario representa un constructo multidimensional que engloba varias dimensiones; como por ejemplo, inseguridad laboral, temporalidad, relaciones de negociación individuales entre empleador y empleado, derechos laborales y protección social limitados, falta de poder para ejercer derechos en el lugar de trabajo, y bajo nivel de ingresos (Benach, Amable, Muntaner, & Benavides, 2002).

Dos indicadores de precariedad laboral, la inseguridad laboral y el trabajo temporal, se han asociado con efectos negativos en la salud de la población trabajadora. Una reciente revisión sistemática encontró que la inseguridad laboral tanto como el desempleo están asociados con alteraciones de la salud mental y sintomatología física (Kim & von dem Knesebeck, 2015). Además, una revisión sistemática de estudios prospectivos encontró que la inestabilidad laboral se asocia a un riesgo similar que el estar desempleado para el desarrollo de síntomas depresivos (Kim & von dem Knesebeck, 2016). Por otra parte, una revisión sistemática y meta-análisis encontró una modesta asociación entre inseguridad laboral e incidencia de enfermedad coronaria (Virtanen et al., 2013).

Numerosos estudios han encontrado que los trabajos temporales están asociados con mayor morbilidad que los permanentes. Un metaanálisis mostró asociación entre el empleo temporal y alteraciones psicológicas, así como mayor riesgo de lesiones por accidentes de trabajo y menos bajas laborales (Virtanen et al., 2005). Se ha sugerido que las alteraciones psicológicas podrían estar mediadas por los altos niveles de inestabilidad presente en

muchos trabajos temporales. Asimismo, el mayor riesgo de lesiones por accidente de trabajo podría estar vinculado a una mayor exposición a condiciones de empleo adversas, menor información y formación con respecto a los riesgos laborales. En este sentido, un estudio llevado a cabo en una muestra de trabajadores españoles, encontró asociación entre un mayor riesgo de lesiones por accidente de trabajo y falta de experiencia y conocimiento de los riesgos del trabajo en los trabajadores temporales (Benavides et al., 2006). De la misma manera, estudios recientes que han incorporado enfoques multidimensionales para medir la precariedad laboral, también han encontrado que está asociada a efectos negativos en la salud. Por ejemplo, en España se observaron asociaciones entre precariedad laboral, medido con cuatro dimensiones de la Escala de Precariedad Laboral (EPRES): temporalidad, salario, vulnerabilidad y ejercer los derechos, con mala salud autopercebida y salud mental (Benach et al., 2015).

Empleo informal

El empleo informal se define como “conjunto de trabajos, ya sean llevados a cabo en empresas del sector formal, informal o en los hogares, durante un periodo de referencia dado, donde la población trabajadora no está reconocida, registrada, regulada o protegida bajo la legislación laboral y la protección social (OIT, 2003a).” El empleo informal y el impacto que este tiene sobre la salud de la población trabajadora han sido poco estudiados debido a la escasez y baja calidad de la información disponible (Muntaner et al., 2010). Sin embargo, la evidencia disponible muestra que la población con

empleos informales tiene peores indicadores de salud que la población con empleos formales. Estudios llevados a cabo en Brasil observaron que no tener un contrato formal de trabajo estaba relacionado con una mayor prevalencia de trastornos mentales comunes, aunque la mayoría de estos encontró esta asociación solo en mujeres (Ludermir & Lewis, 2003, 2005; Santana, Loomis, Newman, & Harlow, 1997). De forma similar, un estudio llevado a cabo en Brasil, encontró que las mujeres que realizan empleo del hogar, la mayoría con empleos informales, tenían una mayor prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en relación a mujeres con otras ocupaciones (Sales & Santana, 2003). Un reciente estudio realizado en 8.823 empleados no agrícolas de la I Encuesta de Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud encontró que no estar cubierto por la seguridad social, ser trabajador autónomo, o tener un contrato verbal o no tener contrato, estaban significativamente asociados con un pobre estado de salud autopercibida y salud mental tanto en hombres como mujeres (López-Ruiz, Artazcoz, Martínez, Rojas, & Benavides, 2015).

1.1.3 El impacto de las condiciones de trabajo en la salud

En las últimas décadas, principalmente en los países con economías desarrolladas, los cambios en el mundo del trabajo han conducido a una transformación en el perfil de exposición a riesgos laborales, desde los tradicionales factores de riesgo físico, químico, y ciertos

tipos de factores de riesgo ergonómico (por ejemplo; manipulación manual de cargas) hacia otro tipo de factores de riesgo ergonómico (por ejemplo; posturas incómodas y movimientos repetitivos) y; principalmente, a los factores de riesgo psicosocial. Sin embargo, la exposición a los factores de riesgo tradicionales sigue afectando a una gran parte de la población a nivel mundial, incluyendo los países con economías desarrolladas. Por ejemplo, según la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, en el 2010, mientras el 63% de la población trabajadora de la EU-27 refería estar expuesta por lo menos un cuarto del tiempo a movimientos repetitivos de manos y brazos, el 46% a posiciones incómodas y dolorosas, el 59% a trabajar a un ritmo muy acelerado y el 62% a trabajar plazos ajustados; el 23% reportaba estar expuesta a vibraciones, el 29% a ruido, el 15% a agentes químicos, y el 11% a agentes infecciosos (Eurofound, 2010a). Actualmente, existe amplia evidencia sobre los daños a la salud producidos por los diversos factores de riesgo laboral, tanto de naturaleza física como psicosocial.

Factores de riesgo de naturaleza física

Numerosos estudios han observado el impacto que diferentes factores de riesgo, tanto de seguridad, como ambientales, químicos, biológicos y ergonómicos tienen sobre la salud de la población trabajadora (Burgard & Lin, 2013). Por ejemplo, la exposición a ruido ha sido ampliamente estudiada, y desde hace mucho tiempo se reconocen sus efectos sobre el aparato auditivo, especialmente, por estar asociado con pérdida de la audición (Hong, Kerr, Poling, &

Dhar, 2013). Estudios más recientes, además la vinculan con efectos a la salud extra-auditivos, como por ejemplo, trastornos del sueño, hipertensión y trastornos cardiovasculares (Basner et al., 2014).

La sílice cristalina y el asbesto también han sido reconocidos históricamente por sus efectos en la salud de las personas, y han sido sujeto de numerosos estudios. La exposición a sílice cristalina está asociada a una mayor probabilidad de riesgo de mortalidad por silicosis, probablemente una de las enfermedades profesionales más antiguas (Markowitz & Rosnet, 1995). Más recientemente, la exposición a sílice cristalina también ha sido reconocida como factor de riesgo de cáncer de pulmón y enfermedad renal (Steenland, 2005). Esta exposición se da especialmente en los trabajadores en operaciones de minería, canteras, perforación, construcción de túneles, trabajo con piedras y chorreado abrasivo (Beckett et al., 1997). El asbesto es un producto cancerígeno y su exposición en el medio laboral, especialmente en la construcción, en la industria automotriz y en la construcción de barcos, se ha relacionado con el desarrollo de asbestosis, cáncer pulmonar, mesotelioma y otros trastornos de la pleura y el pulmón (Lin et al., 2007; Mossman & Gee, 1989).

En países con economías desarrolladas se han producido importantes avances en el control de la exposición a estos agentes (Ki, Attfield, Wood, & Syamlal, 2008); sin embargo, en países menos desarrollados, pese la evidencia sobre los daños a la salud que estos producen, aún persisten altos índices de exposición. En el caso del asbesto, mientras su uso ha sido prohibido en la mayoría de

países con economías desarrolladas, en los menos desarrollados su consumo se ha incrementado, como por ejemplo, en América Latina. Concretamente, Brasil, China, India, Japón, Rusia y Tailandia, abarcaban el 80% del consumo mundial en el 2000 (Virta, 2006). Se ha sugerido que uno de los mayores obstáculos para instar a la regulación de su producción y consumo, en los países menos desarrollados, es la falta de información sobre la situación a nivel local (Harris & Kahwa, 2003).

En relación a los riesgos ergonómicos, el progresivo crecimiento del empleo en el sector servicios y la rápida incorporación de las tecnologías de la información, vinculadas al uso intensivo de pantalla de visualización de datos, han sido responsables de un incremento en la exposición a movimientos repetitivos, a permanecer sentado por tiempo prolongado y a posturas incómodas. Existe amplia evidencia de que estos factores constituyen unas de las principales causas de trastornos musculoesqueléticos, incluyendo desórdenes del miembro superior y de la región lumbar (Punnett & Wegman, 2004; Yassi, 1997). Los trastornos musculoesqueléticos constituyen una importante causa de morbilidad y discapacidad en la población trabajadora. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en una muestra de 35.550 trabajadores de la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, encontró una prevalencia global de dolor lumbar de 46,1% y de cuello/miembro superior de 44,6%, aunque con importantes diferencias entre países (Farioli et al., 2014). En países con economías menos desarrolladas, incluso se han reportado mayores prevalencias de dolor musculoesquelético de miembros superiores en relación a los países

más desarrollados. Por ejemplo, en una muestra de trabajadores de oficina, basado en el estudio CUPID (Cultural and Psychosocial Influences in Disability) la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos del miembro superior en Nicaragua y Costa Rica era del 53,6% y 51,9% respectivamente, mientras en España era del 38,4% (Campos-Fumero et al., 2016). Sin embargo, debido a que los trastornos musculoesqueléticos son de origen multifactorial, se debe considerar también el papel que desempeñan los factores de riesgo psicosocial en la alta prevalencia de estos trastornos (Wahlström, 2005).

Factores de naturaleza psicosocial

En las últimas décadas ha crecido el interés sobre la relación de los factores de riesgo psicosocial con la salud (Formazin et al., 2014). Gran parte de los estudios se basan en los dos modelos más influyentes de riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (Johnson & Hall, 1988; Quick, 1990) y el modelo esfuerzo-recompensa (Siegrist et al., 2004). Numerosos estudios han mostrado la relación entre trabajos de alta tensión (altas exigencias psicológicas con bajo control) y el desequilibrio esfuerzo-recompensa (altos esfuerzos y bajas recompensas) con diversas alteraciones de la salud; por ejemplo, trastornos psicológicos (Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010; Quick, 1990; Stansfeld & Candy, 2006; Theorell et al., 2015), cardiovasculares (Bosma, Peter, Siegrist, & Marmot, 1998; Kivimäki et al., 2002, 2012), y musculoesqueléticos (Herr et al., 2015).

1.2 Trabajo y salud en América Latina y el Caribe

1.2.1 Características del mercado de trabajo

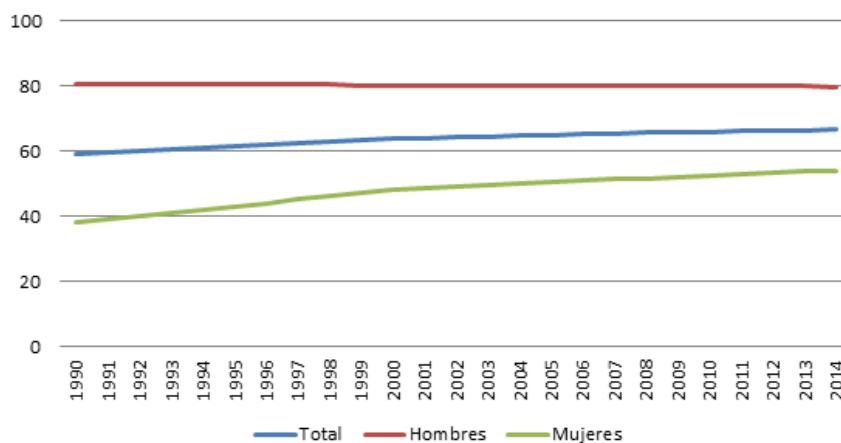
Después de dos décadas de un desempeño negativo de los indicadores de los mercados laborales en América Latina y el Caribe (Weller, 2000), a partir del 2002 se inició una etapa caracterizada por cambios positivos, incluyendo reducción del desempleo, aumento de la participación de las mujeres y disminución de la informalidad (CEPAL, 2015); impulsados por un ciclo de crecimiento económico favorable y por la implementación de políticas públicas destinadas a mejorar la calidad del empleo. Sin embargo, los progresos alcanzados no han conseguido modificar las características estructurales de los mercados de la región, especialmente los altos índices de informalidad. Es más, desde el 2011 la región se viene enfrentando a una desaceleración de la economía que pone en peligro la continuidad de los avances de la última década. En consecuencia, en los últimos años, estos indicadores reflejan los efectos de la debilidad de los mercados laborales y del bajo crecimiento económico de la región (CEPAL/OIT, 2016). Adicionalmente, en los distintos indicadores del mercado laboral, se observan claras desigualdades con respecto a edad, género, etnia y clase social.

La participación y el desempleo

A partir de los años setenta, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo en América Latina ha sido progresiva, y mayor

a la de los hombres, dada ya su alta participación (Infante & Klein, 1991). Confirmando esta tendencia, como se observa en la Figura 3, la tasa de participación de las mujeres aumentó de 38,2% a 54,2% entre 1990 y 2014, mientras en los hombres se mantuvo prácticamente estable, de 80,8% a 79,9%, respectivamente. Sin embargo, aún existe una significativa brecha en la participación de aproximadamente 25 puntos porcentuales a favor de los hombres. Esta brecha de participación es más amplia mientras mayor es el nivel de pobreza de la persona trabajadora, menor es el nivel educativo y cuantos mayores son las demandas de cuidado en el hogar (OIT, 2014).

Figura 3. Tasa de participación (porcentaje), según sexo. América Latina y el Caribe (20 países), 1990-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT

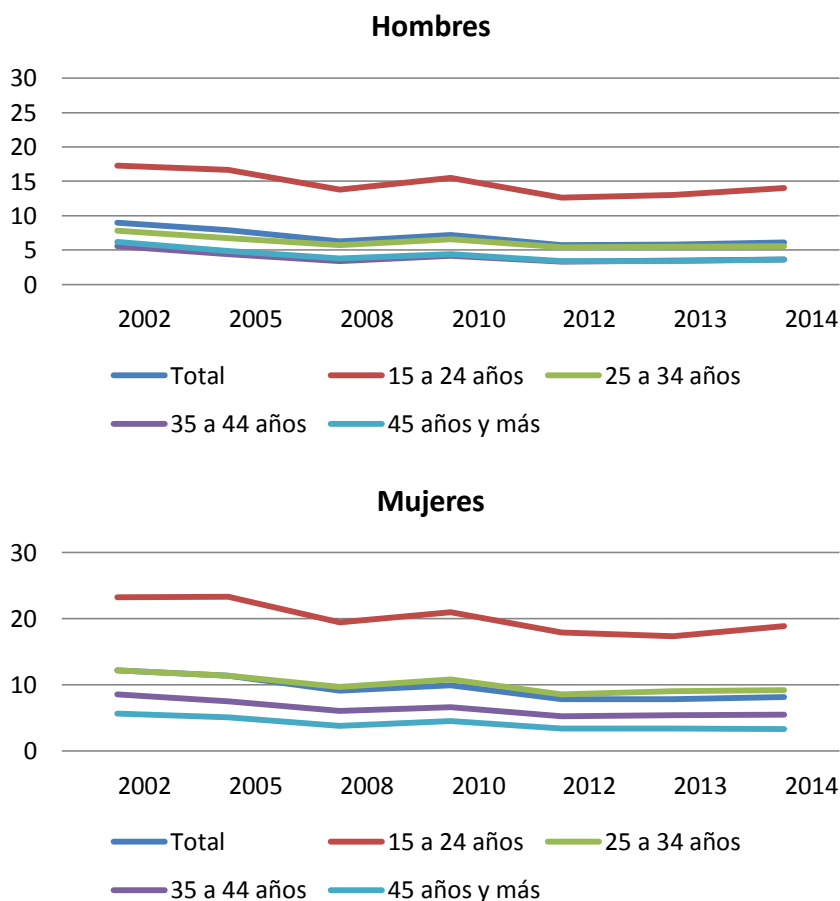
Un indicador que durante la última década destacó por su evolución positiva (CEPAL, 2013), marcando una inflexión con respecto a la

tendencia de las dos décadas precedente (Weller, 1998), fue la tasa de desempleo. A partir del 2003 el desempleo urbano ha descendido desde el 10,4%, hasta alcanzar en el 2013, al 6,7% de la población ocupada. Como muestra la Figura 4, a pesar de estas cifras históricamente bajas, este indicador se continuó mostrando menos favorable para las mujeres (7,3%) en relación a los hombres (5,8%) y para los jóvenes de 15 a 24 años de edad, en quienes la tasa de desempleo fue casi 3 veces superior al resto. De igual manera, se han observado diferencias en las tasas de desempleo de acuerdo a nivel de pobreza, condición étnica y racial, y entre las áreas urbanas y rurales, siendo los más afectados los pobres, la población afrodescendientes y de zonas urbanas (CEPAL, 2015).

Estructura del empleo

La estructura del empleo en América Latina se caracteriza por una gran heterogeneidad. Como se observa en la Figura 5, a pesar de que entre 2002 y 2014 la proporción de empleo asalariado aumentó de 54,4% a 59,5%, mientras disminuyó el porcentaje de trabajadores por cuenta propia de 28,8% a 26,7%, servicio doméstico de 5,6% a 4,7% y familiares no remunerados de 6,7 a 4,4%, la proporción de empleo no asalariado, excluyendo los empleadores, es significativo (35,8%).

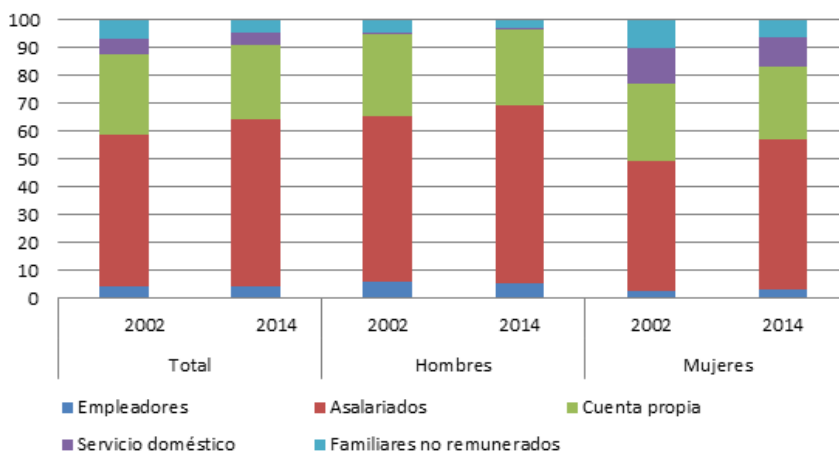
Figura 4. Tasa de desempleo urbano (porcentaje), según sexo y grupos de edad. América Latina (18 países), 2002-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT

A su vez, la inserción laboral en los distintos grupos refleja, una vez más, las desigualdades en el mercado laboral de la región. De esta manera, se observa un mayor porcentaje de mujeres en relación a los hombres que trabajan por cuenta propia, en el servicio doméstico y como familiares no remunerados, mientras más hombres que mujeres se insertan como empleadores y asalariados.

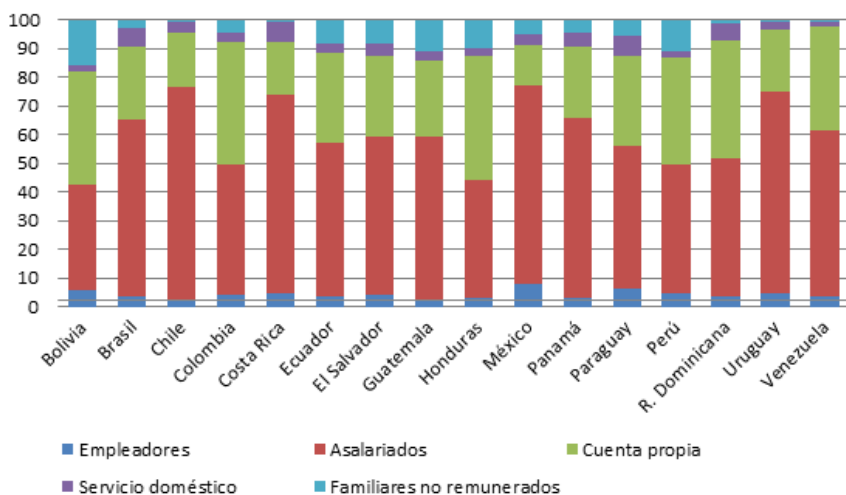
Figura 5. Estructura de la población ocupada (porcentaje), según situación en el empleo y sexo. América Latina (18 países) 2002 y 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT

Además, como muestra la Figura 6, la proporción de población asalariada es mayor en Brasil, Chile, Costa Rica, México, Uruguay y Panamá, siendo en todos ellos mayor al 60%. Por otro lado, Brasil, Costa Rica y Paraguay tienen el mayor porcentaje de personas trabajando en el servicio doméstico (7%), mientras que Bolivia, Guatemala, Honduras y Perú tienen los más altos porcentajes de familiares no remunerados. Adicionalmente, se ha evidenciado desigualdades por etnia, donde un mayor porcentaje de trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados se concentran en la población indígena (CEPAL, 2015). Estos elevados índices de empleo no asalariado se relacionan con una mala calidad de empleo y constituye un obstáculo para mejorar los bajos índices de cobertura a la seguridad social (OIT, 2012).

Figura 6. Estructura de la población ocupada (porcentaje), según situación en el empleo y país, 2014.

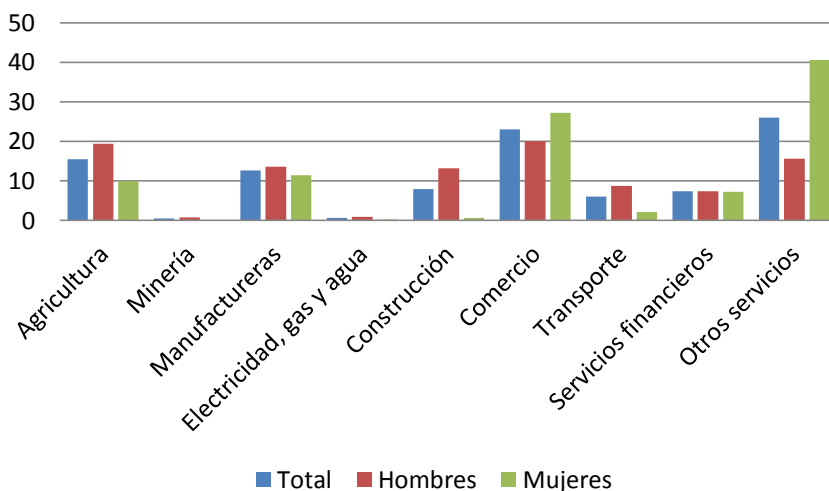


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT

Respecto a la evolución de la estructura sectorial del empleo en la región, ésta se ha caracterizado por una tendencia a largo plazo de expansión del empleo en el sector terciario y reducción del empleo en el sector primario (Weller, 1998). Como lo muestra la Figura 6, durante la última década esta tendencia se mantiene, concentrándose en el 2014, la población ocupada en el comercio (23%) y otros servicios (26%). Sin embargo, al igual que en los países con economías desarrolladas, existe una marcada segregación horizontal del mercado de trabajo, donde hombres y mujeres ocupan distintas ramas de actividad (CEPAL, 2014). Es así, como se observa en la Figura 7, que mientras más mujeres en relación a los hombres se insertan en actividades de comercio y otros servicios (68% y 36%, respectivamente), más hombres en relación a las mujeres se insertan en la agricultura (19,4% y 10%, respectivamente), industria (15,3%

y 11,9, respectivamente) construcción (13,2% y 0,7%, respectivamente) y transporte (8,8% y 2,1%, respectivamente).

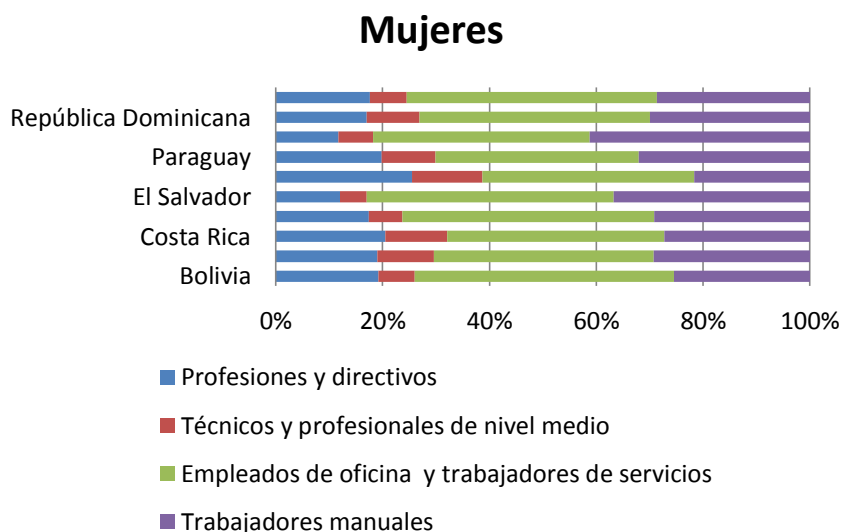
Figura 7. Estructura de la población ocupada (porcentaje) por sector de actividad económica, según sexo. América Latina (18 países), 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT

De acuerdo a la estructura por grupos ocupacionales, como muestra la Figura 8, se evidencia una marcada segregación horizontal del mercado de trabajo en los países con información disponible. Mientras el 50% o más de los hombres, en la mayoría de los países, son trabajadores manuales; principalmente oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas, cerca del 40% de las mujeres se emplean como empleadas de oficina o trabajadoras de servicio.

Figura 8. Estructura de la población ocupada urbana (porcentaje) por grupos ocupacionales, según sexo y país. América Latina, 2013.



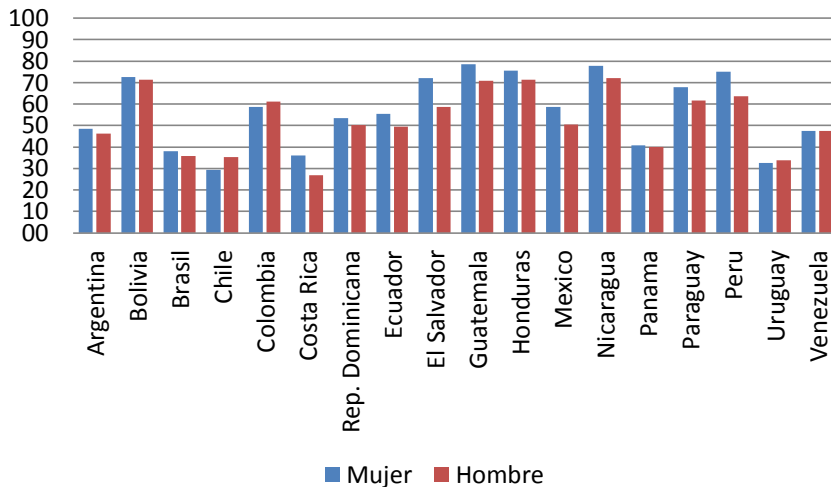
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT. ^a Incluye países con información disponible.

Empleo informal

El empleo informal es una característica estructural del mercado de trabajo de América Latina y el Caribe. A partir de la crisis económica de la región en los 80s, se adoptaron una serie de reformas laborales, que dieron como resultado la consolidación de la informalidad (Biles, 2009). A pesar de que en la última década, específicamente hasta el 2012, se registró una reducción del empleo informal, el porcentaje de trabajadores afectados sigue siendo significativo (OIT, 2013). De hecho, en el 2012, la informalidad afectaba a alrededor de 130 millones de trabajadores, que representan el 48% de la población ocupada no agrícola en la región (OIT, 2015a). Sin embargo, aunque la comparabilidad de los indicadores de la informalidad es difícil, la información disponible muestra que esta varía considerablemente según los países, como lo muestra la Figura 9. Asimismo, la mayor proporción del empleo informal se concentra en el sector informal; sin embargo, es destacable que un 25% lo hace en el sector formal (OIT, 2012). Aún más, la informalidad no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes grupos de trabajadores, afectando principalmente a la población trabajadora con menor nivel educativo, con mayores niveles de pobreza, a las mujeres y a los jóvenes (Chen, Vanek, & Heinz, 2006). Además el 80% de empleo informal se concentra en trabajadores de pequeñas empresas, trabajadores domésticos y trabajadores por cuenta propia (OIT, 2013). Esto contribuye a las desigualdades en el mercado laboral, ya que el empleo informal está relacionado con malas condiciones de empleo (empleo temporal, largos horas de trabajo y falta de seguridad social) y de trabajo, todo

lo cual tiene un impacto negativo en la salud de la población trabajadora (Muntaner, et al., 2010).

Figura 9. Empleo informal, según sexo y país. América Latina, 2013.



Fuente: Kilm 8ª edición. OIT. Argentina y Ecuador (2011), Bolivia y Venezuela (2009), Nicaragua (2010).

1.2.2 Estructura productiva

Una de las características de la estructura productiva en América Latina y el Caribe, es el claro predominio de micro y pequeñas empresas (MYPE) y de trabajadores por cuenta propia. Las MYPE constituyen el 47% del empleo, los trabajadores por cuenta propia el 28% y el trabajo doméstico el 5%, mientras las empresas medianas y grandes concentran únicamente el 19% del empleo. Esta estructura no ha presentado transformaciones importantes durante la última década, lo que constituye una limitación para el crecimiento

productivo, pero también para alcanzar empleos de mejor calidad (OIT, 2015b). En este sentido, se ha sugerido que en las pequeñas empresas el control de los riesgos laborales es más complejo debido a que no cuentan con los suficientes recursos humanos, económicos y tecnológicos (Champoux & Brun, 2003).

1.2.3 Riesgos laborales y daños a la salud: una necesidad de información

Los problemas estructurales de América Latina y el Caribe, como las altas tasas de trabajadores por cuenta propia, servicio doméstico y familiares no remunerados, predominio de micro y pequeñas empresas y de trabajadores en ocupaciones manuales, relacionados todos con la persistencia de altos índices de informalidad, y por lo tanto de precariedad laboral, sugieren que la población trabajadora en la región está expuesta a peores condiciones de empleo y de trabajo que en los países con economías más desarrolladas, teniendo como resultado un impacto significativo en su salud.

Asimismo, se asume que el perfil de riesgos laborales en la región varía según el nivel de desarrollo de los países, debido a la distribución de la población según sectores de actividad. A pesar de que de forma similar a los países con economías desarrolladas, el sector servicios es predominante, aún persiste un alto porcentaje de la población empleada en la agricultura (OIT, n.d.) y, en algunos países, la minería sigue ocupando un sitio importante. Por ejemplo, en el 2013, el 2,2% y el 2,8% de la población ocupada de Bolivia y

Chile, respectivamente, trabajaban en la minería (Naciones Unidas, n.d.-a). Entre los múltiples riesgos a los que los trabajadores están expuestos en estos sectores de actividad, destacan los pesticidas en la agricultura, y la exposición a polvo de sílice en la minería (Giuffrida, Iunes, & Savedoff, 2001). Por otra parte, el crecimiento del sector servicios puede ser responsable del surgimiento de riesgos propios de este sector de actividad como los riesgos psicosociales, mantenerse largos periodos sentados, y los movimientos repetitivos (Punnett & Wegman, 2004).

Como se señaló anteriormente, la falta de regulaciones y control permite que los trabajadores en América Latina y el Caribe se expongan a factores de riesgo, que han sido prohibidos en los países con economías desarrolladas; por ejemplo, el uso del asbesto. Pese a que existe amplia evidencia de los daños a la salud producidos por el asbesto, en la región no existe información local que apoye al desarrollo de medidas de control (Harris & Kahwa, 2003).

Por otra parte, las últimas estimaciones disponibles sobre los daños a la salud en América Latina y el Caribe, muestran que la incidencia de lesiones por accidentes mortales y no mortales es mayor que en los países con economías desarrolladas. Es decir que, mientras en los países con economías desarrolladas la tasa de accidentes de trabajo mortales y no mortales son 4,2 por 100.000 y de 3.240 por 100.000 trabajadores respectivamente, en América Latina y el Caribe son de 24,9 por 100.000 y de 18.000 por 100.000, respectivamente (Hämäläinen, Takala, & Leena Saarela, 2006). De igual modo, se estima que en el 2003, 107.112 personas estuvieron

afectadas por enfermedades mortales relacionadas con el trabajo (Hämäläinen, Leena Saarela, & Takala, 2009).

Sin embargo, en la mayor parte de América Latina y el Caribe no existe información para monitorizar la salud laboral de la población (Giuffrida, Iunes, & Savedoff, 2002). Consecuentemente, como se observó anteriormente, la mayoría de la evidencia disponible sobre los daños que las condiciones de empleo y trabajo desfavorables producen en la salud, proviene de países de economías desarrolladas. Esto constituye una barrera para guiar e instar al desarrollo de programas y políticas que permitan prevenir los daños a la salud que resultan de unas pobres condiciones de empleo y trabajo.

Los países de América Latina y el Caribe necesitan información fiable y comparable, que le permita una adecuada vigilancia de la salud laboral. De hecho, la Organización Mundial de la Salud, por medio del Plan de Acción Mundial para la Salud de los Trabajadores (OMS, 2007), la Organización Internacional del Trabajo por medio de la Estrategia Global en Materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (OIT, 2003b) y el Plan de Acción (2010-2016) (OIT, 2010), y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social por medio de la Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo (OISS, 2015) tienen entre sus objetivos principales el mejorar la calidad y disponibilidad de la información.

1.3 Vigilancia de la salud laboral a través de las encuestas de condiciones de trabajo, empleo y salud (ECTES)

La disponibilidad de fuentes de información fiables es indispensable para una adecuada vigilancia de la salud laboral de la población. La vigilancia incluye la recogida, análisis, interpretación y diseminación sistemática de los datos y de la información para guiar en el desarrollo, implementación y evaluación de programas para la prevención de daños a la salud y promover el bienestar de la población trabajadora (Rantanen et al., 2001).

La vigilancia de la salud laboral, idealmente, debería abordar el estado de salud de la población trabajadora y sus determinantes, tanto las condiciones de trabajo como las de empleo. Por lo tanto, particularmente en los países con economías desarrolladas, existen diversas fuentes complementarias de información; por ejemplo, registros de sustancias, de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, fuentes administrativas y sistemas de evaluación por expertos (Brooke, Cowley, Else, & Leggett, 2005). Todas estas fuentes de información son indispensables para la vigilancia en salud laboral, pero de forma separada nos una visión parcial de relación entre el trabajo y la salud.

Las encuestas sobre condiciones de trabajo, empleo y salud (ECTES), también conocidas como encuestas de condiciones de trabajo y salud (ECTS), o encuestas de condiciones de trabajo (WCS, por sus siglas en inglés), son fuentes de información en

salud laboral que recogen la percepción de la población trabajadora sobre numerosos aspectos de su trabajo y su salud, brindando una visión amplia y complementaria de esta compleja relación. Generalmente, proporcionan información sobre las características sociodemográficas, condiciones de trabajo y empleo, recursos y actividades preventivas del centro de trabajo, y estado de salud de la población trabajadora (Iñiguez, Agudelo-Suarez, Campos-Serna, Cornelio, & Benavides, 2012).

Las ECTES pretenden evaluar el estado actual y las tendencias temporales de las diferentes dimensiones de la salud laboral de la población, así como identificar los grupos en riesgo (Formazin et al., 2014). De esta manera, aspiran cumplir con su objetivo principal, que es apoyar en el diseño y evaluación de programas preventivos y políticas públicas dirigidos a mejorar la salud de la población trabajadora. Además, las ECTES son empleadas para la investigación en salud laboral, aunque su uso es aún escaso. De hecho, un estudio que analizó la utilización de las ECTES en la investigación en salud laboral, entre 1990 y 2009, identificó únicamente 15 artículos que habían empleado las ECTES como fuentes de datos, principalmente diferentes versiones de la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWCS) (Iñiguez et al., 2012).

Las ECTES ofrecen varias ventajas frente a las fuente tradicionales de información. En primer lugar, proporcionan una perspectiva más amplia sobre la relación trabajo y salud, debido a que recogen información sobre un mayor número de dimensiones en salud laboral (Artazcoz, 2003). En segundo lugar, la flexibilidad de los

cuestionarios permite la adaptación de sus contenidos a los cambios en la evidencia científica, y a las prioridades establecidas en un momento determinado (Lilley, Feyer, Firth, Cunningham, & Paul, 2010). En tercer lugar, se basan en muestras representativas de la población y pueden; si el diseño de la muestra lo permite, captar a toda la población ocupada. Además, son comparativamente más fáciles de implementar y menos costosos que los registros tradicionales (Brooke et al., 2005). Al mismo tiempo, se han sugerido algunas limitaciones con respecto a las ECTES. En primer lugar, se ha mencionado a la subjetividad de la información basada en la percepción de los trabajadores como una desventaja. Sin embargo, la percepción de los trabajadores es un elemento central de las ECTES, y es el mejor medio disponible para medir ciertos factores como los riesgos psicosociales. Además, ciertas preguntas como la de salud autopercebida, empleada en muchas ECTES, que se basa esencialmente en la percepción del trabajador sobre su propia salud, ha demostrado ser una buena predictora de mortalidad (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2006). En segundo lugar, el desconocimiento de la validez de las preguntas en algunas ocasiones, también ha sido visto como una limitación, si bien también lo es para varias de las fuentes de información en salud laboral (Brooke et al., 2005). Sin embargo, para superar esta limitación, algunas ECTS incorporan escalas ya validadas, como por ejemplo las relacionadas con la exposición a factores de riesgo psicosociales (Formazin et al., 2014), o respecto a la salud mental (Bech, Olsen, Kjoller, & Rasmussen, 2003; Sánchez-López & Dresch, 2008).

1.3.1 El desarrollo de las ECTES a nivel mundial

Las ECTES se vienen implementando en países con economías desarrolladas desde hace más de cuatro décadas. La primera ECTES, de ámbito nacional, se llevó a cabo entre 1969 y 1970 en Estados Unidos (Quinn, Seashore, & Mangione, 1975). Mientras, a nivel europeo, se implementaron las primeras en Francia (1978), Alemania (1979), Austria (1980), España (1987) y Suecia (1989 (Eurofound, 2003). A partir de entonces, las ECTES se han extendido significativamente a nivel mundial. En este sentido, en el 2006, un estudio realizado por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, identificó 66 encuestas nacionales y 8 transnacionales, si bien algunas no se trataban estrictamente de ECTES, sino que incluían varias dimensiones sobre condiciones de trabajo (Eurofound, 2007).

Entre las ECTES, destaca la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWCS, por sus siglas en inglés), llevada a cabo por la Fundación Europea para la Mejora de Vida y Condiciones de Trabajo (Eurofound, por sus siglas en inglés) (Wegman & Hogstedt, 2014). Desde su primera edición en 1991, la EWCS, selecciona una muestra aleatoria de trabajadores asalariados y por cuenta propia, y realiza la entrevista en sus respectivos domicilios. A través de sus distintas ediciones se ha ido consolidando como una herramienta eficaz para la vigilancia de las condiciones de trabajo y empleo de la población (Eurofound, 2012). Actualmente está en su sexta edición y se ha venido realizando con una periodicidad de cinco años (Eurofound, 2015a). Durante estos 25 años, se ha expandido

geográficamente, desde 12 países en su primera edición hasta los actuales 35 países (EU-28, Albania, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Serbia, Turquía, Suiza y Noruega). En su última edición, en total, más de 43.000 trabajadores fueron seleccionados aleatoriamente (entre 1.000 y 3.300 en cada país). De la misma manera, a través de sus distintas ediciones, ha visto la necesidad de adaptarse a los cambios en el mundo del trabajo, por lo que la cantidad de los temas incluidos en la encuesta también han ido incrementando. Algunos de los temas que actualmente cubre son: situación en el empleo y tipo de contrato, factores de riesgo físico y psicosociales, liderazgo, organización y duración del tiempo de trabajo, cambios en el lugar de trabajo, conciliación de vida laboral y la vida privada, formas modernas de organización del trabajo y, salud y bienestar, entre otras (Eurofound, 2015b). El empleo, en todos los países, de un cuestionario estándar, criterios metodológicos unificados y controles de calidad en todo el proceso, han permitido a la EWCS recoger, medir y evaluar la información de forma homogénea entre los distintos países (Gallup, 2010). Es así que, los datos provenientes de la EWCS son comparables entre países y a lo largo del tiempo, apoyando así a la generación eficaz de políticas públicas. Todo esto, le ha permitido convertirse en un referente para las ECTES a nivel mundial.

En los últimos años, y desde la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, se ha desarrollado un nuevo tipo de encuesta centrada en la gestión preventiva de los riesgos presentes en la empresa. La II Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos

y emergentes (ESENER-2, en sus siglas en inglés), se llevó a cabo en el 2014 e incluyó a más de 50.000 empresas de 36 países europeos (EU-OSHA, 2016). La información proporcionada por la ESENER complementa, desde la perspectiva de la gestión, a la EWCS.

1.3.2 El desarrollo de las ECTES en América Latina y el Caribe

A partir del 2007, como lo muestra la Figura 10, varios países en América Latina han ido implementando sus primeras ECTES: Colombia en el 2007 y el 2013 (Ministerio de Protección Social, 2007; Ministerio del Trabajo, 2013), Guatemala en el 2007 (Consejo Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, 2007), Argentina en el 2009 (Ministerio de Trabajo & Superintendencia de Riesgos del Trabajo, 2009), Chile en 2009-2010 (Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, & Instituto de Seguridad Laboral, 2011), los seis países de habla hispana de Centroamérica en el 2011 (OISS & INSHT, 2012), y Uruguay en el 2012. En el 2014, Argentina implementa una ECTES en el domicilio dirigida a la población trabajadora del sector agrícola (Superintendencia de Riesgos del Trabajo, 2014).

Figura 10. Países en América Latina y el Caribe que disponen de encuestas de condiciones de trabajo, empleo y salud (ECTES)



Fuente: Elaboración propia

1.3.3 Comparabilidad internacional de las ECTES

Si bien el uso de las ECTES se ha extendido a nivel mundial desde hace varias décadas, aportando información indispensable para la toma de decisiones basada en una mejor evidencia, en la actualidad no existen protocolos que sean empleados a nivel global para estandarizar las diferentes etapas de su desarrollo, que permita la comparabilidad de estas encuestas a nivel internacional. De hecho algunos estudios han comparado las características metodológicas de las ECTES de países de economías desarrolladas, encontrando

numerosas diferencias, principalmente relacionadas con las poblaciones de referencia, al diseño de la muestra, el contenido del cuestionario y el diseño de las preguntas (Eurofound, 2007, 2010a; Formazin et al., 2014; Narocki, Zimmerman, Artazcoz, Gimeno, & Benavides, 2009)

Población de referencia

Una de las diferencias más relevantes entre las ECTES son los criterios empleados para definir las poblaciones de referencia. De acuerdo a dos estudios comparativos complementarios basados en las ECTES disponibles a nivel mundial hasta el 2006 (Eurofound, 2003, 2007), las poblaciones objetivo variaban con respecto a la situación laboral, al sector de actividad, al tamaño de empresa, y a la edad. Por ejemplo, mientras algunas encuestas incluían a la población activa, otras solo incluían a la población ocupada. Además, a pesar de que la mayoría de las encuestas abarcaban todos los sectores de actividad, las que no lo hacían excluían principalmente el sector primario y la administración pública. De igual modo, un estudio que comparó la metodología de las ECTES realizadas en España y sus diferentes Comunidades Autónomas (Narocki et al., 2009), identificó que la población objetivo se definía como la población ocupada o como las empresas o centro de trabajo de donde se seleccionaba a los trabajadores a ser entrevistados. Además, observó que mientras algunas encuestas incluían a toda la población ocupada, otras cubrían solo a la población ocupada afiliada al Régimen General de la Seguridad

Social. Estas diferencias limitan significativamente la comparación entre encuestas afectando las conclusiones que deriven de ellas.

Diseño de la muestra

Todas las ECTES disponibles a nivel mundial se basan en diferentes tipos de muestreo probabilístico, cuyo objetivo es alcanzar una adecuada representatividad a nivel poblacional. De acuerdo a los dos estudios de la Fundación Europea para la Mejora de Vida y Condiciones de Trabajo (Eurofound) (Eurofound, 2003, 2007), los principales tipos de muestreo de las ECTES realizadas hasta el 2006 eran: 1) muestreo multietápico probabilístico estratificado por conglomerados, 2) muestreo probabilístico simple, 3) muestreo por cuotas, y 4) muestreo probabilístico estratificado, siendo este último el más frecuente. Es decir, la mayoría de las encuestas seleccionaron la muestra de manera aleatoria buscando la representatividad por grupos específicos de población – estratos. Sin embargo, esta heterogeneidad en el diseño de la muestra no debería constituir un obstáculo para alcanzar la comparabilidad entre países. Es decir, no es necesario que el diseño de la muestra sea similar para lograr la comparabilidad entre países, siempre y cuando se trate de métodos probabilísticos de selección (Kish, 1994). Por lo tanto, como señala el Panel de Expertos del Muestreo de la Encuesta Social Europea (2010) “un diseño óptimo de la muestra para encuestas transculturales debe consistir en la mejor práctica aleatoria utilizado en cada país participante.” Es decir, debido a que los recursos en cada país varían enormemente; por ejemplo, con respecto a la disponibilidad de marco muestrales y

recursos económicos, es recomendable que los diseños de la muestra sean escogidos de manera flexible.

Estrategia de recogida de información

Estandarizar el modo de recogida de la información es un aspecto clave para garantizar la comparabilidad entre encuestas. Sin embargo, según Eurofound (2003, 2007), los medios de recogida de información entre las ECTES disponibles hasta el 2006 variaban significativamente, incluyendo el teléfono, mail, internet y los cuestionarios escritos. Mientras que algunas entrevistas se realizaban en el lugar de trabajo, el método más frecuente para recoger información eran las entrevistas personales en el domicilio de la persona trabajadora. Esta diferencia representa una de las principales limitaciones para la comparabilidad entre países, ya que el empleo de diferentes estrategias de recogida de información da lugar a diferencias en la cobertura de la población y tasas de respuesta entre países, y afecta a la fiabilidad de las respuestas.

Cuestionario

El cuestionario de las ECTES es el instrumento mediante el cual se recoge las percepciones y experiencias de una muestra de la población trabajadora sobre diferentes dimensiones de la salud laboral, y constituye un elemento clave para alcanzar la comparabilidad entre países. Sin embargo, se ha observado que la temática abordada difiere ampliamente entre encuestas (Lilley et al., 2010). Esta heterogeneidad podría deberse, en primer lugar, a que

no se ha llegado a consensuar un cuestionario estándar a ser aplicado internacionalmente y, en segundo lugar, a que el concepto de vigilancia en salud laboral, en general, abarca dos áreas: la vigilancia de la salud de los trabajadores y la vigilancia de los riesgos laborales, excluyendo otros determinantes de la salud de los trabajadores; por ejemplo, las condiciones de empleo y las características familiares. En este sentido, los estudios llevados a cabo por Eurofound (Eurofound, 2003, 2007), principalmente con las encuestas de países de economías desarrolladas, encontraron una gran variedad de temas cubiertos por las encuestas, incluyendo información de los trabajadores, historia laboral, condiciones de empleo, factores del entorno físico, la organización del trabajo, prevención de riesgos laborales y daños a la salud. Sin embargo, temas como el trabajo doméstico, fueron excluidos de la mayor parte de las encuestas. Por otro lado, un reciente estudio realizado en base a las encuestas Europeas, encontró que si bien habían muchos temas en común en relación a los factores de riesgo psicosocial, las preguntas empleados para medirlas variaban considerablemente (Formazin et al., 2014).

En consecuencia, se han encontrado varios aspectos que limitan la comparabilidad internacional de las ECTES desarrolladas a nivel nacional hasta el 2006, principalmente de países con economías desarrolladas. El reciente desarrollo de las ECTES en varios países de América Latina y el Caribe, que han tomado como referente, básicamente, a la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWCS) y a la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de España (ENCT), plantea la posibilidad de realizar análisis

comparativos entre países, empezando por conocer sus características metodológicas.

JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

Los mercados de trabajo de América Latina y el Caribe caracterizados por la persistencia de altos índices de informalidad, de empleo no asalariado y predominio de pequeñas empresas, sugieren una alta prevalencia de exposición a riesgos laborales, y por lo tanto, una alta prevalencia de daños a la salud (Giuffrida et al., 2002). Por otro lado, el incremento de diferentes formas de empleo no estándar, producto de la globalización, ha sido vinculado a precariedad laboral, a la aparición de nuevos riesgos laborales y peores indicadores de salud (Benach et al., 2014; Kawachi, 2008), especialmente en países con economías menos desarrolladas (Lucchini & London, 2014).

No obstante, uno de los mayores obstáculos para un eficaz desarrollo de programas preventivos y políticas públicas dirigidos a mejorar la salud de la población trabajadora es la falta de información fiable. En América Latina y el Caribe los datos procedentes de las tradicionales fuentes de información, tales como los registros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, aunque son esenciales para la vigilancia en salud laboral, nos muestran solo una parte de la compleja relación entre el trabajo y la salud, tienden a subestimar significativamente la magnitud de la siniestralidad laboral, cubren solo a una parte de la población trabajadora y su comparabilidad es limitada (Giuffrida et al., 2002).

El reciente desarrollo de las primeras ECTES en varios países de América Latina y el Caribe ha mejorado la información sobre salud

laboral en la región. En este sentido, han aportado, por primera vez, con una visión amplia sobre la situación del trabajo y la salud a nivel nacional. Sin embargo, se han tratado de esfuerzos individuales que, en la mayor parte de los casos, no han tenido como objetivo alcanzar la comparabilidad entre los diversos países de la región. De esta manera, la falta de protocolos estandarizados para el desarrollo y la implementación de las ECTES podría limitar significativamente la comparabilidad entre países.

Disponer de información comparable entre países es un aspecto fundamental para la formulación de políticas basada en la evidencia. Por lo tanto, son necesarios esfuerzos concertados que permitan estandarizar la recogida, análisis e interpretación de la información entre países (Choi, Tennasse, & Eijkemans, 2001). En este sentido, mejorar la comparabilidad entre los diversos países de la región, no solo proporcionaría un conocimiento más amplio de la salud laboral en la región, sino que contribuiría al aprendizaje mutuo, identificando posibles direcciones de mejora para el desarrollo de programas preventivos y políticas más eficaces para mejorar la salud de la población trabajadora.

El propósito de esta tesis doctoral es contribuir a mejorar la calidad y comparabilidad de la información en salud laboral en América Latina y el Caribe, por medio de un análisis exhaustivo de las ECTES de la región, así como de la elaboración de una propuesta de un cuestionario y unos criterios metodológicos para futuras ECTES en la región.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

Objetivo 1.

Identificar similitudes y diferencias en las características metodológicas de las ECTES llevadas a cabo en América Latina hasta el 2013.

Objetivo 2.

Comparar las condiciones de trabajo, empleo y salud en la población asalariada no agrícola con contrato escrito de Colombia, Argentina, Chile, Centro América y Uruguay en base a las ECTES disponibles en América Latina.

Objetivo 3.

Elaborar una propuesta de cuestionario básico, así como de criterios metodológicos mínimos, para mejorar la comparabilidad de las futuras ECTES en América Latina y el Caribe.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

4.1 ECTES analizadas

Los tres estudios incluidos en esta tesis se basan en las ECTES disponibles en diferentes países de América Latina y el Caribe hasta el 2013: Colombia (2007), Argentina (2009), Chile (2009-2010), los seis países de habla hispana de Centroamérica (2011), y Uruguay (2012). Se excluyeron las ECTES de Guatemala (2007) y Colombia (2013) porque al momento del desarrollo de la investigación no se contó con la información requerida y no fue posible el acceso a sus bases de datos. Como se observa en el Cuadro 1, en esta sección se introduce a cada encuesta, mientras el detalle de sus características metodológicas se describe en el primer artículo. De la misma forma, la población, el diseño, y las variables de estudio, así como el análisis estadístico, están disponibles en la sección de metodología de los respectivos artículos.

Cuadro 1. Encuestas de condiciones de trabajo, empleo y salud analizadas.

Ámbito geográfico	Denominación de la Encuesta	Año	Gestor
Colombia	I Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales (I ENCST)	2007	Ministerio de Protección Social
Argentina	I Encuesta Nacional a Trabajadores. Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral	2009	Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales
Chile	I Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS)	2009-2010	Ministerio de Salud, Instituto de Seguridad Laboral, Dirección del Trabajo
Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, y Panamá	I Encuesta Centroamericana sobre Condiciones de Trabajo y Salud (ECCTS)	2011	Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
Uruguay	I Encuesta sobre Condiciones de Trabajo, Seguridad y Salud Laboral en Uruguay	2012	Universidad de la República y Universidad Rey Juan Carlos

Fuente: Elaboración propia

4.2 Encuentros Iberoamericanos de Expertos en Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud

Una parte del trabajo de esta tesis se realizó como apoyo a los tres Encuentros realizados hasta ahora, en Buenos Aires (2014), Belo Horizonte (2015) y Lima (2016), los cuales se resumen en el anexo 1. La participación activa en los debates sostenidos en estas reuniones ha sido clave para la profundización de los aspectos metodológicos de esta tesis. En especial, cabe destacar la revisión detallada de los ítems incluidos en los diferentes cuestionarios, para comparar la formulación de los ítems y sus categorías de respuestas. Esto fue publicado en el informe “Proceso del diseño del cuestionario básico propuesto para las encuestas sobre condiciones de trabajo, empleo y salud en América Latina y el Caribe” (ver anexo 2).

4.3 Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica-Parc de Salut Mar en Barcelona (ver anexo 3). Las bases de datos utilizadas en el segundo artículo eran anonimizadas, y por lo tanto no se tienen datos de carácter personal. Para el tercer artículo, los participantes dieron su consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de los datos según lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 Artículo 1

Merino-Salazar P, Artazcoz L, Campos-Serna J, Gimeno D, Benavides FG. [National working conditions surveys in Latin America: comparison of methodological characteristics.](#) *Int J Occup Environ Health.* 2015; 21:266-74.

Merino-Salazar P, Artazcoz L, Campos-Serna J, Gimeno D, Benavides FG.
[National working conditions surveys in Latin America: comparison of methodological characteristics](#). *Int J Occup Environ Health*. 2015 Jul-Sep;21(3):266-74. doi: 10.1179/2049396715Y.0000000004

5.2 Artículo 2

Merino-Salazar P, Artazcoz L, Cornelio C, Iñiguez M, Rojas M, Martínez-Iñigo D, Vives A, Funcasta L, Benavides FG. [Work and health in Latin America: results from the working conditions surveys of Colombia, Argentina, Chile, Central America and Uruguay](#)

Merino-Salazar P, Artazcoz L, Cornelio C, Iñiguez MJI, Rojas M, Martínez-Iñigo D, Vives A, Funcasta L, Benavides FG. [Work and health in Latin America: results from the working conditions surveys of Colombia, Argentina, Chile, Central America and Uruguay](#). *Occup Environ Med*. 2017 Jun;74(6):432-439. doi:10.1136/oemed-2016-103899

5.3 Artículo 3

Benavides FG, Merino-Salazar P, Cornelio C, Assunção AÁ, Lima E de P, en nombre de la Red de Expertos en Encuestas de Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud. [Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe](#)

Benavides FG, Merino-Salazar P, Cornelio C, Assunção AA, Agudelo-Suárez AA, Amable M, Artazcoz L, Astete J, Barraza D, Berhó F, Milián LC, Delclòs G, Funcasta L, Gerke J, Gimeno D, Itatí-Iñiguez MJ, Lima EP, Martínez-Iñigo D, Medeiros AM, Orta L, Pinilla J, Rodrigo F, Rojas M, Sabastizagal I, Vallebuona C, Vermeulen G, Villalobos GH, Vives A. [Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en America Latina y el Caribe](#). Cad Saude Publica. 2016 Oct 10;32(9):e00210715.
doi:10.1590/0102-311X00210715

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN GENERAL

Esta tesis pretende apoyar la mejora de la calidad y la comparabilidad de la información en salud laboral en América Latina y el Caribe a través de alcanzar tres objetivos: 1) identificar similitudes y diferencias en las características metodológicas de las ECTES desarrolladas en la región, 2) comparar las condiciones de empleo, trabajo y estado de salud de varios países de la región en base a las ECTES, teniendo en cuenta sus diferencias metodológicas, y 3) desarrollar una propuesta de un cuestionario básico y recomendaciones metodológicas mínimas para las futuras ECTES.

6.1 Hallazgos principales

6.1.1 Similitudes y diferencias en las características metodológicas de las ECTES en América Latina

La implementación de las primeras ediciones de las ECTES en varios países de América Latina - Colombia, Argentina, Chile, Centroamérica y Uruguay - está aportando con información imprescindible para entender la situación de la salud laboral de la población de estos países, lo que podría favorecer a la generación y evaluación de programas preventivos y políticas públicas para mejorar la salud de la población trabajadora.

Sin embargo, la comparabilidad de la información entre países se ve limitada por numerosas diferencias metodológicas. Entre ellas cabe destacar las diferencias en la población objetivo de cada encuesta y el lugar de realización de la entrevista. Igualmente, a pesar de que todas ellas miden un número común no despreciable de ítems, algunos temas que son fundamentales para entender la complejidad de la relación entre el trabajo y la salud, como las condiciones familiares, no son incluidos en la mayoría de las encuestas.

Las diferencias entre las poblaciones objetivo están relacionadas con la selección del lugar de la entrevista y, a su vez, con la selección de un determinado marco muestral. De esta manera, mientras las ECTES de Argentina y Colombia que emplearon registros oficiales, se realizaron en el centro de trabajo e incluyeron principalmente población trabajadora formal, las ECTES de Chile, Centroamérica y Uruguay que se basaron en los censos de población, realizaron las entrevistas en los domicilios y cubrieron a toda la población trabajadora, tanto a formales como informales. En este sentido, la selección del lugar de realización de la entrevista tiene importantes implicaciones. Por un lado, aunque realizar la entrevista en el lugar de trabajo requiere de menos tiempo y recursos económicos, este lugar de la entrevista excluye a una parte significativa de la población, que en América Latina representa por lo menos el 48% de la población que tiene un empleo informal (CEPAL, 2013). Por el contrario, se ha observado que llevar a cabo la entrevista en el domicilio de la persona trabajadora permite no sólo llegar a la población trabajadora informal, sino también a más población de difícil acceso, por ejemplo, trabajadores con permiso

por enfermedad, con trabajo a tiempo parcial o temporal y, además, proporciona respuestas más fiables (Almodóvar & Nogareda, 2008). De hecho, dadas las ventajas, de acuerdo a un estudio que analizó la metodología de las ECTES a nivel mundial, se ha comprobado que 23 de 34 encuestas incluidas en este estudio realizaron sus entrevistas en el domicilio (Eurofound, 2007). No obstante, es necesario reconocer que encuestas que llevan a cabo la entrevista en el centro de trabajo y que están diseñadas adecuadamente, pueden contribuir con información relevante en salud laboral, complementando a las ECTES que se realizan en el domicilio. Por ejemplo, la Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER), realiza la entrevista a una amplia muestra de directivos y representantes de seguridad y salud de empresas a través del sistema de encuesta telefónica asistida por ordenador y proporciona información muy valiosa sobre cómo se gestionan los riesgos de seguridad y salud en los lugares de trabajo en Europa (EU-OSHA, 2016). De igual modo, aunque las ECTES de Argentina y Colombia fueron realizadas en el centro de trabajo, ambas han representado un paso importante y han proporcionado información útil sobre la población de trabajadores formales en sus respectivos países. Además, se han complementado con esfuerzos posteriores, que en el caso de Colombia ha sido la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos del 2013, realizada tanto a trabajadores en domicilio, como a representantes de la empresa en los centros de trabajo; y en Argentina, la Encuesta sobre Empleo, Protección Social y Condiciones de Trabajo de los Asalariados Agrarios del

2014, que realizó la entrevista en el domicilio (Superintendencia de Riesgos del Trabajo, 2014).

Aunque se identificó una gran homogeneidad en los temas cubiertos entre las distintas ECTES, en relación a las condiciones de empleo y condiciones de trabajo, se observaron menos temas en común con respecto a estado de salud y prevención; y menos aún sobre características familiares. La similitud en la selección de ciertos temas entre encuestas pudo haber respondido a que se emplearon marcos conceptuales similares o a que se utilizaron como referencia la EWCS y la ENCT de España. Estas estrategias pudieron ser responsables de que haya disponible un mayor número de temas en común y, por lo tanto, potencialmente comparables, pero al mismo tiempo pudieron influir en que temas esenciales para entender la relación entre el trabajo y la salud hayan sido excluidos de la mayoría de encuestas. Por ejemplo, al igual que la VI ENCT de España (Campos-Serna, Ronda-Pérez, Artazcoz, & Benavides, 2012), la mayoría de las encuestas recogieron información muy escasa con respecto a las características familiares, pese a que se ha demostrado el papel que cumplen las demandas familiares como determinante fundamental de las desigualdades de género en salud laboral (Artazcoz, Borrell, Cortès, Escribà-Agüir, & Cascant, 2007). De la misma forma, la significativa diferencia en ciertos temas entre encuestas, como por ejemplo en factores de riesgo de seguridad, u la omisión de preguntas en temas centrales en el contexto de América Latina, como por ejemplo, cobertura de la seguridad social, denotan que la mayoría de ECTES no se plantearon como

uno de sus objetivos centrales alcanzar la comparabilidad entre los diversos países de la región.

Por lo tanto, parece necesario realizar esfuerzos coordinados para poder mejorar la comparabilidad de la información proporcionada por las ECTES entre los diversos países de la región, que guíe en el desarrollo y evaluación de políticas públicas más eficaces. La EWCS es una excelente referencia en este sentido, ya que desde su primera edición en 1990 hasta la VI edición, en 2015, se ha expandido hasta alcanzar 35 países (Eurofound, 2015a). Además, emplea un cuestionario estándar, estrictas normas de calidad y criterios metodológicos unificados entre los distintos países, en el desarrollo de todas las fases de la encuesta (Gallup, 2010). De esta manera una de las mayores fortalezas de esta encuesta es que permite la comparabilidad entre países y a lo largo del tiempo, apoyando así a la generación de políticas públicas (Wegman & Hogstedt, 2014).

Los resultados de este estudio permitirán, por un lado, emplear los temas identificados en común entre encuestas para comparar la salud laboral entre los distintos países, tomando en cuenta las diferencias metodológicas observadas y, por otro lado, desarrollar una propuesta para mejorar la comparabilidad de futuras ECTES.

6.1.2 Condiciones de empleo, trabajo y salud en trabajadores asalariados no agrícolas con contrato escrito en Colombia, Argentina, Chile, Centroamérica y Uruguay

Este estudio constituye la primera aproximación a la salud laboral de la región mediante la comparación de la percepción sobre las condiciones de empleo, de trabajo y del estado de salud de la población trabajadora, en base a amplias muestras nacionales de las ECTES disponibles. Sin embargo, los resultados de este estudio deben ser interpretados con precaución tomando en cuenta las diferencias metodológicas entre encuestas y las características de la población de estudio, es decir, asalariados no agrícolas, y en su mayoría, con empleo formal.

Condiciones de empleo

En cuanto a las condiciones de empleo, nuestros resultados muestran que la mayoría de los trabajadores están cubiertos por la seguridad social, lo cual no es sorprendente, dado que nuestro análisis se limitó a los empleados no agrícolas con contrato escrito. A pesar de ello, alrededor del 15% de las mujeres y los hombres no estaban cubiertos por la seguridad social en América Central. Estos resultados ponen en evidencia el escaso nivel de protección social en algunos países de América Central, que afecta también a los asalariados con contratos escrito y empleados en empresas registradas formalmente, lo que debe ser tomado en cuenta debido al impacto que puede tener la falta de protección social en la salud

de los trabajadores. De hecho, un reciente estudio que analizó la asociación entre informalidad y el estado de la salud en una muestra de la I Encuesta Centroamérica de Condiciones de Trabajo y Salud, observó que a pesar de que las tres dimensiones de informalidad analizadas: falta de cobertura de seguridad social, ser autónomo y tener un contrato verbal o no tener contrato estaban asociadas con peor estado de salud, la primera mostró ser el mayor predictor de mala salud (López-Ruiz et al., 2015).

De la misma forma, llama la atención las largas jornadas laborales semanales (>40h) que afectan a un alto porcentaje de la población en todos los países, a pesar de que se trata, en su mayoría, de trabajadores con relaciones laborales formales. En este sentido, según la CEPAL, la población trabajadora de la región, incluyendo población formal e informal, se ha caracterizado por tener jornadas laborales más extensas en comparación con otros países, pues mientras la población de América Latina trabajaba en promedio 42 horas en el 2011, en la Unión Europea lo hacía en promedio 37 horas (CEPAL, 2013). Este hallazgo sugiere que trabajar largas jornadas es un problema que se extiende más allá de las personas que no tienen contrato o solo tienen contrato verbal y que merece especial atención, ya que en estudios realizados en países con economías desarrolladas se ha demostrado el impacto negativo que tienen las largas jornadas laborales, tanto en la conciliación de la vida laboral y familiar (Grosch, Caruso, Rosa, & Sauter, 2006), como en las conductas relacionadas con la salud y en el estado de salud de las personas (Artazcoz, Cortès, Escribà-Agüir, Cascant, & Villegas, 2009; Bannai & Tamakoshi, 2014).

Condiciones de trabajo

En general, las exposiciones más frecuentes en relación a las condiciones de trabajo de naturaleza física fueron los movimientos repetitivos, seguido del ruido y la manipulación manual de cargas. Asimismo, con respecto a las condiciones de naturaleza psicosocial, una alta proporción de la población trabajadora refirió estar expuesta a trabajar a un ritmo demasiado alto o a trabajar muy rápido. Aunque las prevalencias de exposición son difíciles de comparar con otros estudios, ya que usualmente se emplean diferentes puntos de referencia para considerar a una personas expuesta a una determinado riesgo (por ejemplo, mientras en uno se utiliza “por lo menos un cuarto del tiempo”, en otros “más de la mitad de la jornada laboral”), se observaron similares patrones de exposición comparado a otras poblaciones. Por ejemplo, la V EWCS, encontró que los movimientos repetitivos fueron la exposición más frecuente en los 27 países de la Unión Europea (UE-27), afectando a un 63% del total de la población trabajadora y que la manipulación manual de cargas y la exposición al ruido también constituían unas de las exposiciones más prevalentes, correspondiendo al 42% y 29% de la población, respectivamente. De forma similar, observó que un alto porcentaje de la población trabajadora (59%) de la UE-27 refirió trabajar a un ritmo muy elevado (Eurofound, 2010a). En relación a los riesgos de naturaleza física, los hombres presentaron mayores prevalencias de exposición, lo que explica por la segregación horizontal del mercado de trabajo, donde hombres y mujeres se concentran en diferentes sectores de actividad y ocupaciones; y por lo tanto, están expuestos a diferentes

tipos de riesgos (Campos-Serna, Ronda-Pérez, Artazcoz, Moen, & Benavides, 2013). En este sentido, debido a que más hombres estaban concentrados en la industria y la construcción, tenían una mayor probabilidad de estar expuestos a este tipo de riesgos. Sin embargo, no se encontraron diferencias de género en relación a la exposición a factores de riesgo psicosocial. Este perfil de exposición, con un predominio de riesgos ergonómicos y psicosociales podría estar teniendo impactos negativos en la salud de la población trabajadora. De hecho, en una muestra de trabajadores de oficina del estudio internacional CUPID, se encontró que la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos del miembro superior en Nicaragua (53,6%) y Costa Rica (51,9%) era superior a España (38,4%) (Campos-Fumero et al., 2016). No obstante, un estudio llevado a cabo por la WHO encontró que sólo un tercio de los países a nivel mundial tenían programas específicos para abordar los trastornos musculoesqueléticos, la mayoría de ellos países de medianos y altos ingresos (WHO, 2013).

Estado de salud

La prevalencia de mala salud autopercebida, entre los países para los cuales se disponía de información, fue significativamente menor para Colombia en relación a Centroamérica y Chile. Llama la atención la baja prevalencia encontrada en Colombia, que se aleja considerablemente de los resultados obtenidos en otros países a través de sus ECTES. Por ejemplo, según la ENCT de España, en el 2011, el 21.3% de las mujeres y el 14.2% de los hombres reportaron tener mala salud (INSHT, n.d.). Estos resultados aunque podrían

deberse a diferencias en el estado de salud, también pueden tener otras explicaciones. Por una parte, las diferencias en las categorías de respuesta pueden haber influido en los resultados obtenidos. En este sentido, un estudio que analizó dos diferentes preguntas para medir salud autopercebida en cinco países Europeos, concluyó que las diferentes preguntas no podían compararse directamente (Jürges, Avendano, & Mackenbach, 2008). Por otra parte, las diferencias culturales entre países también podrían explicar en parte las diferencias encontradas, como se ha sido sugerido en estudios previos que han analizado las diferencias encontradas en salud autopercebida en diferentes grupos étnicos (Menec, Shooshtari, & Lambert, 2007). Con respecto a las diferencias de género, como era esperable, las mujeres reportaron con mayor frecuencia mala salud autopercebida. Esta tendencia se ha observado tanto en la población laboral, como en la población general. Por ejemplo, en el 2014, el 35,6% de las mujeres frente a sólo el 27,7% de los hombres de los 28 países de la Unión Europea (UE-28) reportaron mala salud autopercebida (Eurostat, 2016). El uso de diferentes preguntas, como se ha observado en estudios previos (Jürges et al., 2008), no parece estar afectando a las desigualdades de género encontradas entre Colombia, Chile y Centroamérica, sino que podrían responder a una mayor prevalencia de trastornos crónicos en las mujeres (Malmusi et al., 2012).

Con respecto a las lesiones por accidentes de trabajo, llama la atención que tanto en hombres como mujeres la prevalencia fue menor al 10% en Colombia, Chile y Centroamérica. Es importante señalar que estos resultados no pueden ser comparados con los que

se reportan a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), debido a un importante subregistro en esta fuente. En este sentido, un estudio llevado a cabo con datos disponibles en el 1998, estimó que la tasa de accidentabilidad con tres días de ausencia oscilaba entre 10% a 15%, y que estas estimaciones representaban únicamente el 7,6% del número de accidentes reportados a la OIT (Hämäläinen et al., 2006). Estos hallazgos sugieren que las ECTES logran captar un mayor número de accidentes de trabajo que los registros tradicionales. Sin embargo, parece ser que también existen problemas en el autoreporte de casos de accidentes de trabajo por medio de las ECTES, probablemente debido a dificultades en recordar, cuando se emplean periodos de referencia de 12 meses o más (Landen & Hendricks, 1995). Por otra parte, contrario a lo esperado (Berecki-Gisolf, Smith, Collie, & McClure, 2015), no se observó una mayor prevalencia de lesiones por accidente de trabajo en los hombres respecto a las mujeres en Chile y Centroamérica. Por todo ello, parece conveniente seguir explorando nuevos sistemas de información para poder conocer con exactitud la magnitud de este problema de salud laboral.

En resumen, estos hallazgos representan una primera aproximación a las condiciones de empleo, trabajo y estado de salud en diferentes países de América Latina pero, al mismo tiempo, refuerzan la necesidad de mejorar la comparabilidad de las ECTES.

6.1.3 Propuesta de un cuestionario básico y de recomendaciones metodológicas mínimas para mejorar la comparabilidad de futuras ECTES

Como parte de un esfuerzo conjunto para mejorar la comparabilidad de las futuras ECTES en América Latina y Caribe, un grupo internacional y multidisciplinar de 28 expertos con experiencia en el desarrollo, implementación y análisis de las ECTES, desarrolló a través de un proceso de consenso una propuesta de cuestionario básico, denominado CTESLAC (acrónimo de Cuestionario básico sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe) y unos criterios metodológicos mínimos para ser considerados en futuras encuestas. El CTESLAC está compuesto por 77 preguntas que pretenden recoger de forma homogénea aspectos básicos y de interés común para los países de la región en relación a las características sociodemográficas y laborales, condiciones de empleo, condiciones de trabajo, actividades y recursos preventivos, características familiares y estado de salud de la población trabajadora. Las principales recomendaciones metodológicas incluyeron, por ejemplo, llevar a cabo la entrevista en el domicilio de la persona trabajadora, seguir métodos probabilísticos de selección muestral y cumplir con criterios específicos para la realización del trabajo de campo para evitar sesgos de selección e información.

El desarrollo de esta propuesta consideró tanto experiencias de América Latina como experiencias internacionales. Así, el CTESLAC se compone no solo de preguntas de elaboración propia,

sino también de preguntas y escalas tomadas y modificadas tanto de los cuestionarios de las primeras ediciones de las ECTES de Colombia, Argentina, Chile, Centroamérica y Uruguay, como de la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (Eurofound, 2010b). De la misma manera, se han incluido preguntas o escalas validadas y extensamente empleadas en estudios epidemiológicos, como una pregunta de salud percibida para medir el estado de salud general (Jürges et al., 2008), el cuestionario del WHO-Five Well-being Index (WHO-5) (Lee et al., 2014) y el cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-12) (Sánchez-López & Dresch, 2008) para medir bienestar psicológico y salud mental, y preguntas seleccionadas del Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II) (Alvarado et al., 2012), que incluye dimensiones de los dos modelos más influyentes de riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (Johnson & Hall, 1988; Quick, 1990) y el modelo esfuerzo-recompensa (Siegrist et al., 2004). Sin embargo, es recomendable que se incorporen versiones validadas de estas escalas en los respectivos países, o en caso de no estar disponibles, en otro país de América Latina y el Caribe. En el mismo sentido, se aconseja la adaptación cultural de las preguntas para cada país e incluso para sus diferentes grupos culturales. Por otra parte, con respecto a los criterios metodológicos, cabe destacar que realizar la entrevista en el domicilio de la persona trabajadora es una mejor estrategia frente a realizarla en lugar de trabajo, por una parte, como se ha mencionado anteriormente, porque permite obtener respuestas más fiables y llegar a población de difícil acceso (Almodóvar & Nogareda, 2008), y principalmente, porque facilita

el acceso a la población trabajadora con empleo informal, que en América Latina representa el 48% de la población trabajadora (CEPAL, 2013).

6.2 Limitaciones y fortalezas

Los resultados de estas tesis deben ser interpretados tomando en cuenta varias consideraciones metodológicas, tanto limitaciones como fortalezas.

6.2.1 Limitaciones

Con relación al primer artículo, cabe mencionar que debido a que no se disponía de información completa con respecto a la metodología de cada ECTES, no fue posible analizar ciertas características relevantes, como la tasa de respuesta, proceso de sustitución de unidades muestrales y procedimientos de control de calidad. En este sentido, tomando en cuenta que en todas las ECTES se realizaron entrevistas personales, hubiese sido interesante disponer de información con respecto al entrenamiento que recibieron los entrevistadores.

Una de las limitaciones más relevantes del segundo artículo fue que para conseguir muestras comparables se seleccionó una muestra compuesta por la población trabajadora con contratos escritos, que se encontró que en su mayoría estaba cubierta por la seguridad social. Es decir, se excluyeron del estudio a la mayoría de la

población con empleos informales. Esto tiene importantes implicaciones en la interpretación de los resultados, ya que la población con empleos informales tiene mayor probabilidad de presentar peores condiciones de empleo (por ejemplo; empleo temporal y largas horas de trabajo), de trabajo y peor estado de salud, en comparación a la que tiene empleos formales (López-Ruiz et al., 2015). Además, como se ha señalado, en América Latina el empleo informal representa casi la mitad de la población trabajadora. De la misma manera, se excluyeron los trabajadores menores de 18 años y los ocupados en las actividades de agricultura, minería y canteras, todos los cuales también se ha observado que presentan peores condiciones de empleo y trabajo (Giuffrida et al., 2001). Otra importante limitación fue que las entrevistas se realizaron, en algunos países, en el domicilio de la persona trabajadora, mientras que en otros, se llevaron a cabo en el lugar de trabajo. Debido a que se ha observado que realizar la entrevista en el lugar de trabajo deriva en respuestas más favorables, las prevalencias tanto de las condiciones de empleo y trabajo adversas, como de mal estado de salud, podrían estar subestimadas en el caso de Argentina y Colombia, lo que habría que confirmar en futuros estudios.

Asimismo, las diferencias en la formulación de preguntas y categorías de respuesta podrían haber disminuido la comparabilidad de los datos. De hecho, con el objetivo de mejorar la comparabilidad de las preguntas en relación a las condiciones de higiene y ergonómicas, en lugar de utilizar la frecuencia de exposición de las respuestas, en este estudio se crearon dos

categorías: sí y no. De esta manera, a pesar de que esta decisión resultó en pérdida de información con respecto a la frecuencia de exposición, mejoró la comparabilidad de las preguntas. La última limitación que mencionaremos con respecto a este segundo artículo, es que no fue posible analizar variables que son fundamentales para un entendimiento más exhaustivo de la relación entre el trabajo y la salud, debido a que la mayoría de encuestas nos las recogían, o se encontró una significativa diferencia en la formulación de las preguntas o en los periodos de referencia. Por ejemplo, no se analizaron los factores de riesgo de seguridad porque tanto las variables incluidas en cada encuesta, como la formulación de las preguntas presentaron grandes variaciones. Además, el escaso interés por recoger información con respecto a las características familiares, reflejado en las ECTES, supuso que no se analizaran las demandas familiares, a pesar de que se ha demostrado que son un importante determinante de las desigualdades de género en salud relacionadas con el trabajo (Artazcoz et al., 2007). Sin embargo, para tratar de capturar las diferencias entre la salud laboral de hombres y mujeres, todo el análisis se desagregó por sexo.

Con respecto a la propuesta del cuestionario CTESLAC y los criterios metodológicos mínimos, también identificamos ciertas limitaciones. En primer lugar, no se incluyeron en el cuestionario preguntas sobre variables que podrían resultar fundamentales para ciertas áreas de la salud laboral y en determinados países. De hecho, se excluyeron, entre otras, preguntas relacionadas con la etnia, exposición a temperaturas extremas, vibraciones, violencia física o psicológica, acoso sexual, trastornos musculo-esqueléticos, entre

otras. No obstante, cabe recordar que el objetivo del CTESLAC es brindar un conjunto mínimo de preguntas, para ser consideradas en futuras ECTES, que recojan de forma homogénea información sobre variables de interés común entre los países de la región. Esto permitiría mejorar la comparabilidad entre ECTES, y no impediría que cada país incluya variables y preguntas que sean de su interés. En segundo lugar, en esta primera versión del CTESLAC se han incluido dos escalas validadas para medir bienestar psicológico y salud mental, el WHO-5 y el GHQ-12, debido a que no se llegó a un consenso. En tercer lugar, en relación a las recomendaciones metodológicas, no se logró definir la edad mínima de la población de referencia porque, por un lado, las regulaciones de algunos países exigen ciertos requerimientos especiales para poder entrevistar a las personas menores de edad y, por otro lado, el excluir a los menores de edad implica perder información sobre la salud laboral de un grupo vulnerable de trabajadores, que en América Latina representa el 12,5% de la población infantil (ILO, 2013b). En cuarto lugar, para la fase de consenso de las variables, se empleó la técnica Delphi, pero en una variante modificada. En este sentido, mientras las dos primeras rondas de cuestionarios, se realizaron vía correo electrónico y garantizando el anonimato y la confidencialidad de las respuestas de los participantes, se llegó al consenso final durante una reunión presencial entre todos los participantes. Cabe mencionar, que aunque se recomienda el anonimato de los participantes durante todo el proceso para evitar que dominen las respuestas de ciertos participantes (Powell, 2003), se debe considerar que la técnica Delphi es una técnica flexible que

ha sido modificada en varios estudios para favorecer el consenso y guiar en la toma de decisiones (Marchon & Mendes Junior, 2015).

Por último, el Cuestionario CTESLAC puede incluir preguntas o términos que en algunos países de la región generen confusión debido a las diferencias culturales y semánticas existentes. Por esta razón, se está desarrollando un manual que defina con precisión cada variable incluida en el CTESLAC, para facilitar su aplicación en los diferentes países.

6.2.2 Fortalezas

Pese a las limitaciones anteriormente mencionadas, los tres estudios que conforman esta tesis presentan varias fortalezas. En general, representan un paso significativo hacia alcanzar una mejor y más comparable información en salud laboral de la población de América Latina y el Caribe.

El desarrollo del cuestionario CTESLAC y de los criterios metodológicos mínimos se basó en un proceso sistemático, que se inicia con un análisis crítico de las diferencias metodológicas entre las ECTES de la región, y concluye en una propuesta consensuada a través de varias rondas estructuradas de participación entre expertos. De esta manera, una de las mayores fortalezas de esta propuesta es la participación de un grupo de expertos procedentes de distintas disciplinas y diversos países, tanto de la academia como de la administración pública. Esto enriqueció el debate y resultó en una propuesta que integra las diferentes perspectivas y áreas de

conocimiento en un cuestionario común. Otra de las fortalezas de la propuesta, es que incorporó experiencias de las ECTES tanto de América Latina como internacionales, y procuró incluir preguntas y escalas validadas o que han sido ampliamente utilizadas en estudios epidemiológicos. Además, podemos mencionar como una importante fortaleza su flexibilidad, ya que podrá ser revisada y adaptada según los cambios en los mercados laborales de la región, así como en función de la evolución de la evidencia científica.

Para finalizar, cabe señalar que este estudio brinda una primera aproximación a la salud laboral de varios países de América Latina y el Caribe, empleando amplias muestras probabilísticas de las poblaciones. Asimismo, mejora el conocimiento sobre el trabajo y la salud en la región, al incluir en el análisis numerosas variables sobre condiciones de empleo, trabajo y estado de salud de la población.

6.3 Implicaciones para las políticas y las prácticas

De todo lo anterior se derivan diversas implicaciones y recomendaciones para las políticas y prácticas en salud laboral.

En primer lugar, es importante impulsar el desarrollo de las ECTES en el resto de los países de América Latina y el Caribe, tal como se prevé próximamente para Perú (Sabastizagal, comunicación personal, 17 de marzo de 2016) y Puerto Rico (Orta, comunicación

personal, 17 de marzo de 2016), dada la limitación de los sistemas de información en salud laboral en la región. La necesidad de promover la implementación de las ECTES, también ha sido planteada por la OISS, por medio de la II Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020, (OISS, 2015).

En segundo lugar, es necesario fomentar la aplicación del CTESLAC y de las recomendaciones metodológicas mínimas para las ECTES que ya estén en marcha, así como para las que se desarrollen por primera vez, con el propósito de obtener información más comparable en salud laboral entre los países de la región. En este sentido, si bien se recomienda adoptar toda la propuesta, incluso la introducción de solo un limitado número de preguntas a futuras ECTES ya tendría efectos positivos en la actual escasa comparabilidad de la información en salud laboral en la región. Además, la inclusión de ciertas preguntas del CTESLAC en otras encuestas ya existentes, como las de empleo, salud, encuestas de hogares y encuestas de fuerza de trabajo, podría, en cierta medida, contrarrestar la falta de información en salud laboral. Un ejemplo, con buenos resultados, de encuestas que incluyen ciertas preguntas o dimensiones sobre salud laboral dentro de una temática más amplia, es la encuesta de fuerza de trabajo de la Unión Europea (UE LFS). Esta encuesta que incluye una muestra amplia de la población activa, añade cada año, desde 1999, un módulo adicional al cuestionario central, por ejemplo, en el 2013 introdujo un módulo ad hoc sobre lesiones por accidente de trabajo y otros problemas relacionados con el trabajo (Eurostat, n.d.), contribuyendo así con información comparable a nivel europeo.

En este sentido, la implementación de futuras ECTES, así como la aplicación del CTESLAC y las recomendaciones metodológicas mínimas no deben ser producto de esfuerzos aislados en cada país, por el contrario, se deben buscar estrategias que les permitan constituirse en herramientas para recoger, analizar e interpretar los datos de salud laboral de forma continua y sistemática. Esto mejoraría la comparabilidad de los datos de las ECTES tanto entre los países, como a lo largo del tiempo. Para ello, es necesario ampliar y fortalecer la colaboración entre expertos de diversos países que provengan del ámbito académico y de la administración pública, especialmente de salud y de trabajo, así como la participación de organismos internacionales como la OPS, la OMS, la OIT o la OISS, lo que fortalecería la propuesta, ayudaría a su aplicación en un mayor número de países y permitiría que su implementación se sostenga en el tiempo.

En tercer lugar, tomando en cuenta la experiencia europea, en concreto la EWCS, que recoge, mide y evalúa la información de forma homogénea entre 35 países de diversos contextos culturales, sociales y económicos, futuros esfuerzos podrían dirigirse al desarrollo de una misma encuesta entre todos los países de la región, quizás una futura Encuesta Latinoamericana y Caribeña de Condiciones de Empleo, Trabajo y Salud.

En cuarto lugar, para facilitar esta necesaria comparación, se recomienda que tanto la información metodológica de las ECTES como las bases de datos estén disponibles para el uso público y cumpliendo con periodos establecidos. Esto facilitaría, tanto a los

decisores, como agentes sociales, organizaciones empresariales, organizaciones sindicales, profesionales de la salud laboral, personal de recursos humanos e investigadores, desde su ámbito de acción, el uso de la información para la investigación, desarrollo y evaluación de políticas e intervenciones preventivas para mejorar la salud de los trabajadores.

Por último, hay que remarcar que los futuros esfuerzos en esta área de la vigilancia de la salud laboral deben también dirigirse a la generación de indicadores básicos y comunes para apoyar a las políticas de salud laboral en los países de la región. En este sentido, ya hay similares iniciativas en marcha, tanto a nivel internacional como regional. Por ejemplo, la OIT elaboró una serie de indicadores de empleo para monitorizar el progreso hacia el empleo decente, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ILO, 2013a), que han sido empleados por numerosos gobiernos alrededor del mundo para guiar eficazmente sus acciones (Naciones Unidas, 2015). Asimismo, en el 2002 se inició el proyecto WORKHEALTH, coordinado por la asociación BKK de Alemania y apoyado por la Comisión Europea, con el objetivo de ayudar en la vigilancia de la salud en el trabajo desde la perspectiva de la salud pública a nivel europeo, a través de la generación de una serie de indicadores en salud laboral (Kreis & Bödeker, 2004). Así, en una primera etapa, se propuso un número limitado de indicadores que se basaron en datos proporcionados por la OIT y, principalmente, por Eurostat y Eurofound, concretamente por la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. Esto permitió, en una segunda etapa, la elaboración de un primer informe que abordó las enfermedades

cardiovasculares y enfermedad mental en el contexto laboral (Boedeker & Klindworth, 2007).

De esta manera, las ECTES, particularmente las que hayan adoptado el CTESLAC, podrían ser empleadas como la principal fuente de información para la construcción de indicadores en salud laboral en la región, complementándose con las fuentes disponibles en cada país (por ejemplo; registros de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y encuestas de población activa). Además, algunos de los indicadores derivados del CTESLAC podrían ser incluidos en iniciativas que se hayan desarrollado previamente con un objetivo similar a nivel regional. Por ejemplo, podrían ser incorporados en el Sistema Armonizado de Indicadores de Siniestralidad Laboral en Iberoamérica (SIARIN) de la OISS (OISS, 2013), sin bien hasta la fecha este no ha tenido el desarrollo esperado.

De forma similar, estos indicadores también podrían ser empleados para medir el desempeño a nivel internacional en relación al cumplimiento del objetivo 8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible del 2030, sobre trabajo decente y desempeño económico, que insta a los estados miembros a “promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos (Naciones Unidas, n.d.-b)”.

6.4 Investigaciones futuras

De todo lo anterior se pueden derivar diferentes propuestas de estudios, que son necesarias para seguir apoyando a dos principales áreas de investigación: 1) validación, adaptación del CTESLAC y revisión de la propuesta y 2) estudios epidemiológicos.

6.4.1 Validación, adaptación del CTESLAC y revisión periódica de la propuesta

En primer lugar, el siguiente paso para lograr una mejor comparabilidad entre las futuras ECTES de los distintos países que apliquen el CTESLAC, es su adaptación cultural y su validación. En algunos casos se requerirá de la traducción previa, por ejemplo, si va a ser aplicada en el Brasil o, dentro de un mismo país, a grupos étnicos con su propia lengua. En todo caso, es importante tomar en cuenta que este es un proceso complejo y sistemático, que requerirá de la validación para mantener la equivalencia entre cuestionarios del mismo o diferente idioma (Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas, & Delclós-Clanchet, 2013).

Sin embargo, a pesar de que lo ideal es disponer de todas las preguntas validadas, es importante considerar la dificultad que puede suponer este proceso. Por ejemplo, encontrar un adecuado gold standard para la validación de las preguntas que miden exposición a agentes químicos, requiere considerar el momento de la exposición, la vida media de la sustancia en el organismo, etc.

(M. J. Nieuwenhuijsen, 2005). Por lo tanto, es necesario estudiar las mejores estrategias para validar las preguntas del CTESLAC, siempre que sea posible.

Asimismo, algunos estudios podrán centrarse en la validación y adaptación, en los países de la región, de escalas específicas incluidas en el CTESLAC. De esta manera, estos instrumentos validados podrían ser incluidos al CTESLAC mejorando su calidad y comparabilidad y, a su vez, podrían ser aprovechados para la investigación y la práctica clínica. En este sentido, hay disponibles muy pocos estudios de validación del GHQ-12 y el WHO-5 en América Latina y el Caribe, ambos empleados extensamente en países desarrollados como instrumentos de tamizaje y en estudios epidemiológicos. Por ejemplo, el GHQ-12 ha sido ya validado en Brasil (Mari & Williams, 1985), lo que facilitará el proceso de adaptación cultural y validación del CTESLAC en este país.

En segundo lugar, es necesaria la revisión periódica del CTESLAC y de las recomendaciones metodológicas para mejorar la propuesta, así como adaptarla a los cambios en el mundo del trabajo y al avance en el conocimiento científico. Para esto, la experiencia y los resultados obtenidos de la futura aplicación del CTESLAC en diferentes países, serán un apoyo importante. Por ejemplo, debido a que la propuesta no logró consensuar una edad mínima para la persona entrevistada, futuras revisiones deberían considerar establecer este límite, o bien examinar estrategias para poder captar el trabajo infantil en todos los países, debido a que constituye un problema con alta prevalencia en la región (ILO, 2013b). De igual

forma, se deberá determinar la herramienta más adecuada para ser incluida en el conjunto mínimo de ítems, entre el GHQ-12 y el WHO-5.

Asimismo, se recomienda estudiar estrategias para mejorar la fiabilidad de los datos sobre lesiones por accidente de trabajo proporcionado por las ECTES. En este sentido, se ha sugerido que el uso de tiempos de referencia de 12 meses o más afecta el recuerdo de los episodios de lesiones por accidentes de trabajo, teniendo repercusiones en el reporte basado en encuestas (Landen & Hendricks, 1995). Debido que tiempos de referencia de 12 meses se emplean en la mayoría de ECTES, es conveniente explorar si el uso de tiempos de referencia menores podría tener mejores resultados. De la misma manera, se ha sugerido que la prevalencia de lesiones por accidentes de trabajo en la ECTES de Centroamérica, más baja a lo esperado, a pesar de que empleó el cuestionario del manual de estadísticas de lesiones profesionales de la OIT (Taswell & Wingfield-Digby, 2008), podría deberse a dificultades en la interpretación de la pregunta (Benavides et al., 2014). Por lo anterior, la futura adaptación cultural del CTESLAC en el contexto latinoamericano y caribeño, que incluye la prueba piloto, además de su aplicación en futuras encuestas, ayudará a entender posibles vías de mejora.

En el mismo sentido, futuras revisiones podrían considerar el desarrollo de preguntas o módulos de preguntas que complementen al CTESLAC. Esto, por un lado, permitiría la comparabilidad de los ítems básicos entre países y a lo largo del tiempo y, por otro lado,

daría la opción a los países de adoptar preguntas que sean de interés particular, lo que daría una perspectiva más amplia de la relación entre el trabajo y la salud. Por ejemplo, se podrían añadir preguntas complementarias sobre violencia en el trabajo o preguntas para ser aplicadas en sectores de actividad específicos. Una estrategia similar se aplica en las encuestas demográficas y de salud (DHS, por sus siglas en inglés), que se realiza en cerca de 85 países desde 1984 (Corsi, Neuman, Finlay, & Subramanian, 2012).

6.4.2 Estudios epidemiológicos

Esta tesis nos proporciona una primera mirada a las condiciones de empleo, trabajo y estado de salud de una parte de la población de diversos países de América Latina, constituyendo un punto de referencia para numerosas investigaciones que profundicen en estos hallazgos.

En primer lugar, una relevante línea de investigación es el impacto que tienen las largas jornadas de trabajo en la salud de la población, debido al alto porcentaje de personas que se encontró que trabajaban más de 40 horas semanales, en todos los países estudiados. Como se mencionó anteriormente, estudios previos llevados a cabo en países con economías desarrolladas, han observado la relación de las largas jornadas de trabajo con mala salud, con los hábitos relacionados con la salud y con problemas en la conciliación de la vida laboral y familiar, mostrando importantes desigualdades de género (Artazcoz et al., 2009; Bannai &

Tamakoshi, 2014; Grosch et al., 2006). Por lo tanto, es importante que los futuros estudios incorporen una perspectiva de género y consideren si estas largas jornadas de trabajo son voluntarias, impuestas por el empleador u obligadas por necesidades económicas, ya que se ha sugerido que los efectos en la salud varían según la condición de voluntariedad (Artazcoz et al., 2009).

En segundo lugar, es necesario entender cómo la alta prevalencia de exposición a movimientos repetitivos, manipulación de cargas, a trabajar a un ritmo muy elevado, tanto en hombres como en mujeres, está afectando a la salud de la población trabajadora en la región. En este sentido, como ya se señaló, estas exposiciones podrían estar asociadas a la alta prevalencia de trastornos musculoesqueléticos observada en una muestra de la I ECTES de Centroamérica (Rojas, Gimeno, Vargas-Prada, & Benavides, 2015), y a la mayor prevalencia de trastornos musculoesqueléticos del miembro superior en Nicaragua y Costa Rica en comparación a España, encontrada en una muestra de trabajadores de oficina basada en el estudio CUPID (Campos-Fumero et al., 2016). Asimismo, es necesario examinar los efectos que la exposición a ruido, está teniendo en la salud de las personas. Para estos análisis se deberá tener en cuenta el sector de actividad, el género, la clase social, ya que constituyen importantes ejes de desigualdad en las condiciones de trabajo, así como en los trastornos de salud (Campos-Serna et al., 2012).

En tercer lugar, futuros estudios pueden explorar a más profundidad la salud autopercebida en la población trabajadora en la región. Es

de interés determinar si la significativamente menor mala salud autpercibida reportada en Colombia en relación a Chile y Centroamérica, es real o se debe a diferencias metodológicas o culturales.

Además, es muy importante señalar que las futuras investigaciones deben incluir a la población trabajadora informal debido a que, como ya se ha señalado, representa cerca de la mitad de la población en la región y está en situación de mayor vulnerabilidad.

Finalmente, son necesarias en la generación de redes internacionales y multidisciplinarias de colaboración para la investigación, así como su identificación y fortalecimiento, que faciliten el desarrollo de nuevos proyectos y que amplíen la perspectiva centrada en el puesto de trabajo, hacia una perspectiva integral de la relación trabajo y salud.

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

1. El reciente desarrollo de las ECTES en diversos países de América Latina ha mejorado la información en salud laboral a nivel nacional, aportando, por primera vez, una perspectiva amplia sobre la salud de la población trabajadora y sus múltiples determinantes.

2. La comparabilidad de las ECTES disponibles en la región está limitada por varias diferencias metodológicas, principalmente en relación a la definición de población de referencia y al lugar de realización de la entrevista. Además, a pesar de que miden varios temas en común, la formulación de las preguntas difiere entre encuestas, y ciertos temas que son fundamentales para entender la compleja relación entre el trabajo y la salud son excluidos o se recogen brevemente, como por ejemplo, las características familiares.

3. La comparación de los datos provenientes de las ECTES disponibles aporta con una primera aproximación al trabajo y a la salud de la población en diferentes países latinoamericanos. Sin embargo, las diferencias entre las características metodológicas se deben considerar al interpretar estos resultados. En este sentido, un alto porcentaje de la población asalariada no agrícola con contrato escrito en Colombia, Argentina, Chile, Centroamérica y Uruguay trabajaba más de 40 horas semanales, estaba expuesta a movimientos repetitivos, ruido, manipulación manual de cargas y a trabajar a un ritmo elevado, y en todos los países estudiados, el

porcentaje de trabajadores que reportaron lesiones por accidente de trabajo fue menor al esperado.

4. El desarrollo del Cuestionario Básico sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe (CTESLAC) y de las recomendaciones metodológicas mínimas puede contribuir a mejorar la comparabilidad de futuras ECTES en la región. De esta manera, el CTESLAC pretende recoger de manera homogénea aspectos básicos y en los países de la región sobre el trabajo y la salud. Además, las recomendaciones metodológicas mínimas incluyen criterios, como por ejemplo, realizar la entrevista en el domicilio de la persona trabajadora en lugar de en el centro de trabajo y cumplir con criterios específicos para llevar a cabo el trabajo de campo.

5. Esta propuesta constituye un primer paso para mejorar la comparabilidad de la información en salud laboral en la región, y representa el esfuerzo colectivo de un grupo internacional y multidisciplinar de expertos de la academia y administración pública. Por lo tanto, se requiere mantener y fortalecer esta cooperación, para que se traduzca en la continuidad del desarrollo y revisión de la propuesta. Esto, a su vez, permitirá que la información comparable obtenida a través de la aplicación de la propuesta sirva tanto para la investigación, como para el desarrollo de políticas públicas y programas preventivos más eficaces para promover la salud de la población trabajadora.

6. Futuros esfuerzos podrían centrarse en generar indicadores básicos y armonizados para mejorar la vigilancia de salud laboral en América Latina y el Caribe, empleando las ECTES, especialmente las que adopten el CTESLAC, como principal fuente de información.

CONCLUSIONS

- 1.** The recent development of the WCSs in several Latin American countries has improved the information on occupational health at national level, providing, for the first time, a broad perspective of the working population's health and its multiple determinants.
- 2.** The comparability of the WCSs available in the region is limited due to several methodological differences, mainly in regard to the population covered and the place of interview. Moreover, although they measure similar topics, the wording of questions differs between surveys, and certain topics that are fundamental to understand the complex relationship between work and health, such as family characteristics, are excluded from most surveys.
- 3.** The comparison of the data related to the WCSs available provides a first approach to the assessment of working, employment conditions and health of the population in different Latin American countries. However, when interpreting these findings, differences in survey methodology should be considered. In this regard, a high percentage of non-agricultural employees with a written contract in Colombia, Argentina, Chile, Central America and Uruguay worked more than 40 hours a week, were exposed to repetitive movements, noise, manual handling and working fast, and in all the countries analyzed, the percentage of workers reporting occupational injuries was less than expected.
- 4.** The development of the Basic Questionnaire on Conditions of Work, Employment and Health in Latin America and the Caribbean

(CTESLAC), and the main methodological recommendations may contribute to improve the comparability of WCSs in the region. In this sense, CTESLAC aims to collect basic data on work and health in a standardized way in the different countries in the region. In addition, the main methodological recommendations include criteria such as conducting in-home interviews rather than workplace administered interviews and meeting specific criteria for conducting field work.

5. This proposal is a first step to improve the comparability of the information on occupational health in the region, and represents a collective effort of an international and multidisciplinary group of experts from academia and public administration. Therefore, this cooperation ought to be maintained and reinforced, in order to promote continuous development and review of this proposal. This, in turn, will allow the comparable information obtained through its implementation to be useful for research and for the development and evaluation of public policies and preventive programs aiming to improve the health of the working population.

6. Future efforts should focus on generating harmonized core indicators to improve occupational health surveillance in Latin America and the Caribbean. This could be achieved by using the WCSs, especially those adopting CTESLAC, as the main source of information.

REFERENCIAS

8. REFERENCIAS

- Almodóvar, A., & Nogareda, C. (2008). VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. El necesario cambio metodológico. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Alvarado, R., Pérez-Franco, J., Saavedra, N., Fuentealba, C., Alarcón, A., Marchetti, N., & Aranda, W. (2012). Validación de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el ambiente laboral en Chile. *Rev Med Chile*, 140, 1154–1163.
- Artazcoz, L. (2003). Encuestas sobre condiciones del trabajo: Reflexiones y sugerencias. *Arch Prev Riesgos Labor*, 6(1), 1–3.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 Suppl 2, ii39–45.
doi:10.1136/jech.2007.059774
- Artazcoz, L., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., Cascant, L., & Villegas, R. (2009). Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *Journal of Epidemiology and Community Health*

Health, 63(7), 521–7. doi:10.1136/jech.2008.082123

- Assunção, A. (2011). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In C. Gomes, M. JM, & P. Pena (Eds.), *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea* (pp. 453–78). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Bambra, C. (2011). Introduction. In *Work, Worklessness, and the Political Economy of Health* (First., pp. 2–6). New York: Oxford University Press.
- Bannai, A., & Tamakoshi, A. (2014). The association between long working hours and health: A systematic review of epidemiological evidence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(1), 5–18.
doi:10.5271/sjweh.3388
- Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(4), 333–7.
- Basner, M., Babisch, W., Davis, A., Brink, M., Clark, C., Janssen, S., ... Turnock, C. (2014). Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet*, 383(9925), 1325–32. doi:10.1016/S0140-6736(13)61613-X
- Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M., & Rasmussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental

Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 85–91.

Beckett, W., Abraham, J., Becklake, M., Christiani, D., Cowie, R., Davis, G., ... Wagner, G. (1997). Adverse effects of crystalline silica exposure. American Thoracic Society Committee of the Scientific Assembly on Environmental and Occupational Health. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 155(2), 761–768. doi:10.1164/ajrccm.155.2.9032226

Benach, J., Amable, M., Muntaner, C., & Benavides, F. G. (2002). The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(6), 405–406. doi:10.1136/jech.56.6.405

Benach, J., Julià, M., Tarafa, G., Mir, J., Molinero, E., & Vives, A. (2015). La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 375–378. doi:10.1016/j.gaceta.2015.04.002

Benach, J., & Muntaner, C. (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(4), 276–277. doi:10.1136/jech.2005.045237

Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annu. Rev. Public Health, 35*, 229–53.
doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182500

Benavides, F. G., Benach, J., Muntaner, C., Delclos, G. L., Catot, N., & Amable M. (2006). Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? *Occupational and Environmental Medicine, 63*(6), 416–421.
doi:10.1136/oem.2005.022301

Benavides, F. G., Wesseling, C., Delclos, G. L., Felknor, S., Pinilla, J., & Rodrigo, F. (2014). *Working conditions and health in Central America: a survey of 12 024 workers in six countries. Occup Environ Med.* doi:10.1136/oemed-2013-101908

Benavides, F., García, A. M., & Ruiz-Frutos, C. (2014). Capítulo 1. La salud y sus determinantes. En: Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. In *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (4^a ed., pp. 3–15). Barcelona: Elsevier, Masson.

Berecki-Gisolf, J., Smith, P. M., Collie, A., & McClure, R. J. (2015). Gender differences in occupational injury incidence. *American Journal of Industrial Medicine,*

58(3), 299–307. doi:10.1002/ajim.22414

Biles, J. J. (2009). Informal work in Latin America: Competing perspectives and recent debates. *Geography Compass*, 3(1), 214–236.

Boedeker, W., & Klindworth, H. (2007). *Hearts and Minds at Work in Europe. A European work-related public health report on Cardiovascular Diseases and Mental Ill Health*. Essen. Recuperado el 10 de julio de 2016, de http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Workhealth_II/Buch_WH-Report_v09.pdf

Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88(1), 68–74.

Brooke, D., Cowley, S., Else, D., & Leggett, S. (2005). *International Review of Surveillance and Control of Workplace Exposures*. Wellington. Recuperado el 30 de junio de 2016 de, http://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/SWA/about/Publications/Documents/110/InternationalReview_Surveillance_Control_WorkplaceExposures_2005_ArchivePDF.pdf

Burgard, S. A., & Lin, K. Y. (2013). Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities. *The American Behavioral Scientist*, 57(8).

doi:10.1177/0002764213487347

Campos-Fumero, A., Delclos, G. L., Douphrate, D. I., Felknor, S. A., Vargas-Prada, S., Serra, C., ... Gimeno Ruiz de Porras, D. (2016). Upper extremity musculoskeletal pain among office workers in three Spanish-speaking countries: findings from the CUPID study. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(6), 394–400.

doi:10.1136/oemed-2015-103327

Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., & Benavides, F. G. (2012). Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gac Sanit*, 26(4), 343–351.

doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.025

Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen, B. E., & Benavides, F. G. (2013). Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 57. doi:10.1186/1475-9276-12-57

CDSS. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra. Recuperado el 15 de junio de 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

- CEPAL. (2013). *Panorama Social de América Latina 2013*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas. Recuperado el 28 de junio de 2016, de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35904/1/S2013868_es.pdf
- CEPAL. (2014). *Panorama social de América Latina 2014*. Santiago de Chile : CEPAL, Naciones Unidas. Recuperado el 30 de junio de 2016, de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37626/6/S1420729_es.pdf
- CEPAL. (2015). *Panorama Social de América Latina 2015. Documento informativo*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas. Recuperado el 2 de junio de 2016, de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600227_es.pdf?sequence=1
- CEPAL/OIT. (2016). *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe: Mejoras recientes y brechas persistentes en el empleo rural*. Santiago de Chile: CEPAL, Naciones Unidas. Recuperado el 2 de junio de 2016, de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40097/1/S1600316_es.pdf
- Champoux, D., & Brun, J.-P. (2003). Occupational health and safety management in small size enterprises: an overview of the situation and avenues for intervention and research. *Safety Science*, 41(4), 301–318.

doi:10.1016/S0925-7535(02)00043-7

- Chen, M., Vanek, J., & Heinz, J. (2006). Informality, gender and poverty. *Economic and Political Weekly*, 41(21), 2131–2139.
- Choi, B., Tennasse, L., & Eijkemans, G. (2001). Developing regional workplace health and hazard surveillance in the Americas. *Pan Am J Public Health*, 10(6), 376–381.
doi:10.1590/S1020-49892001001200002
- Consejo Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional. (2007). *Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo, Salud y Seguridad Ocupacional*. Guatemala. Recuperado el 24 de junio de 2016, de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan032002.pdf>
- Corsi, D. J., Neuman, M., Finlay, J. E., & Subramanian, S. V. (2012). Demographic and health surveys: a profile. *Int J Epidemiol*, 41(6), 1602–13. doi:10.1093/ije/dys184
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen : World Health Organization Regional Office for Europe, 1992.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267–275. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x

- El Panel de Expertos del Muestreo de la Encuesta Social Europea. (2010). Sampling for the European Social Survey Round V: Principles and Requirements. *European Social Survey*. Recuperado el 2 de junio de 2016, de https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round5/methods/ESS5_sampling_guidelines.pdf
- EU-OSHA. (2016). *Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2). Overview Report: Managing Safety and Health at Work*. Luxembourg. Recuperado el 30 de mayo de 2016, de <https://osha.europa.eu/es/surveys-and-statistics-osh/esener>
- Eurofound. (2003). *Working Conditions Survey-A comparative analysis (2001/2)* (Vol. 2013). Recuperado el 25 de mayo de 2016, de <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0371.htm>
- Eurofound. (2007). *Working Conditions Survey-A comparative analysis (2005/6)*. Recuperado el 2 de mayo de 2016, de <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0744.htm>
- Eurofound. (2010a). Data visualisation - Survey mapping tool. Recuperado el 2 de julio de 2016, de <https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/data-visualisation>
- Eurofound. (2010b). Questionnaire for the Fifth European

Survey on Working Conditions (2010). Recuperado el 7 de junio de 2016, de http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/5EWCS/questionnaires/spain_es_castilian.pdf

Eurofound. (2012). *Overview report. Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg. Recuperado el 25 de enero de 2015, de http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1182en.pdf

Eurofound. (2015a). *First findings: Sixth European Working Conditions Survey*. Recuperado el 2 de mayo de 2016, de http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1568en.pdf

Eurofound. (2015b). *VI Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo – 2015*. Recuperado el 8 de junio de 2016, de <http://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/2015/sixth-european-working-conditions-survey-2015>

Eurostat. (n.d.). *EU labour force survey-ad hoc modules*. Recuperado el 7 de mayo de 2016, de http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_labour_force_survey_-_ad_hoc_modules

Eurostat. (2016). *Self-perceived health statistics*. Recuperado el 5 de abril de 2016, de http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_

statistics

Farioli, A., Mattioli, S., Quagliari, A., Curti, S., Violante, F. S., & Coggon, D. (2014). Musculoskeletal pain in Europe: the role of personal, occupational, and social risk factors. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(1), 36–46. doi:10.5271/sjweh.3381

Formazin, M., Burr, H., Aagestad, C., Tynes, T., Thorsen, S. V., Perkiö-Makela, M., ... Houtman, I. (2014). Dimensional comparability of psychosocial working conditions as covered in European monitoring questionnaires. *BMC Public Health*, 14. doi:10.1186/1471-2458-14-1251

Gallup. (2010). Quality assurance report. Recuperado el 6 de junio de 2015, de http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/surveys/ewcs/2010/documents/quality_assurance.pdf

Giuffrida, A., Iunes, R. F., & Savedoff, W. (2002). Occupational risks in Latin America and the Caribbean: economic and health dimensions. *Health Policy Plan*, 17(3), 235–246.

Giuffrida, A., Iunes, R. F., & Savedoff, W. D. (2001). *Economic and health effects of occupational hazards in Latin America and the Caribbean*. Washington DC. Recuperado el 2 de junio de 2016, de <http://services>.

iadb.org/wmsfiles/products/Publications/353816.pdf

- Grosch, J. W., Caruso, C. C., Rosa, R. R., & Sauter, S. L. (2006). Long hours of work in the U.S.: Associations with demographic and organizational characteristics, psychosocial working conditions, and health. *American Journal of Industrial Medicine*, *49*(11), 943–952. doi:10.1002/ajim.20388
- Hämäläinen, P., Leena Saarela, K., & Takala, J. (2009). Global trend according to estimated number of occupational accidents and fatal work-related diseases at region and country level. *Journal of Safety Research*, *40*(2), 125–139. doi:10.1016/j.jsr.2008.12.010
- Hämäläinen, P., Takala, J., & Leena Saarela, K. (2006). Global estimates of occupational accidents. *Safety Science*, *44*, 137–156. doi:10.1016/j.ssci.2005.08.017
- Harris, L. V., & Kahwa, I. A. (2003). Asbestos: old foe in 21st century developing countries. *The Science of the Total Environment*, *307*(1-3), 1–9. doi:10.1016/S0048-9697(02)00504-1
- Herr, R. M., Bosch, J. A., Loerbroks, A., Van Vianen, A. E. M., Jarczok, M. N., Fischer, J. E., & Schmidt, B. (2015). Three job stress models and their relationship with musculoskeletal pain in blue-and white-collar workers. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*, 340–347.

doi:10.1016/j.jpsychores.2015.08.001

Hong, O., Kerr, M. J., Poling, G. L., & Dhar, S. (2013). Understanding and preventing noise-induced hearing loss. *Disease-a-Month*, 59(4), 110–8.
doi:10.1016/j.disamonth.2013.01.002

ILO. (2013a). *Guide to the Millennium Development Goals. Employment Indicators*. Geneva:ILO. Recuperado el 5 de julio de 2016, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_110511.pdf

ILO. (2013b). *Marking progress against child labour. Global estimates and trends 2000-2012*. Geneva:ILO.
Recuperado el 3 de abril de 2016, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@ipecc/documents/publication/wcms_221513.pdf

Infante, R., & Klein, E. (1991). Mercado latinoamericano del trabajo en 1950-1990. *Revista de La CEPAL*, (45), 129.
Recuperado el 5 de abril de 2016, de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11837/045129144_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

INSHT. (n.d.). Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo y Gestión de la prevención. Análisis en línea de datos. Recuperado el 5 de febrero de 2016, de <http://encuestasnacionales.oect.es/>

- Iñiguez, M., Agudelo-Suarez, A., Campos-Serna, J., Cornelio, C., & Benavides, F. (2012). Encuestas de Condiciones de trabajo y salud: su utilización en la investigación en salud laboral. *Med Segur Trab*, *58*(228), 205–215.
doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000300005>
- Iversen, L., Andersen, O., Christoffersen, K., & Keiding, N. (1987). Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80. *Br Med J*, *295*(6603), 879–884.
- Jefferis, B. J., Nazareth, I., Marston, L., Moreno-Kustner, B., Bellón, J. Á., Svab, I., ... King, M. (2011). Associations between unemployment and major depressive disorder: Evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Social Science & Medicine*, *73*, 1627–1634. doi:10.1016/j.socscimed.2011.09.029
- Jódar, P., & Benavides, F. (2006). Capítulo 2. Trabajo, condiciones de trabajo y riesgos laborales. En *Salud Laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (3rd ed., p. 27). Barcelona: Elsevier Masson.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, *78*(10), 1336–1342.

Jürges, H., Avendano, M., & Mackenbach, J. P. (2008). Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol*, 23, 773–781. doi:10.1007/s10654-008-9287-6

Kawachi, I. (2008). Globalization and workers' health. *Industrial Health*, 46(5), 421–423. doi:10.2486/indhealth.46.421

Ki, M. B., Attfield, M. D., Wood, J. M., & Syamlal, G. (2008). National trends in silicosis mortality in the United States, 1981-2004. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(9), 633–639. doi:10.1002/ajim.20607

Kim, T. J., & von dem Knesebeck, O. (2015). Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. *BMC Public Health*, 15, 985. doi:10.1186/s12889-015-2313-1

Kim, T., & von dem Knesebeck, O. (2016). Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health*, 89, 561–573. doi:doi: 10.1007/s00420-015-1107-1

Kish, L. (1994). Multipopulation survey designs: five types with seven shared aspects. *International Statistical*

Review = Revue Internationale de Statistique, 62(2), 167–86. Recuperado el 24 de marzo de 2016, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12179592>

Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, 325.

Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Ferrie, J. E., Hamer, M., ... Steptoe, A. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, 380, 1491–1497. doi:10.1016/S0140-6736(12)60994-5

Kreis, J., & Bödeker, W. (2004). *Indicators for work-related health monitoring in Europe*. Essen. Recuperado el 10 de julio de 2016, de http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/injuries/docs/Workhealth_en.pdf

Landen, D. D., & Hendricks, S. (1995). Effect of recall on reporting of at-work injuries. *Public Health Reports*, 110(3), 350–4.

Lee, B.-J., Park, S.-G., Min, K.-B., Min, J.-Y., Hwang, S.-H., Leem, J.-H., ... Moon, S.-H. (2014). The relationship between working condition factors and well-being. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 26, 34.

doi:10.1186/s40557-014-0034-z

Lilley, R., Feyer, A.-M., Firth, H., Cunningham, C., & Paul, C. (2010). Surveillance of working conditions and the work environment: development of a national hazard surveillance tool in New Zealand. *Int J Public Health*, *55*, 49–57. doi:10.1007/s00038-009-0059-1

Lin, R.-T., Takahashi, K., Karjalainen, A., Hoshuyama, T., Wilson, D., Kameda, T., ... Ohtaki, M. (2007). Ecological association between asbestos-related diseases and historical asbestos consumption: an international analysis. *The Lancet*, *369*(9564), 844–849. doi:10.1016/S0140-6736(07)60412-7

López-Ruiz, M., Artazcoz, L., Martínez, J. M., Rojas, M., & Benavides, F. G. (2015). Informal employment and health status in Central America. *BMC Public Health*, *15*, 698. doi:10.1186/s12889-015-2030-9

Lucchini, R. G., & London, L. (2014). Global Occupational Health: Current Challenges and the Need for Urgent Action. *Annals of Global Health*, *80*, 251–256. doi:10.1016/j.aogh.2014.09.006

Ludermir, A. B., & Lewis, G. (2003). Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *38*, 485–489. doi:10.1007/s00127-003-0658-8

Ludermir, A. B., & Lewis, G. (2005). Is there a gender

difference on the association between informal work and common mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 622–627. doi:10.1007/s00127-005-0938-6

Malmusi, D., Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Case, A., Paxson, C., ... Wilkinson, G. (2012). Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *European Journal of Public Health*, 22(6), 781–6. doi:10.1093/eurpub/ckr184

Marchon, S., & Mendes Junior, W. (2015). Tradução e adaptação de um questionário elaborado para avaliar a segurança do paciente na atenção primária em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(7), 1395–1402. doi:10.1590/0102-311X00157214

Mari, J. J., & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15(3), 651–9.

Markowitz, G., & Rosnet, D. (1995). Public Health Then and Now. *American Journal of Public Health*, 85, 253–262.

Menec, V. H., Shooshtari, S., & Lambert, P. (2007). Ethnic Differences in Self-Rated Health Among Older Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Analysis. *Journal of Aging and Health*, 19(1), 62–86.

doi:10.1177/0898264306296397

Ministerio de Protección Social. (2007). *Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado el 5 de enero de 2016, de http://www.oiss.org/estrategia/IMG/pdf/I_encuesta_nacional_colombia2.pdf

Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, & Instituto de Seguridad Laboral. (2011). *Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y las Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010). Informe Interinstitucional*. Recuperado el 5 de enero de 2016, de http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articulos-99630_recurso_1.pdf

Ministerio de Trabajo, E. y S. S., & Superintendencia de Riesgos del Trabajo. (2009). *Encuesta Nacional a Trabajadores, Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral*. Recuperado el 5 de enero de 2016, de http://www.srt.gob.ar/images/Publicaciones/Informes_investigacion/LIBRO_FINAL_Corregido_2014.pdf

Ministerio del Trabajo. (2013). *II Encuesta Nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales*. Recuperado el 10 de enero de 2016, de http://ccs.org.co/salaprensa/images/Documentos/INFORME_EJECUTIVO_II

ENCSST.pdf

- Mossman, B. T., & Gee, J. B. L. (1989). Asbestos-Related Diseases. *New England Journal of Medicine*, 320(26), 1721–1730. doi:10.1056/NEJM198906293202604
- Muntaner, C., Solar, O., Vanroelen, C., Martínez, J., Vergara, M., Santana, V., ... Benach, J. (2010). Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms. *International Journal of Health Services*, 40(2), 281–295.
- Naciones Unidas. (n.d.-a). CEPALSTAT. Base de Datos y Publicaciones Científicas. Recuperado el 15 de febrero de 2016, de http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp?idioma=e
- Naciones Unidas. (n.d.-b). Objetivos del Desarrollo Sostenible. Recuperado el 5 de abril de 2016, de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/#>
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado el 13 de mayo de 2016, de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- Narocki, C., Zimmerman, M., Artazcoz, L., Gimeno, D., &

- Benavides, F. G. (2009). Encuestas de condiciones de trabajo y salud en España: comparación de los contenidos del cuestionario del trabajador. *Arch Prev Riesgos Labor*, 12(2), 14–18.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine*, 60(4), 277–86. doi:10.1093/occmed/kqq081
- Nieuwenhuijsen, M. J. (2005). Design of exposure questionnaires for epidemiological studies. *Occup Environ Med*, 62, 272–280. doi:10.1136/oem.2004.015206
- Noguera, J. A. (2002). El concepto de trabajo y la teoría social crítica 1. *PAPERS. Revista de Sociología*, 68, 141–168.
- Nylén, L., Voss, M., & Floderus, B. (2001). Mortality among women and men relative to unemployment, part time work, overtime work, and extra work: a study based on data from the Swedish twin registry. *Occup Environ Med*, 58(1), 52–57. doi:10.1136/oem.58.1.52
- OISS. (2013). Documento técnico para la implantación del Sistema Armonizado de Indicadores Básicos de Siniestralidad y Salud Laboral en Iberoamérica. Recuperado el 14 de julio de 2016, de

<http://www.oiss.org/estrategia/IMG/pdf/SIARIN.pdf>

OISS. (2015). *II Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020*. Recuperado el 14 de julio de 2016, de <http://www.srt.gob.ar/images%5Cpdf%5CEISST-2015-2020.pdf>

OISS, & INSHT. (2012). *I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud*. Recuperado el 5 de enero de 2016, de http://www.oiss.org/estrategia/encuestas/lib/iecct/ENCUESTA_DEFINITIVA_IECCTS.pdf

OIT. (n.d.). *Key Indicators of the Labour market (KILM)*, 8a edición. Ginebra: OIT. Recuperado el 20 de junio de 2016, de <http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/research-and-databases/kilm/lang--en/index.htm>

OIT. (2003a). *Directrices sobre una definición estadística de empleo informal, adoptadas por la Decimoséptima Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (noviembre – diciembre de 2003)*. Ginebra: OIT. Recuperado el 20 de junio de 2016, de <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/download/guidelines/defempl.pdf>

OIT. (2003b). *Estrategia global en materia de seguridad y salud en el trabajo*. Ginebra: OIT. Recuperado el 17 de

abril de 2016, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/policy/wcms_154865.pdf

OIT. (2010). *Plan de acción (2010-2016)*. Ginebra.

Recuperado el 17 de abril de 2016, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/policy/wcms_125637.pdf

OIT. (2012). *Panorama Laboral 2012 América Latina y el Caribe*. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Recuperado el 1 de junio de 2016, de http://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_195884/lang--es/index.htm

OIT. (2013). *Panorama Laboral 2013 - América Latina y el Caribe*. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Recuperado el 6 de enero de 2016, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_232760.pdf

OIT. (2014). *Panorama Laboral 2014 - América Latina y el Caribe*. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Recuperado el 1 de junio de 2016, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_325664.pdf

OIT. (2015a). *Panorama Laboral 2015 - América Latina y el Caribe*. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina

y el Caribe. Recuperado el 8 de junio de 2016, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_435169.pdf

OIT. (2015b). *Panorama Laboral Temático. Pequeñas empresas, grandes brechas. Empleo y condiciones de trabajo en las PYME de América Latina y el Caribe*. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Recuperado el 11 de febrero de 2016, de http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/wcms_398103.pdf

OMS. (2007). *Salud de los trabajadores: plan de acción mundial*. Recuperado el 10 de febrero de 2016, de http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf

Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001

Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 376–82.

Punnett, L., & Wegman, D. H. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14(1), 13–23. doi:10.1016/j.jelekin.2003.09.015

- Quick, T. L. (1990). Linking productivity and health. *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. National Productivity Review*, 9(4), 475–478. doi:10.1002/npr.4040090411
- Quinn, R. P., Seashore, S. E., & Mangione, T. W. (1975). *Survey of Working Conditions, 1969-1970*. Michigan. doi:http://doi.org/10.3886/ICPSR03507.v1
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., & Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex*, 55(1), 57–66.
- Rantanen, J., Kauppinen, T., Toikkanen, J., Kurppa, K., Lehtinen, S., & Leino, T. (2001). *Work and health country profiles. Country profiles and national surveillance indicators in occupational health and safety*. Helsinki: Finish Institute of Occupational Health. doi:10.1080/10473220290095907
- Rojas, M., Gimeno, D., Vargas-Prada, S., & Benavides, F. G. (2015). Dolor musculoesquelético en trabajadores de América Central: resultados de la I Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud. *Rev Panam Salud Publica*, 38(2), 120–128.
- Sales, E. C., & Santana, V. S. (2003). Depressive and anxiety symptoms among housemaids. *American Journal of*

Industrial Medicine, 44(6), 685–91.

doi:10.1002/ajim.10280

Sánchez-López, M. del P., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839–43.

Santana, V. S., Loomis, D., Newman, B., & Harlow, S. D. (1997). Informal Jobs. Another Occupational Hazard for Women's Mental Health? *International Journal of Epidemiology*, 26(6), 1236–1242.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1483–1499.
doi:10.1016/S0277-9536(03)00351-4

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Organización Mundial de la Salud. doi:ISBN 978 92 4 150085 2

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443–462. doi:10.5271/sjweh.1050

Steenland, K. (2005). One agent, many diseases: Exposure-response data and comparative risks of different outcomes following silica exposure. *American Journal of Industrial Medicine*, 48(1), 16–23.
doi:10.1002/ajim.20181

Superintendencia de Riesgos del Trabajo. (2014). Encuesta sobre Empleo, Protección social, y Condiciones de Trabajo de los Asalariados Agrarios. Recuperado el 2 de julio de 2016, de <http://www.trabajo.gob.ar/left/estadisticas/rural/index.asp>

Taswell, K., & Wingfield-Digby, P. (2008). *Occupational injuries statistics from household surveys and establishment surveys*. Geneva: OIT. Recuperado el 2 de julio de 2016, de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_173153.pdf

Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., ... Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15, 738. doi:10.1186/s12889-015-1954-4

Tøge, A. G., & Blekesaune, M. (2015). Unemployment transitions and self-rated health in Europe: A longitudinal analysis of EU-SILC from 2008 to 2011. *Social Science & Medicine*, 143, 171–178.

doi:10.1016/j.socscimed.2015.08.040

- Virta, R. L. (2006). *Worldwide Asbestos Supply and Consumption Trends from 1900 through 2003*. Recuperado el 15 de junio de 2016, de <http://pubs.usgs.gov/circ/2006/1298/c1298.pdf>
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*, *34*(3), 610–22. doi:10.1093/ije/dyi024
- Virtanen, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Jokela, M., Heikkilä, K., Fransson, E. I., ... Kivimäki, M. (2013). Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, *347*. doi:10.1136/bmj.f4746
- Vives, A., Vanroelen, C., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., ... Benach, J. (2011). Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, *41*(4), 625–46.
- Wahlström, J. (2005). Ergonomics, musculoskeletal disorders and computer work. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, *55*(3), 168–76. doi:10.1093/occmed/kqi083
- Wegman, D. H., & Hogstedt, C. (2014). If it's not counted it

didn't happen! *Occupational and Environmental Medicine*, 71(7), 457–8. doi:10.1136/oemed-2014-102223

Weller, J. (1998). *Los mercados laborales en América Latina: su evolución en el largo plazo y sus tendencias recientes*. Recuperado el 6 de junio de 2016, de <http://socinfo.eclac.org/publicaciones/xml/4/4274/lcl1160e.pdf>

Weller, J. (2000). Tendencias del empleo en los años noventa en América Latina y el Caribe. *Revista de La CEPAL*, (72), 31–51.

WHO. (2013). *WHO Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017): Baseline for Implementation. Global Country Survey 2008/2009*. Geneva:WHO. Recuperado el 30 de marzo de 2016, de http://www.who.int/occupational_health/who_workers_health_web.pdf

Yassi, A. (1997). Repetitive strain injuries. *The Lancet*, 349(9056), 943–947. doi:10.1016/S0140-6736(96)07221-2

ANEXOS

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1. Informe. Resumen de los Encuentros Iberoamericanos sobre Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud

Red de expertos en Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud (Red ECoTES)

Informe resumen de los Encuentros Iberoamericanos sobre Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud en Buenos Aires (2014), Belo Horizonte (2015) y Lima (2016)

Justificación

Las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud (ECTES) se han consolidando como una herramienta eficaz para un adecuado monitoreo de la salud de los trabajadores en relación con las condiciones de trabajo y empleo.

En la última década, teniendo en cuenta la experiencia europea y, de manera particular, la española, diversos países latinoamericanos han realizado sus propias encuestas: Colombia en 2007 y 2013, Argentina en 2009 y 2013-2014, Chile en 2009-2010, Centroamérica (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá) en 2011 y Uruguay en 2012. Sin embargo, las características metodológicas de la ECTES latinoamericanas, tanto en los aspectos metodológicos del diseño de la encuesta (principalmente en la selección de la muestra y en el lugar de la entrevista) como en los contenidos del cuestionario (preguntas realizadas), dificultan su comparabilidad.

Con los objetivos de mejorar la comparabilidad de las futuras ECTES, así como contribuir al desarrollo de sistemas de vigilancia en salud laboral en Latinoamérica y el Caribe, se constituyó en Buenos Aires en 2014¹ la Red de Expertos en Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud (Red ECoTES).

Antecedentes

La Red ECoTES, que en la actualidad está formada por expertos de América (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos, Honduras, Panamá, Perú, Puerto Rico y Uruguay), y Europa (España y Unión Europea) –ver anexo 1-, se ha reunido en tres ocasiones: Buenos Aires en 2014, Belo Horizonte en 2015 y Lima 2016.

¹ Declaración de Buenos Aires: http://www.srt.gob.ar/images/pdf/Declaracion_Buenos_Aires_2014.pdf

En el I Encuentro, celebrado los días 13 y 14 de noviembre de 2014 y apoyado por la Superintendencia de Riesgo del Trabajo de Argentina², además de constituir la Red ECoTES, se consensuó un listado de 46 variables básicas que debería contener todo futuro cuestionario, así como los criterios metodológicos mínimos que deberían tenerse en cuenta en el diseño de la muestra y el trabajo de campo.



En el II Encuentro, celebrado los días 9 y 10 de julio de 2015 con el apoyo de la Universidade Federal de Minas Gerais³, se acordó la lista completa de preguntas del cuestionario básico propuesta por los expertos para las futuras Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe (Cuestionario CTESLAC), que incluye 72 preguntas agrupadas en seis dimensiones.

² Superintendencia de Riesgo del Trabajo. I Encuentro: <http://www.srt.gob.ar/index.php/encuentro-iberoamericano>

³ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. II Encuentro: <http://site.medicina.ufmg.br/inicial/encontro-propoe-normatizar-pesquisa-em-trabalho-e-saude/>



En el III Encuentro, celebrado los días 17 y 18 de marzo con el apoyo del Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud del Instituto Nacional de Salud de Perú⁴, se avanzó en el Manual del cuestionario CETESLAC y en un listado básico de indicadores de salud laboral para vigilancia de la salud laboral en América Latina y el Caribe.



⁴ Instituto Nacional de la Salud. III Encuentro: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/acerca-de-ins/ins-c1/acerca-del-ins/noticias/884-iii-encuentro-iberoamericano-sobre-encuestas-de-condiciones-de-trabajo-y-salud>.

IV Encuentro en Costa Rica

Los objetivos para el IV Encuentro, a celebrar en marzo de 2017, son 1) desarrollar un Manual estándar del trabajo de campo para las futuras ECTES, 2) desarrollar un Manual de valoración de la calidad de las futuras ECTES y 3) valorar los primeros resultados de la aplicación de los indicadores de vigilancia de la salud laboral.

RED de expertos en Encuestas sobre Condiciones de Trabajo y Salud

Andrés A. Agudelo-Suarez | Universidad de Antioquia. Colombia. **Marcelo Amable** | Universidad de Avellaneda. Argentina. **Lucía Artazcoz** | Agència de Salut Pública de Barcelona. España. **Jonh Astete** | Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto Nacional de Salud. Perú. **Ada Ávila** | Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, Universidad Federal de Minas Gerais. Brasil. **Douglas Barraza** | Universidad Nacional y Universidad Técnica Nacional. Programa SALTRA, Costa Rica. **Fabián Berhó** | Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Argentina. **Lino Carmenate Millán** | Universidad Nacional Autónoma. Programa SALTRA, Honduras. **Cecilia Ines Cornelio** | Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Argentina. **George Delclòs** | University of Texas School of Public Health. EEUU. **Lorena Funcasta** | Universidad de la Republica. Uruguay. **Fernando G. Benavides** | CISAL, Universitat Pompeu Fabra. España. **Johanna Gerke** | Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Argentina. **David Gimeno** | University of Texas School of Public Health. EEUU. **María José Itatí Iñiguez** | Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Argentina. **Eduardo de Paula Lima** | Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. **David Martínez-Iñigo** | Universidad Rey Juan Carlos. España. **Pamela Merino-Salazar** | CISAL, Universitat Pompeu Fabra. España. **Adriane Mesquita de Medeiros** | Núcleo de Estudos Saúde e Trabalho da Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. **Lida Orta** | Universidad de Puerto Rico. Puerto Rico. **Javier Pinilla** | Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España. **Fernando Rodrigo** | CISAL, Universitat Pompeu Fabra. España. **Marianela Rojas** | Universidad Nacional, Programa SALTRA, Costa Rica. **Iselle Sabastizagal** | Instituto Nacional de Salud. Perú. **Clelia Vallebuona** | Ministerio de Salud de Chile. **Greet Vermeylen** | Eurofound. Irlanda. **Gloria H. Villalobos** | Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. **Alejandra Vives** | Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile.

9.2 Anexo 2. Informe: Proceso del diseño del cuestionario básico propuesto para las encuestas sobre condiciones de trabajo, empleo y salud en América Latina y el Caribe

Merino-Salazar P, Benavides FG, en nombre de la Red de Expertos en Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud. [Informe: Proceso del diseño del cuestionario básico propuesto para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe.](#) en nombre de la Red de Expertos en Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud. 1ª edición. Pueblo Libre, Perú : Jonh Maximiliano Astete Cornejo - Sociedad Peruana de Salud Ocupacional, 2015

9.3 Anexo 3. Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica
Parc de Salut MAR

CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2013/5194/I titulado *"Condiciones de empleo, trabajo y estado de salud de la población trabajadora de Colombia, Chile, Argentina y Centroamérica a través de las Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud"* propuesto por la Dra. Pamela Merino Salazar de la Universitat Pompeu Fabra.

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en la Universitat Pompeu Fabra por la Dra. Pamela Merino Salazar como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 25 de junio de 2013.

Lo que firmo en Barcelona, a 19 de Julio de 2013

COMITE ETIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA
CEIC - PARC DE SALUT MAR

Firmado:
Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo

9.4 Anexo 4. Informe: Working conditions in Central America

Merino-Salazar P, Benavides FG, Rojas M, Delclos G. [Working conditions in Central America](#). Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2015. ISBN 9789289713849. DOI:10.2806/231291

