

Las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y la COVID-19

Jukka Takala

Presidente de la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (ICOH),
Universidad de Tampere, Ciencias de la Salud (Finlandia)

Sergio Iavicoli

Secretario General de la ICOH y profesor y director de investigación del
Instituto Nacional para la Prevención de los Accidentes en el Trabajo (INAIL)
(Italia)

Seong-Kyu Kang

Vicepresidente de la ICOH y profesor en la Universidad de Gachon (República
de Corea)

Claudina Nogueira

Vicepresidenta de la ICOH y consultora de Salud en el trabajo / Gestora de
proyectos en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Pretoria
(Sudáfrica)

Diana Gagliardi

INAIL, Departamento de Medicina, Epidemiología, Higiene Ocupacional y
Ambiental (Italia)

Daniël (Daan) Kocks

Secretario Nacional de la ICOH para Sudáfrica y Presidente de la Sociedad
Sudafricana de Medicina del Trabajo (SASOM)

Jorma Rantanen

Expresidenta de la ICOH y profesora emérita, Universidad de Helsinki
(Finlandia)

Introducción

En los últimos años, los países desarrollados han conseguido reducir las lesiones laborales causadas por accidentes, a pesar de su entorno cada vez más complejo (Hämäläinen, Takala y Saarela 2006; Hämäläinen, Saarela y Takala 2009; Hämäläinen, Takala y Tan 2017). Las enfermedades relacionadas con el trabajo son más complicadas de medir, ya que no hay estadísticas mundiales, aunque las estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) muestran una tendencia al alza. A nivel mundial, cuando las poblaciones de diversas regiones vayan ampliando su esperanza de vida y su esperanza de vida laboral, muchos problemas laborales a corto plazo se irán reduciendo gradualmente. El descenso de la pobreza reduce las consecuencias a corto plazo, pero estas son sustituidas por enfermedades y trastornos más prolongados y de más larga latencia. Esto es fácilmente observable en las economías emergentes, como las de las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental (Takala *et al.* 2014; Takala *et al.* 2017).

En muchos países desarrollados, y cada vez más en los países en desarrollo, en la seguridad y la salud en el trabajo la importancia del componente de salud está aumentando rápidamente si se compara con el componente de seguridad. Esta importancia relativamente mayor atribuida a la salud en el trabajo se debe principalmente a las mejoras en seguridad y a la reducción del número de trabajadores en industrias tradicionalmente peligrosas.

En los países desarrollados, otro componente importante en la reducción de los accidentes ha sido el cambio en las estructuras económicas. Los lugares de trabajo peligrosos y de gran intensidad de mano de obra, como los de los sectores manufactureros, han disminuido en los países desarrollados, pues gran parte de ese trabajo se realiza en otros lugares, en particular en los países de Asia que están en rápido desarrollo, por ejemplo. En los países desarrollados, más de dos tercios de todas las personas que trabajan suelen hacerlo ya en profesiones de servicios. La rápida evolución de los procesos de mecanización, automatización y prefabricación hace también que muchos trabajos estén cada vez menos expuestos a riesgos de lesiones. Las mejoras en reducción de lesiones profesionales en los países desarrollados han sido posibles, en parte, por la mejora de las actividades de prevención y, en parte, por la tendencia a transferir gran parte de la actividad industrial a zonas del mundo más pobres.

Esta transferencia a países en desarrollo conlleva sus propios riesgos, como las repercusiones adversas en salud y seguridad de los trabajadores de esos países, en los que aumentan las lesiones y también las enfermedades y trastornos de larga duración. La transferencia de tecnología no es excesivamente complicada desde el punto de vista técnico, pero a este proceso de transferencias no le ha seguido la sustitución de inseguros y peligrosos métodos de trabajo y el aprendizaje de prácticas óptimas. Obreros no cualificados lo han tenido que aprender todo desde cero, por lo que los riesgos de salud y seguridad y las adversidades han seguido aumentando con rapidez.

Entre los principales riesgos relacionados con el trabajo se encuentran: las sustancias cancerígenas del entorno laboral; las enfermedades circulatorias causadas, por ejemplo, por el estrés, el trabajo nocturno, los altos niveles de monóxido de carbono y el ruido; otras enfermedades no transmisibles causadas por la inhalación de vapores, polvos y humos; los trabajos físicamente agotadores o repetitivos que provocan trastornos osteomusculares; y las enfermedades transmisibles causadas por agentes patógenos en el trabajo que provocan malaria y otras enfermedades transmisibles y tropicales... y más recientemente la COVID-19, la enfermedad causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2.

Vivimos tiempos sin precedentes en todo el mundo, donde todos los países están experimentando las trágicas y profundas repercusiones de la pandemia debida al virus SARS-CoV-2 y a la COVID-19. Se prevé que esta situación y sus repercusiones continúen durante muchos meses e incluso años y que afecten a muchos sectores.

Probablemente sean muy pocos los trabajadores de todo el mundo que puedan decir que no les ha afectado la COVID-19. Organizaciones internacionales, regionales y locales, y de todos los sectores, han movilizado recursos y conocimientos para desarrollar y compartir todo lo que pueden sobre la COVID-19 en beneficio de sus trabajadores, sus familias y sus comunidades. Y esto comprende, entre otras muchas cosas, políticas, puesta al día de las legislaciones, documentos de orientación técnica, materiales de formación, declaraciones oficiales, herramientas de evaluación de riesgos, procedimientos operativos estándar, marcos de actuación y directrices sobre el retorno al trabajo.

La pandemia mundial ha añadido responsabilidades y carga de trabajo a todos los profesionales de los servicios sanitarios en general, y también a los de la salud y la medicina del trabajo que deben garantizar el retorno seguro de los trabajadores a sus puestos de trabajo y medios de vida, a medida que la economía mundial reanuda su marcha escalonadamente tras los confinamientos impuestos en muchos países.

A escala mundial, los 1 700 millones de personas que trabajan en las diversas profesiones de servicios se consideran poblaciones de riesgo. Si se infectan, los trabajadores de algunas ocupaciones pueden desempeñar un papel importante como vectores de la infección; entre los ejemplos al respecto tenemos los trabajadores del sector sanitario, otros profesionales de los servicios, de las industrias alimentarias y muchos más. En varias actividades profesionales los trabajadores se han visto expuestos al virus del SARS-CoV-2, sobre todo en sectores con altas tasas de contacto con otras personas o con animales.

Los lugares de trabajo de sectores económicos como la cría de animales, la elaboración de alimentos y los mercados de productos alimenticios, los servicios sanitarios, diversos servicios sociales como el cuidado de ancianos, los servicios municipales como los de tratamiento de residuos y muchos otros son posibles fuentes y orígenes de epidemias potenciales. Por tanto, debería considerarse a los lugares de trabajo como zonas importantes para la detección temprana del riesgo de epidemia y para la pronta adopción de medidas primarias de prevención y gestión. Ello requiere una regulación eficaz de la inspección y el asesoramiento sobre buenas prácticas preventivas.

La crisis mundial de enfermedades crónicas por la que atravesamos y la incapacidad de la sanidad pública para frenar el aumento de factores de riesgo altamente prevenibles han dejado a poblaciones enteras vulnerables ante emergencias sanitarias graves como la COVID-19. Además, la mayoría de la población trabajadora está expuesta a riesgos laborales, como factores psicosociales, que son nuevos y emergentes y están relacionados con efectos duraderos sobre la salud.

En este artículo se examinan las últimas cifras mundiales y por país de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y sus costos económicos conexos en determinados países y regiones, y se recomiendan medidas para su adopción por las diversas partes interesadas.

Objetivos

Nuestros objetivos en este artículo son:

- ▶ Hacer que se comprendan mejor los riesgos a corto y largo plazo que el trabajo plantea para la salud y las graves consecuencias que cabe esperar para las personas trabajadoras y para las economías.
- ▶ Comparar, sobre la base de estimaciones recientes, los datos obtenidos de fuentes fiables disponibles para comprender, mediante indicadores de uso común, la magnitud de los problemas y trastornos profesionales. El análisis de las estimaciones existentes hechas en distintos países y regiones, y de las diferencias entre países y estimaciones, puede ofrecernos una hoja de ruta para establecer prioridades e inspirar las políticas.
- ▶ Identificar los principales objetivos de cara a la eliminación y la reducción de las exposiciones a factores adversos en el lugar de trabajo que tienen consecuencias graves y duraderas y producen muertes relacionadas con el trabajo.
- ▶ Aportar datos y pruebas para la adopción de medidas prioritarias y subrayar el papel que incumbe a los gobiernos y a los trabajadores y empleadores y sus organizaciones en relación con las políticas de seguridad y salud en el trabajo, las estrategias, las medidas normativas, la observancia, el compromiso y la creación de una mentalidad y una cultura de daño cero en el trabajo.

Metodología y fuentes de datos sobre la carga que suponen las lesiones y enfermedades en el trabajo

Los autores examinaron las cifras de empleo, las tasas de mortalidad, los datos sobre la carga que suponen las enfermedades y lesiones en el trabajo, los accidentes notificados, las encuestas sobre enfermedades y lesiones profesionales que se declaran, las fracciones atribuibles (FA_{trabajo} estas cuantifican la contribución de un factor de riesgo a una enfermedad o una muerte en determinada población) y las estimaciones del costo económico de las lesiones y enfermedades profesionales, así como la información más reciente sobre

cuestiones de salud y seguridad en el trabajo publicada en artículos científicos, documentos y fuentes electrónicas de datos de organizaciones internacionales y regionales, en particular la OIT, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea (UE) y la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN), así como instituciones, organismos y sitios web públicos. Aún varían los sistemas de recopilación de datos de estas fuentes, por lo que su comparabilidad adolece de limitaciones.

La OIT ha calculado las estimaciones mundiales de lesiones y enfermedades profesionales durante los últimos veinte años y con el tiempo ha habido progresos en los métodos utilizados y los resultados respectivos. Las estimaciones se basan en dos procesos distintos, uno para las lesiones profesionales (accidentes) y otro para las enfermedades relacionadas con el trabajo. Las estadísticas de la OIT contienen datos recopilados de sus Estados Miembros correspondientes a lesiones, datos de la OMS sobre enfermedades y documentación científica sobre la relación con el trabajo que se utiliza como referencia para calcular el número de muertes y estimar la magnitud de la discapacidad, tanto temporal como permanente.

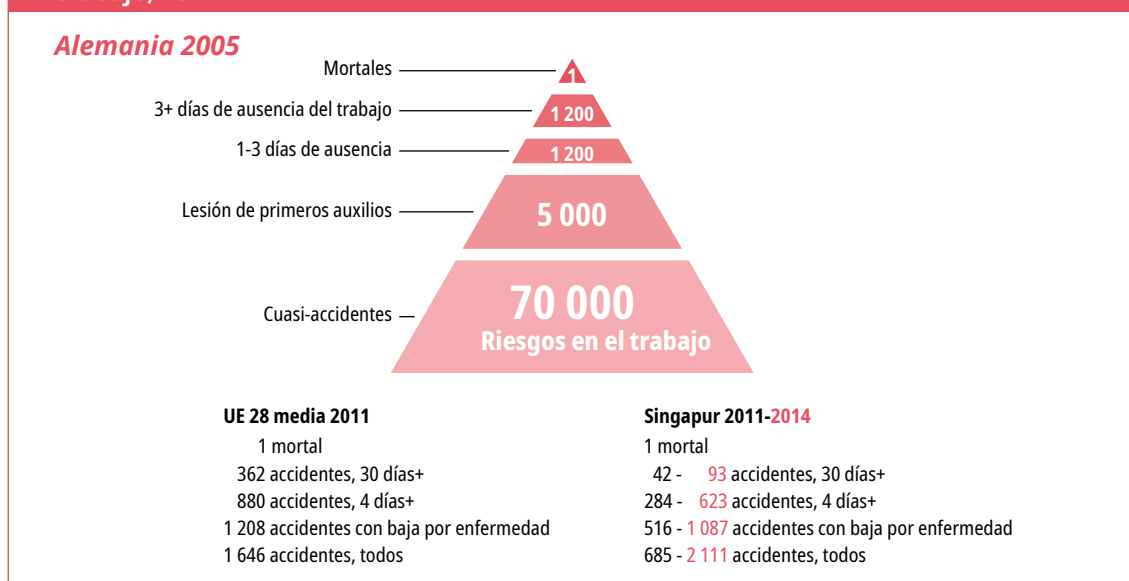
Antes de la COVID-19 se estimaba que en el mundo morían anualmente 2 780 000 trabajadores por causas relacionadas con el trabajo (Hämäläinen, Takala y Tan 2017). A las enfermedades relacionadas con el trabajo correspondían 2 400 000 (86,3 por ciento) de esas muertes y a los accidentes del trabajo 380 000 muertes (13,7 por ciento). El impacto económico mundial de la falta de inversiones suficientes en seguridad y salud en el trabajo correspondió aproximadamente al producto interno bruto (PIB) total de los 130 países más pobres del mundo, como dijo Guy Ryder, Director General de la OIT (2017). Además, cada año se produjeron unos 3 740 000 de accidentes no mortales y se perdieron 123 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) debido a lesiones, enfermedades y trastornos relacionados con el trabajo (Hämäläinen, Takala y Tan 2017). Los AVAD se calculan sumando los años de vida perdidos (AVP) por mortalidad prematura y los años vividos con discapacidad (AVD). La pérdida total de salud (medida en AVAD) es un indicador consolidado de la carga global de la enfermedad (CGE). Sobre la base de estos cálculos, la pérdida económica debida a todas las enfermedades, trastornos y lesiones en el trabajo fue del 4,94 por ciento del PIB en 2020 (IHME 2020).

Lesiones causadas por accidentes

Aunque es difícil comparar los datos nacionales relativos a las lesiones profesionales (debido a las diferencias en los criterios legales y de indemnización), la comparación entre las cifras de lesiones mortales (accidentes) es más fácil y los datos pueden ser relativamente comparables cuando los criterios de registro, los denominadores y las estructuras económicas están bien documentados. Las lesiones mortales se expresan por cada 100 000 personas empleadas en las estadísticas nacionales o por cada millón de horas de trabajo (tasa de frecuencia de accidentes), que puede convertirse a 100 000 personas empleadas a tiempo completo (tasa de incidencia de accidentes).

Sin embargo, mientras que las lesiones profesionales mortales se registran mejor, en la mayoría de los países la notificación de casos no mortales (graves, permanentes y menos graves) adolece de una grave insuficiencia, y son estos casos los que generan a los trabajadores y las economías una carga mucho más pesada que la estimada anteriormente (Betti, de próxima publicación). Los casos mortales son solo la punta de la pirámide (véase el gráfico 1). Se puede trazar una pirámide similar para las enfermedades en el trabajo.

► **Gráfico 1. Accidentes no mortales en el trabajo por cada accidente mortal en el trabajo, 2014**



Fuente: Takala *et al.* 2014.

En el cuadro 1 se muestra los resultados aproximados relacionados con el análisis comparativo. Las cifras y tasas de referencia registradas en el cuadro a partir del año 2014 (ILOSTAT, el portal central de estadísticas laborales de la OIT y EUROSTAT, la Oficina Estadística de la Unión Europea) serán válidas también mundialmente para los Estados Miembros de la OIT que tienen mucha población. En los países pequeños, el carácter aleatorio de los accidentes mortales en cualquier año podría equilibrarse tomando los valores medios de varios años, como en el caso de los valores de referencia de ILOSTAT y EUROSTAT. Las estimaciones dadas a conocer por el Director General de la OIT, Guy Ryder (OIT 2017, a partir de Härmäläinen, Takala y Tan 2017) ya habían hecho uso de un ajuste de los datos de casos no mortales y estos eran mejores que los datos brutos de las notificaciones, pero adolecían aún de una grave subestimación. Finlandia y Alemania figuran como los países que mejor informan.

Los resultados de un nuevo estudio sobre los déficits de notificaciones en los países de la Unión Europea (UE) arrojan cifras claramente superiores; estas prácticamente duplican las cifras brutas notificadas, pasando, en la UE-28 (28 Estados miembros que tenía hasta el 31 de enero de 2020), de 2 400 000 a 6 900 000 de accidentes no mortales que causan más de tres días de baja laboral. Por cada accidente mortal las cifras ajustadas muestran un caso mortal por cada 2 050 casos no mortales (Betti, de próxima publicación). Por lo que se ve en las cifras de ILOSTAT, este método es aplicable a nivel global.

► Cuadro 1. Análisis comparativo de accidentes mortales y no mortales en la UE-28

País	Empleo total	Lesiones profesionales en 2014 notificadas a la OIT Mortales	Lesiones profesionales en 2014 notificadas a la OIT No mortales	Accidentes del trabajo en 2014 notificadas a Eurostat Mortales	Accidentes del trabajo en 2014 notificadas a Eurostat No mortales	Estimaciones mundiales de accidentes del trabajo (mínimo de cuatro días de baja) Límite inferior (Eq. j) (0,14) OIT 2014	Estimaciones mundiales de accidentes del trabajo (mínimo de cuatro días de baja) Límite superior (Eq. j) (0,08) OIT 2014	Estimaciones mundiales de accidentes del trabajo (mínimo de cuatro días de baja) Selección OIT 2014	Accidentes no mortales sobre la base del estudio de los déficits de notificaciones de la UE28, todos los sectores, media anual de los años 2015-2017
EU-28	218 336 000			3 379	2 414 073	2 413 571	4 051 944	3 548 302	6 936 092
Alemania	39 871 300	639	955 280	471	704 819	336 429	523 333	704 869	862 016
Austria	4 113 700			119	52 968	85 000	132 222	108 611	221 047
Bélgica	4 544 500			45	46 704	32 143	50 000	46 704	121 935
Bulgaria	2 981 400	115	2 289	110	1 772	78 571	137 500	108 036	175 403
Chequia	4 974 300		45 058	101	36 622	72 143	126 250	99 196	217 135
Chipre	3627 00	5	1613	4	1 359	2 857	4 444	4 563	7 173
Croacia	1 565 700	36	13 785	22	8 999	15 714	27 500	21 607	65 206
Dinamarca	2 714 100			28	31 770	20 000	31 111	31 770	58 685
Eslovaquia	2 363 100			39	7 365	27 857	48 750	38 304	93 244
Eslovenia	916 700	25	12 914	20	10 016	14 286	25 000	24 554	34 559
España	17 344 200	246	423 106	247	287 809	176 429	308 750	287 809	624 018
Estonia	624 800	16	4619	13	5 393	9 286	16 250	12 768	33 255
Finlandia	2 447 200			28	42 162	20 000	31 111	42 162	41 773
Francia	26 396 400			517	467 869	369 286	574 444	471 865	776 729
Grecia	3 356 200			25	3 152	17 857	27 778	22 817	60 641
Hungría	4 100 800	78	19 583	74	15 918	52 857	92 500	72 679	162 362
Irlanda	1 913 900			45	13 103	32 143	56 250	44 196	88 028
Italia	22 278 900	396	305 246	459	251 769	327 857	573 750	388 929	983 300
Letonia	884 600			39	1 409	27 857	48 750	38 304	55 425
Lituania	1 319 000	60	3 232	51	2 599	36 429	63 750	50 089	79 551
Luxemburgo	245 600			10	6 154	7 143	12 500	9 821	29 343
Malta	181 700			4	2 273	2 857	5 000	3 929	8 477
Países Bajos	8 236 100			39	56 377	27 857	48 750	56 377	232 132
Polonia	15 861 500			225	59 414	160 714	281 250	220 982	532 730
Portugal	4 499 500			148	111 134	105 714	185 000	145 357	286 253
Reino Unido	30 672 300			207	160 700	147 857	258 750	203 304	516 428
Rumania	8 613 700	224	3 351	253	3 101	180 714	316 250	248 482	494 258
Suecia	4 772 100	41	30 319	36	21 343	25 714	45 000	40 268	74 986

Fuentes: Basado en datos de ILOSTAT y EUROSTAT ajustados por el estudio de subregistro de EU-28 (Betti et al. 2020). Los datos de la OIT están clasificados por regiones de la OMS (alfabéticamente en dos grupos). El año 2014 se utiliza como la última referencia internacional disponible.

Enfermedades y trastornos relacionados con el trabajo

El registro, la notificación, la comunicación y la indemnización de las enfermedades relacionadas con el trabajo son aún menos adecuados que en el caso de los accidentes relacionados con el trabajo. La «Lista de Enfermedades Profesionales» de la OIT (2010) es una herramienta importante para orientar a sus Estados Miembros.

Mientras que los países que notifican más lesiones profesionales son Finlandia y Alemania, el número más alto de enfermedades profesionales por cada 100 000 trabajadores se registra en Dinamarca y Suecia. El déficit en las notificaciones no es un indicador de trabajo decente y seguro. Debido a la gran diversidad de prácticas en cuanto a *enfermedades profesionales* y sus sistemas de indemnización y notificación (en su caso), aquí se utiliza de preferencia la expresión *enfermedades relacionadas con el trabajo*. Mientras que un país puede notificar una amplia selección de enfermedades como profesionales, otro puede tener exactamente los mismos problemas a un alto nivel pero no los notifica. Al utilizar la expresión citada anteriormente nos referimos a las enfermedades que se identifican y se notifican (sobre la base de la lista de enfermedades profesionales indemnizables del país) así como a enfermedades similares que no se notifican. Aunque la magnitud y el número de enfermedades relacionadas con el trabajo no necesariamente tienen que figurar en los informes estadísticos, se pueden utilizar métodos epidemiológicos para calcularlas con suficiente precisión.

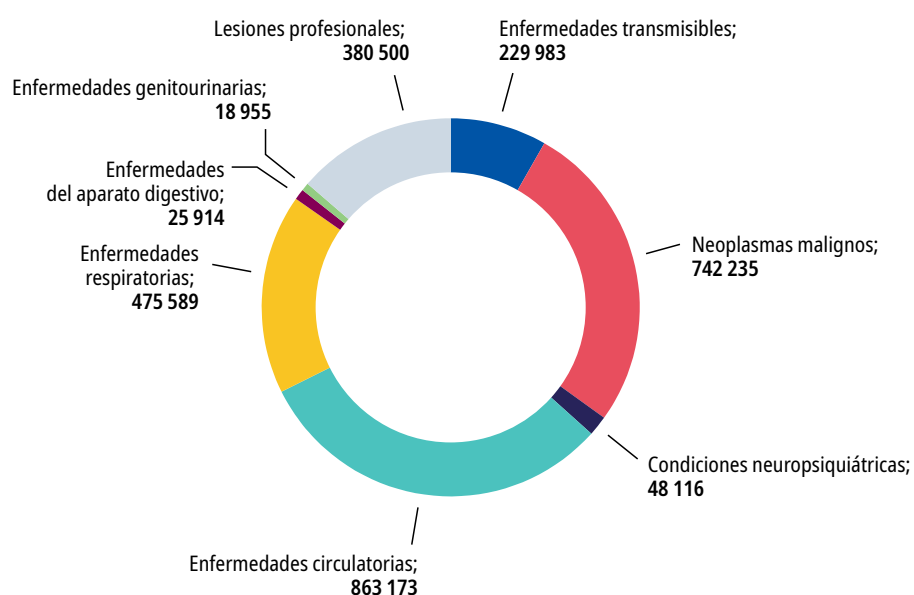
A nivel mundial, de las 2 400 000 de muertes causadas por enfermedades relacionadas con el trabajo en las estimaciones de 2017, las principales enfermedades responsables de la mayoría de las muertes por enfermedades relacionadas con el trabajo fueron las enfermedades cardiovasculares (circulatorias) y los cánceres, con un 31 y un 26 por ciento, respectivamente. Les siguieron las lesiones profesionales causadas por accidentes (14 por ciento) y las enfermedades infecciosas (9 por ciento). A los cánceres profesionales correspondieron 742 235 muertes en las estimaciones de 2017 (véase el gráfico 2), frente a las 489 000 muertes notificadas por el estudio correspondiente de 2015 sobre la CGE (véase IHME 2020). La razón principal de la diferencia en el número de muertes es que el estudio de 2015 sobre la CGE abarcó solamente una selección de agentes del Grupo 1 del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) (es decir, carcinógenos confirmados), mientras que las estimaciones de 2017 abarcaron agentes de los Grupos 1 y 2A (carcinógenos confirmados y probables) del CIIC (CIIC y OMS 2020). Los agentes del CIIC abarcados registran una tendencia lenta, pero gradualmente creciente, en la que los carcinógenos probables pasan a la lista de carcinógenos confirmados cuando se reúnen suficientes pruebas científicas. Por ejemplo, los gases de escape de motores diésel se añadieron hace relativamente poco (2012) a la lista de agentes del Grupo 1 del CIIC, aunque hace decenios que había evidencias sobre la exposición a esos gases y los cánceres relacionados con ellos.

Los países industrializados (región de ingresos altos de la OMS) tenían una mayor carga de cánceres, un 52 por ciento, y una atribución mucho menor de accidentes y afecciones

infecciosas, el 2,3 por ciento cada uno (véase el gráfico 3). Esto indica que la esperanza de vida media en las economías de ingresos altos (que suelen tener la mayor proporción de cánceres, y en particular de cánceres relacionados con el trabajo) aumentará con el aumento de la esperanza de vida. La región de África de la OMS tiene la mayor proporción relativa de enfermedades transmisibles relacionadas con el trabajo. Las estimaciones de la región del Pacífico Occidental están dominadas por China, y las de Asia Sudoriental por la India. La estimación de la Unión Europea de muertes por cáncer profesional fue de 107 600.

La cifra correspondiente del estudio de 2015 sobre la CGE fue de 75 279 muertes basadas en una selección de agentes cancerígenos, y el estudio más reciente de 2019 sobre la CGE recogió una cifra de 101 633 muertes en la UE-28 (IHME 2020). Estos datos no abarcan la radiación ultravioleta e ionizante, determinados procesos de trabajo, el trabajo por turnos o el trabajo sedentario. Teniendo en cuenta los componentes omitidos, estos resultados se corresponden bien con las estimaciones de 2017 o las superan. Los datos correspondientes a los Estados Miembros de la OIT que notifican, reconocen e indemnizan las enfermedades y lesiones profesionales son razonables, pero, lamentablemente, no constituyen una práctica habitual. Por lo tanto, se han realizado estimaciones para todos los Estados Miembros y regiones de la OIT sobre todas las enfermedades, trastornos y lesiones relacionados con la salud y la seguridad (Takala *et al.* 2017; Härmäläinen, Takala y Tan 2017). Las enfermedades transmisibles relacionadas con el trabajo son responsables de 230 000 muertes al año; la tuberculosis, la silicotuberculosis, las enfermedades neumocócicas, la malaria y las enfermedades tropicales, y las influencias relacionadas con virus, etc., ya estaban incluidas en las anteriores estimaciones mundiales de la OIT. La actual pandemia de COVID-19 está agravando aún más los riesgos de morbilidad y mortalidad de los trabajadores. Sin embargo, los datos más recientes indican que la fracción de mortalidad por COVID-19 relacionada con el trabajo es relativamente baja (véase la nota del gráfico 2). Utilizando los últimos conocimientos de Italia (Marinaccio, Guerra e Iavicoli 2020) relativos a la fracción atribuible al trabajo (FA_{trabajo}) y los de la mortalidad de Finlandia (Finnish Institute for Health and Welfare 2021) para poblaciones con edades comprendidas entre los 15 y los 65 años, se calculó que la FA_{trabajo} era del 3,0 por ciento (véase el cuadro 2). Sin embargo, la experiencia italiana es que la tasa de *infección* de la FA_{trabajo} es considerablemente más alta, alrededor del 19,4 por ciento.

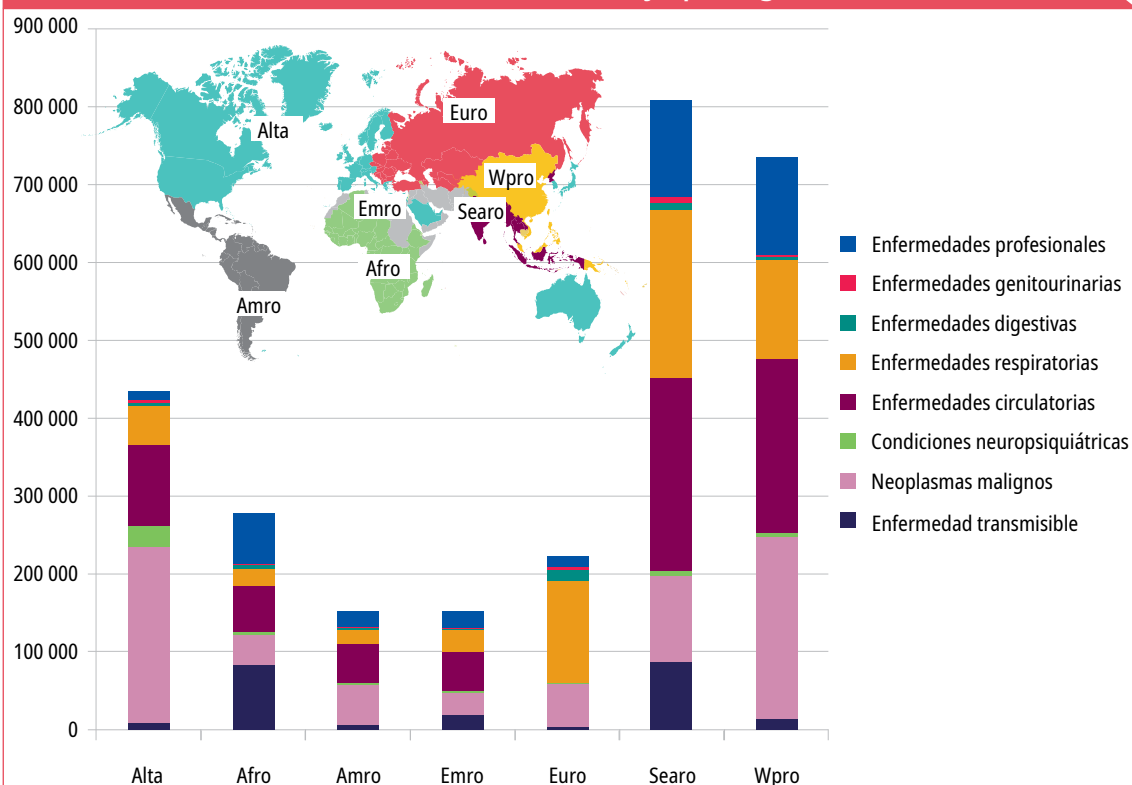
► **Gráfico 2. Estimación de la mortalidad mundial relacionada con el trabajo, por causa, 2017**



Nota: Se estima que en 2020 las muertes por COVID-19 en el trabajo se elevaron a 60 000, frente a la cifra total de 2 844 465 muertes relacionadas con el trabajo que recoge este gráfico. Solo un número limitado de estas muertes se reconoció e indemnizó como enfermedad profesional.

Fuentes: Takala *et al.* 2017; Hämäläinen, Takala y Tan 2017.

► **Gráfico 3. Mortalidad relacionada con el trabajo, por región de la OMS, 2017**



Nota: 'Alta' se refiere a zonas de renta alta.

Fuente: Takala *et al.* 2017.

► Cuadro 2. Relación con el trabajo (tasa de $FA_{trabajo}$) de determinadas enfermedades y trastornos, 2020-2021 (en porcentajes)

Tipo de enfermedad	Porcentaje
Transmisible	4,8 (varón)-32,5 (mujer)
COVID-19 edad de trabajar/muerte ¹	3,0 varón/mujer
edad de trabajar 15-65/enfermedad ²	30
De la cual atribuible al trabajo ($FA_{trabajo}$) ³	19,4
Cáncer/muerte	13,8
Neuropsiquiátrica/muerte	6,6
Circulatoria/muerte	14,4
Respiratoria/muerte	
EPOC	18
Asma	21
Otras enfermedades respiratorias	1
Digestive diseases/death	2,3
Enfermedades genitourinarias/muerte	3,0
Osteomusculares/trastornos	37
Salud mental/trastornos (estrés, trabajo nocturno, psicosocial)	10-30

Notas: ¹ La edad media de todas las muertes por COVID-19 es de 84 años (Finnish Institute for Health and Welfare 2021). ² Marinaccio, Guerra y Iavicoli 2020. ³ $FA_{trabajo}$: Fracción atribuible al trabajo, o porcentaje de la enfermedad debida al trabajo..

Las tasas de infección (no de mortalidad) por COVID-19 estimadas en un 19,4 por ciento en 2020 pueden utilizarse para calcular el número total de casos de infección *relacionados con el trabajo* en ese año. La OMS dio una cifra total de 82 400 000 de casos, cifra que probablemente sería mucho mayor si se conocieran mejor los casos de enfermedad nunca sometidos a prueba. En consecuencia, el 19,4 por ciento de los 82 400 000 equivale a 15 990 000 de infecciones de COVID-19 no mortales relacionadas con el trabajo. Aunque los Estados Miembros de la OIT no necesariamente la consideran enfermedad profesional indemnizable, el valor y la pérdida económica relacionados con el trabajo suponen una adición considerable a las pérdidas por muertes relacionadas con el trabajo. A fecha de 24 de febrero de 2021, el total de casos confirmados de COVID-19 era de 111 593 583, habiéndose producido ese día 173 594 casos nuevos, y el de muertes, 2 495 020 (OMS, s. f.). La carga real es, sin duda, mucho mayor.

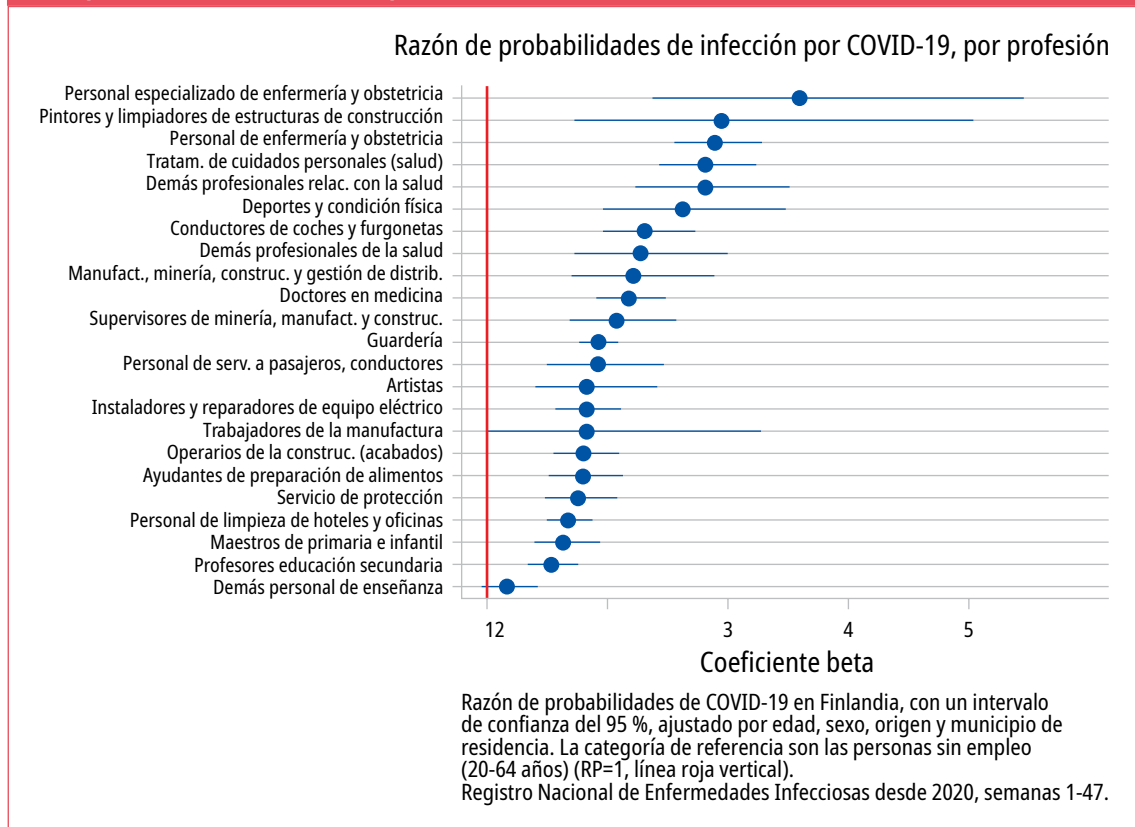
En el gráfico 4 se muestra las principales diferencias entre distintas ocupaciones y empleos con riesgo de exposición al SRAS-CoV-2 en Finlandia. La creencia común de que el personal sanitario es un grupo gravemente afectado se revela cierta, pero al mismo tiempo en un buen número de empleos de otros sectores también existe riesgo de exposición a la infección.

Expresado sencillamente, una razón de probabilidad (RP) es una medida de la relación entre una exposición (en este caso, la exposición al virus del SARS-CoV-2) y un resultado (en este caso, la adquisición de la infección o enfermedad por COVID-19). La RP representa

la probabilidad (o posibilidad) de que se dé un resultado dada determinada exposición, en comparación con la probabilidad de que se dé el resultado en ausencia de esa exposición. Más concretamente, $RP > 1$ significa una mayor probabilidad de relación entre la exposición y el resultado; $RP = 1$ significa que no hay relación entre la exposición y el resultado; y $RP < 1$ significa que hay una menor probabilidad de relación entre la exposición y el resultado.

Así, en el gráfico 4, las RP respectivas indican, por ejemplo, que el personal de cuidados especiales de enfermería tiene un riesgo 3,6 veces mayor de adquirir la infección, mientras que los pintores y el personal de limpieza de edificios tienen un riesgo 3,0 veces mayor de desarrollar la COVID-19, en comparación con la población de referencia de personas que no trabajan. También es importante tener en cuenta que la exposición a las nuevas variantes del virus del SARS-CoV-2, como la variante del Reino Unido, puede suponer un riesgo entre 1,3 y 1,7 veces mayor de desarrollar la COVID-19, en comparación con el virus normal (original).

► **Gráfico 4. Finlandia: Infecciones de COVID-19 por profesión, expresadas en razones de probabilidad**



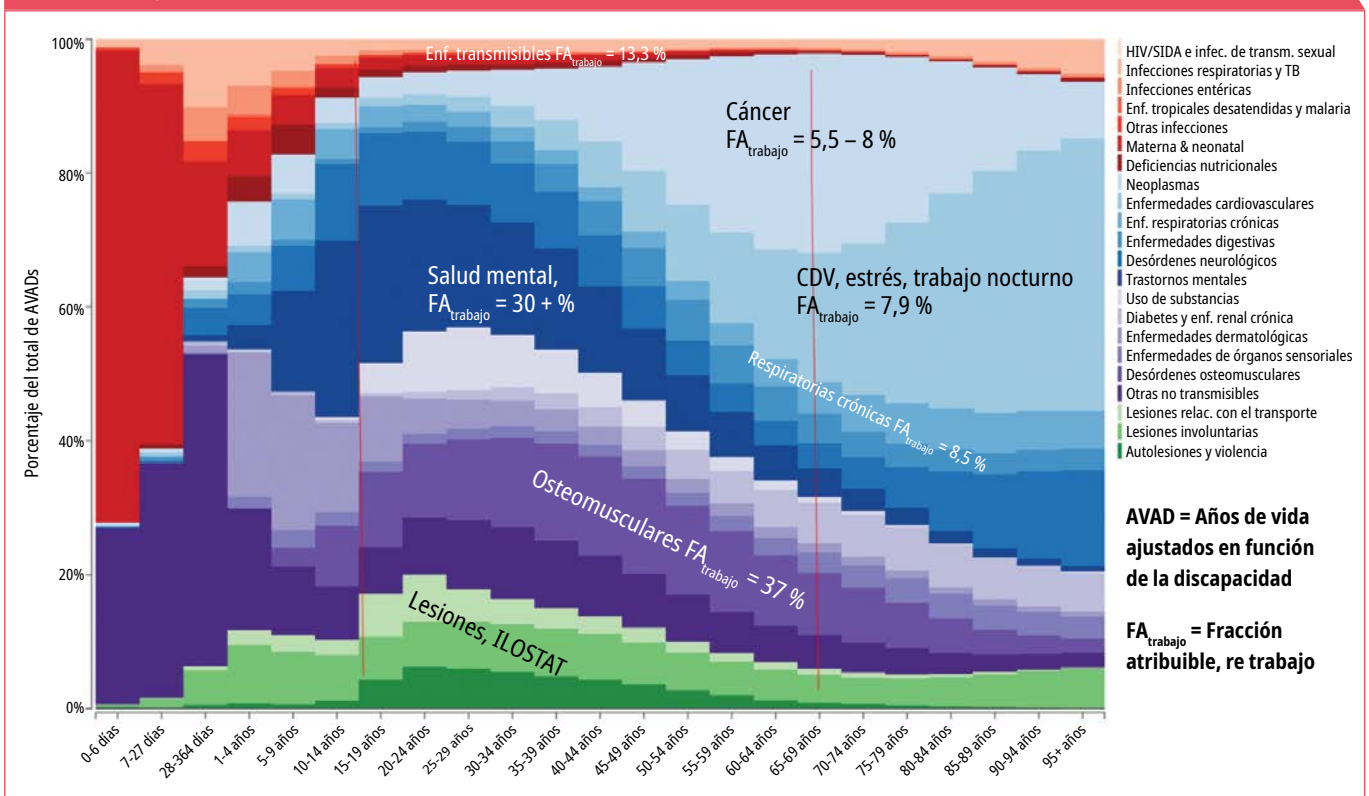
Nota: Los datos presentados abarcan a todas las personas de entre 20 y 64 años que viven en Finlandia, en una muestra de poco más de tres millones de personas.

Fuente: Helsinki GSE 2021.

Estimaciones de costos y valor social de la seguridad y salud en el trabajo

Los costos económicos de las malas medidas de seguridad y salud en el trabajo pueden estimarse tanto a nivel de lugar de trabajo como a nivel nacional. El impacto económico de las lesiones y las enfermedades laborales incluye los costos directos para los partícipes, las víctimas, los empleadores y la sociedad, así como las pérdidas de producción. En el gráfico 5 se muestra el porcentaje de enfermedades y lesiones en relación con la edad. La cifra procede del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) y abarca todas las causas, y la fracción atribuible (FA_{trabajo}) estimada añadida por los autores del presente texto muestra el porcentaje del componente de cada enfermedad relacionado con el trabajo. La COVID-19 no está incluida en este gráfico, que data de 2019. Las líneas rojas indican la edad laboral.

► Gráfico 5. Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), principales grupos de enfermedades y trastornos, Unión Europea, por edad, y FA_{trabajo} estimada, 2019 (COVID-19 no incluida)

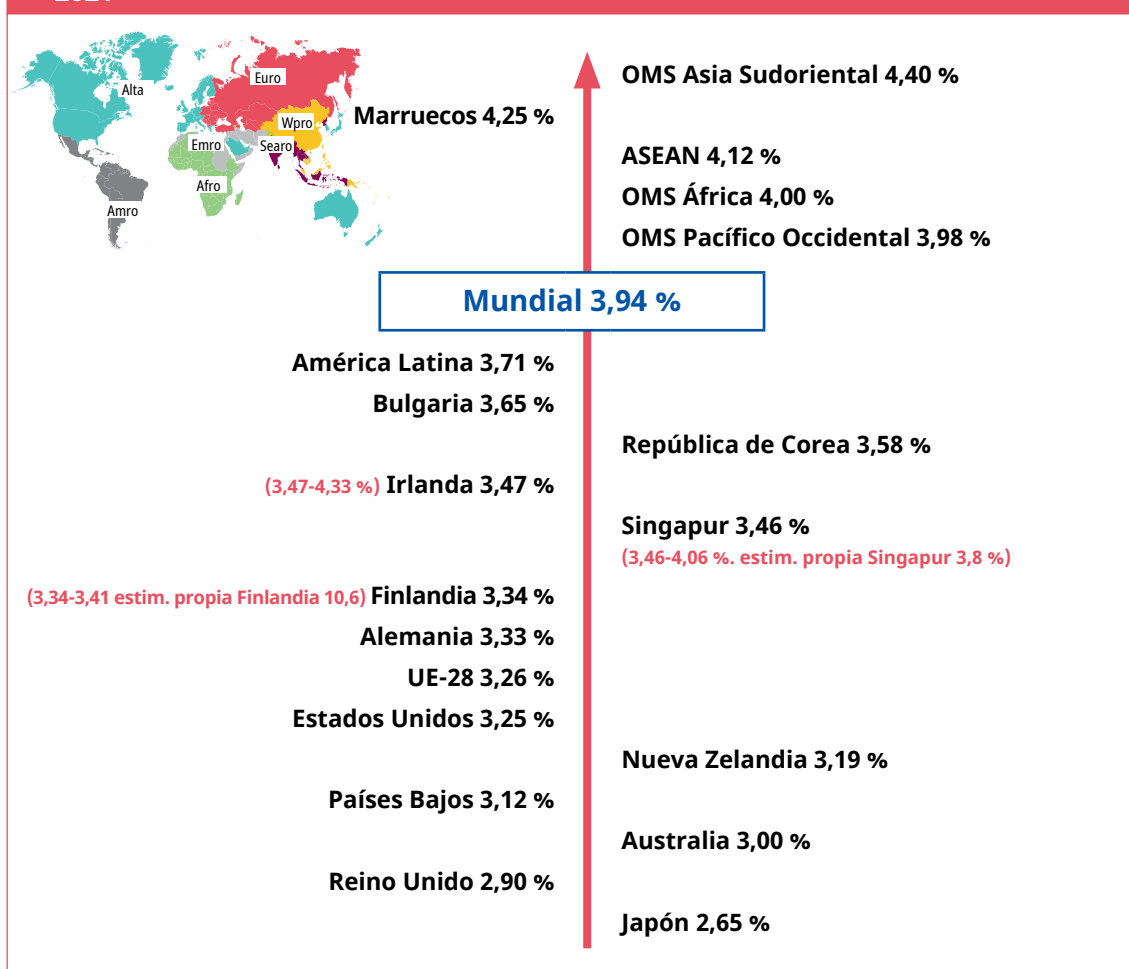


Fuente: IHME 2020, con la fracción atribuible (FA_{trabajo}) estimada añadida.

Partiendo de la cuantificación del número de lesiones y enfermedades laborales se puede determinar el número de años de vida perdidos (AVP) y de años vividos con discapacidad (AVD) a causa del trabajo; la suma de los AVP y los AVD da como resultado la medida conocida como AVAD.

Los costos en términos monetarios pueden calcularse para un país, una región o el mundo (véase el gráfico 6). La comparación de costos es posible cuando se dispone de detalles sobre los AVAD causados por lesiones y enfermedades laborales. El PIB anual de un país o región se considera representativo de la aportación total del trabajo (o mano de obra), ya sea en los sectores primarios, en el manufacturero o en el de servicios. Incluso la generación de beneficios para las empresas y de ingresos para los distintos inversores se debe originalmente al trabajo (Elsler, Takala y Remes 2017).

► **Gráfico 6. Comparación de los costos de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo en proporción al PIB, países y regiones seleccionados, 2021**



Fuente: OIT, ICOH y UE 2017.

La magnitud de los costos viene definida en gran medida por los factores que se tienen en cuenta a la hora de calcular las estimaciones. Los costos en porcentaje del PIB pueden obtenerse dividiendo el valor de los AVAD de determinado país o región (en años) por el número máximo hipotético de años que podrían haberse ahorrado si nadie muriera o tuviera una discapacidad temporal o permanente. Esto se obtiene mediante el número de años trabajados por quienes están empleados, es decir, la cifra de pleno empleo.

La pérdida económica anual se calcula entonces como:

$$\text{Costos anuales en porcentaje del PIB}_{\text{país}} = \text{AVAD}_{\text{país}} (\text{relacionados con el trabajo}) / \text{Total años de trabajo}_{\text{país}}.$$

Las pérdidas monetarias pueden calcularse multiplicando el porcentaje obtenido por el PIB en términos monetarios del país o región de referencia, para el mismo año.

Utilizar el método de los AVAD como indicador de un daño laboral más amplio es prácticamente la única forma de comparar los costos económicos con la información mundial disponible en todos los países. Incluir únicamente los casos mortales solo nos daría la punta del iceberg y excluiría factores que se sabe que causan importantes ausencias del trabajo, como las enfermedades osteomusculares, los riesgos psicosociales y un enorme número de lesiones laborales no mortales causadas por accidentes del trabajo. La combinación de estos factores genera importantes pérdidas de valor social para las mujeres y los hombres en el trabajo, y enormes pérdidas en términos de costos económicos para los trabajadores, los empleadores y el conjunto de la sociedad (Elsler, Takala y Remes 2017).

La forma habitual de contabilizar los costos económicos (como porcentaje) no incluye los costos indirectos, los costos intangibles ni el *valor de la vida estadística*. Cuando se considera con más detenimiento el costo total, incluyendo datos de varias fuentes (si se dispone de ellos), es probable que los costos totales sean considerablemente más altos. Por ejemplo, al aplicarlo a Finlandia, el método arriba mencionado arrojó unos costos del 3,34 por ciento del PIB en 2015, o de $7,68 \times 10^9$ dólares estadounidenses. El cálculo más detallado que abarcaba todos los costos conexos para Finlandia, realizado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad (Rissanen y Kaseva 2014), se elevó a un costo total tres veces superior: 24,45-24,95 euros 10^9 , o 10,6 por ciento del PIB anual.

La Unión Europea ha realizado nuevos cálculos comparables detallados (EU-OSHA 2018). Y aún hay más gastos a tener en cuenta.

En la mayoría de los países desarrollados la edad legal de jubilación se sitúa entre los 63 y los 68 años, pero según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la *edad real de jubilación materializada* puede ser mucho menor; por ejemplo, en Finlandia es de 61,5 años. Sin embargo, en otros países con una economía comparable a la de Finlandia, como Islandia, el Japón, Noruega y la República de Corea, la edad de jubilación es mucho mayor; en Islandia, por ejemplo, es de 70,5 años (Sauré y Zoabi 2012). Estas diferencias en las edades efectivas de jubilación afectan sustancialmente al cálculo del número de años de trabajo que pueden perderse por lesiones, enfermedades y trastornos relacionados con el trabajo.

La diferencia del PIB, si toda la mano de obra trabajara nueve años más, aumentaría aproximadamente el PIB en un 25 por ciento. Los empleos y las profesiones que tienen la edad de jubilación real más baja se encuentran en sectores como el del andamiaje en la construcción, donde los trabajadores se jubilan a los 50 años. Está claro que hay una fuerte conexión entre las malas condiciones de trabajo y el retiro prematuro. En consonancia con la legislación, no se puede obligar a las personas a trabajar hasta los 70 años si ya han perdido la salud y la capacidad de trabajar a los 50 años.

Podrían tenerse en cuenta otros muchos aspectos: medidas monetarias, o valor de la vida, como valor social en sentido estricto o amplio, o como pérdida social si se pierde la vida o la salud a causa del trabajo. El valor de la naturaleza o del clima no lleva etiqueta de precio. Los precios del mercado solo pueden medir en parte el valor social de la vida y la salud en el trabajo y más allá del trabajo.

Experiencias de COVID-19 y lecciones extraídas

Es importante señalar que los problemas y las pérdidas relacionadas con el trabajo no están causados por situaciones inevitables, como las pandemias o las catástrofes naturales. Incluso los efectos de las catástrofes naturales pueden ser eliminados o reducidos al mínimo mediante una preparación y gestión adecuadas. Por ejemplo, en el trabajo se pueden evitar los rayos mediante pararrayos y también midiendo el aumento de la tensión de voltaje en las obras y deteniendo el trabajo cuando aumentan los niveles de riesgo. Las pandemias globales pueden considerarse riesgos imprevisibles, pero con el tiempo varias naciones han mostrado al mundo que adoptando medidas drásticas era posible evitar un elevado número de víctimas y otros impactos negativos; lamentablemente, han sido muchas más las naciones sin preparación. En los recuadros 1, 2 y 3 se describen las experiencias de tres países: Italia, la República de Corea y Sudáfrica, respectivamente. Las lecciones de la pandemia de COVID-19 ya han puesto de relieve la necesidad de contar con mejores predicciones y preparación (por ejemplo, en investigación, recursos humanos, preparación hospitalaria y material y actualización de la normativa para la gestión de las crisis). En el recuadro 4 se enumera algunas de las lecciones extraídas. También deben reforzarse las funciones, los recursos, las capacidades y la colaboración de organizaciones internacionales, como la OMS y la OIT, por lo que el presente artículo concluye con recomendaciones tanto para las organizaciones internacionales y nacionales como para otras partes interesadas.

Recuadro 1. Experiencias de la COVID-19: Italia

A modo preliminar, es importante subrayar que, según la legislación italiana en materia de indemnización de los trabajadores, los casos de enfermedades infecciosas y parasitarias están incluidos en la categoría de accidentes del trabajo porque la causa virulenta se equipara con la violenta.

Entre el 21 de febrero de 2020 (primer caso notificado en Italia) y el 31 de diciembre de 2020, el Instituto Nacional para la Prevención de los Accidentes en el Trabajo (INAIL) recibió 131 090 notificaciones de accidentes del trabajo debidos a la COVID-19, lo que representa el 23,7 por ciento de las notificaciones de accidentes recibidas desde el comienzo del año y el 6,2 por ciento del total de casos de COVID-19 notificados por el Instituto Superior de Sanidad (ISS) en el mismo periodo.

Las mujeres registraron el mayor porcentaje de casos (69,6 por ciento). Del total de reclamaciones, el 42,2 por ciento corresponde al grupo de edad de 50 a 64 años, seguido del grupo de 35 a 49 años (37,0 por ciento), menores de 34 años (19,0 por ciento) y mayores de 64 años (1,8 por ciento).

El sector más afectado fue el de los servicios de salud (68,8 por ciento de las reclamaciones), seguido de la administración pública (9,1 por ciento de reclamaciones), que comprende también los servicios territoriales de salud. Se registraron porcentajes inferiores al 5 por ciento en los servicios de seguridad, los servicios de limpieza, el sector manufacturero, la hostelería, el comercio mayorista y minorista, el transporte y el almacenamiento y otros servicios.

Recuadro 2. Experiencias de la COVID-19: República de Corea

Tras ser el primer país fuera de China en registrar el brote de COVID-19, la República de Corea puso en marcha rápidamente las medidas planificadas aprendidas de la mala experiencia del brote del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2015. El brote de MERS se convirtió en una situación caótica para la sociedad coreana, resultando mucho más problemático de lo que nunca hubiera podido imaginar el país (República de Corea, Ministerio de Sanidad, s. f.).

Durante el brote de MERS, la República de Corea no aisló los casos confirmados ni sospechosos, ni siquiera en los hospitales, y no pudo rastrear los contactos cercanos de los pacientes de MERS, debido a la Ley de Protección de Información Personal. Los trabajadores sanitarios no estaban bien formados para afrontar enfermedades altamente contagiosas y o bien no había equipamiento de protección personal o este no estaba preparado o equipado adecuadamente ni en casa ni en los lugares de trabajo. Estos problemas fueron objeto de rectificación, modificación y mejora en los últimos cinco años. En los hospitales se hizo obligatorio por ley impartir con regularidad formación virtual para gestionar enfermedades contagiosas de nueva aparición. Además del distanciamiento social, de actuar con pruebas y rastreos y de usar mascarillas, se han puesto en práctica muchas otras medidas en el lugar de trabajo. No se permite la entrada de visitantes en los lugares de trabajo sin comprobar la temperatura corporal y registrar sus datos de contacto. Los lugares de trabajo se han reconfigurado mediante la modificación de los horarios de trabajo, la adopción (en su caso) de prácticas de trabajo en el domicilio y de reuniones virtuales en línea y el cierre de salas multiusos. Basándose en la experiencia del MERS, los trabajadores empezaron a llevar mascarillas voluntariamente, mucho antes de que esta práctica se convirtiera en obligatoria.

A fecha de 5 de abril de 2020 el porcentaje de trabajadores sanitarios entre todos los afectados por COVID-19 era solo del 1 por ciento, mientras que en el caso del MERS fue del 21 por ciento (Kang 2020). Hasta el 15 de mayo de 2020, el 15,7 por ciento de todos los casos de COVID-19 se habían producido en los lugares de trabajo, incluidos los centros de salud. Estas estadísticas no han cambiado significativamente desde abril y mayo de 2020 (Kim 2020).

Recuadro 2. (cont.)

Gracias a la aplicación de estas medidas y precauciones desde el comienzo del brote de COVID-19, la República de Corea ha podido mantener la actividad en los lugares de trabajo sin necesidad de recurrir a un severo confinamiento nacional, aunque en la actividad económica normal ha habido algunas restricciones.

Recuadro 3. Experiencias de la COVID-19: Sudáfrica

En el continente africano se consideraba que Sudáfrica (junto con Argelia y Egipto) tenía el mayor riesgo de importación y propagación del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), con una capacidad entre moderada y alta de responder ante un brote (Gilbert *et al.* 2020).

Desde el principio de la pandemia de COVID-19, las realidades socioeconómicas de Sudáfrica limitaron la eficacia de las medidas de contención del virus que habían funcionado en países de Europa y Asia, como el lavado frecuente de manos, el distanciamiento social, el autoaislamiento, la cuarentena, las pruebas y el confinamiento (Staunton, Swanepoel y Labuschaigne 2020). Sudáfrica es una sociedad desigual con una población en la que solo el 16 por ciento tiene acceso a asistencia médica y un sistema sanitario que soporta una elevada carga de enfermedades transmisibles como la tuberculosis (TB), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la infección conjunta de VIH y TB, siendo millones las personas que toman medicamentos inmunosupresores.

El Gobierno sudafricano promulgó a finales de marzo de 2020 un confinamiento nacional que ha continuado hasta la fecha, con las consiguientes repercusiones en la economía nacional y la pérdida de ingresos y medios de subsistencia, lo que ha exacerbado aún más las desigualdades en el país. La pandemia también ha puesto en fuerte evidencia las lagunas que existen en un sistema sanitario inadecuado y en materia de protección de los trabajadores, y ha aumentado los riesgos que ya soportan desproporcionadamente los trabajadores más vulnerables: «Puede que este virus no discrimine a quienes infecta, pero sus efectos se harán sentir más durante un tiempo en las poblaciones ya marginadas y vulnerables de Sudáfrica» (Staunton, Swanepoel y Labuschaigne 2020).

Durante febrero de 2021 Sudáfrica se encontraba en el final de una segunda ola de COVID-19 y a los pocos meses, en la estación de invierno, se preveía una tercera ola. A principios de febrero de 2021 se inició un programa para desplegar la vacuna entre los trabajadores sanitarios como grupo prioritario, despliegue que se detuvo temporalmente cuando los resultados preliminares indicaron que la vacuna elegida (ensayo de AstraZeneca y la Universidad de Oxford) no era suficientemente eficaz contra la nueva variante de la COVID-19 identificada en Sudáfrica. El despliegue se reanudó cuando la vacuna de Johnson & Johnson demostró su eficacia contra algunas variantes, entre ellas la 501Y.V2.

La pandemia ha servido para que la COVID-19 se convierta en una enfermedad profesional prioritaria en Sudáfrica. Se elaboraron rápidamente políticas para los profesionales de la salud en el trabajo, los empleadores y los trabajadores, todos los cuales tuvieron que adaptarse a la legislación de emergencia, los medios electrónicos de comunicación y las consultas a distancia como parte de la nueva normalidad que se ha convertido en una realidad arraigada.

Recuadro 3. (cont.)

Las fuentes oficiales de información y orientación sobre la COVID-19 son el Departamento Nacional de Salud de Sudáfrica (NDOH) y el Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD). El NDOH también gestiona un sitio web dedicado a la COVID-19 que se actualiza a diario, una línea telefónica gratuita para la COVID-19 y una aplicación digital descargable (COVID Alert S).

Desde el inicio de la pandemia, el Instituto Nacional de Salud en el Trabajo (NIOH) de Sudáfrica ha desempeñado un papel fundamental en la educación y la formación relacionadas con la COVID-19 para los empleadores, los trabajadores y otras entidades activas en el ámbito de la salud ocupacional, como los profesionales de la medicina laboral y el personal de enfermería de salud ocupacional y los higienistas del trabajo. El NIOH ha desarrollado programas de formación en seminarios en línea con una serie de recursos sobre COVID-19 que están disponibles en su sitio web, y dirige el Sistema de Vigilancia de Salud en el Trabajo (OHSS) para la COVID-19.

Se adoptaron cambios en los procedimientos de vigilancia médica de los trabajadores aplicados por los profesionales de la salud en el trabajo (profesionales de la medicina laboral y personal de enfermería de salud ocupacional), habiendo desempeñado la Sociedad Sudafricana de Medicina Laboral (SASOM) el destacado papel de apoyar y asesorar a sus miembros en concreto y a los profesionales de las disciplinas de salud en el trabajo en general.

En abril de 2020 la SASOM respaldó la declaración de la Sociedad Sudafricana de Medicina Torácica (SATS) sobre su posición respecto de la realización de pruebas de función pulmonar durante la pandemia de COVID-19, que fue actualizada por la SATS en septiembre de 2020 con recomendaciones para la reintroducción de las pruebas de función pulmonar. A lo largo del año pasado, la SASOM ha estado elaborando y difundiendo sus propias declaraciones de posición, políticas y directivas, que han sido objeto de evaluación por pares, sobre diversos temas relacionados con la COVID-19, como los historiales médicos, los reconocimientos médicos en el trabajo, la vacunación y las pruebas de antígenos y anticuerpos de la COVID-19 en el lugar de trabajo, las indemnizaciones por infecciones de COVID-19 en el lugar de trabajo y la gestión de los residuos que suponen riesgo de contraer la COVID-19.

Sudáfrica ha sido el país más golpeado de su continente y, al 15 de mayo de 2021 (el comienzo de la tercera ola), las estadísticas de COVID-19 eran las siguientes 11 087 505 pruebas realizadas (población total: alrededor de 60 millones de habitantes); 1 611 143 casos totales identificados como positivos; 1 523 243 recuperaciones totales (negativos confirmados, tasa de recuperación de aproximadamente el 94 por ciento); y un total de 55 183 fallecimientos.

Fuentes: Statistics South Africa (<http://www.statssa.gov.za/?p=12744>); NICD (www.nicd.ac.za); NIOH (www.nioh.ac.za); SASOM (<https://sasom.org>).

Recuadro 4. Algunas lecciones extraídas de la pandemia de COVID-19

- ▶ La COVID-19 supone una amenaza tanto para la salud pública como para la salud en el trabajo.
- ▶ Trabajar en entornos de atención sanitaria puede ser peligroso para la salud; sin embargo, se reconoce que corren riesgo diversos grupos profesionales y no solo el personal sanitario.
- ▶ Alrededor del 14 por ciento de los casos de COVID-19 notificados a la OMS corresponde al personal sanitario. En algunos países, la proporción puede llegar al 35 por ciento.
- ▶ Los centros sanitarios siguen estando desbordados en muchos países.
- ▶ La escasez o la mala calidad de equipos de protección personal (EPP) ha dejado a gran número de trabajadores de la salud y de otros sectores sin la protección adecuada.
- ▶ Los efectos de la COVID-19 van mucho más allá de la infección.
- ▶ Una preocupación primordial de muchos trabajadores es la de perder su empleo o sus ingresos.
- ▶ Los problemas de índole laboral y familiar que genera la pandemia son graves y sin precedentes.
- ▶ La crisis de la COVID-19, los confinamientos y la recesión económica han exacerbado las desigualdades que ya había en materia de salud.
- ▶ La prevalencia y la gravedad de la pandemia de COVID-19 se amplían debido a epidemias preexistentes de enfermedades crónicas, que a su vez tienen que ver con factores sociales que determinan la salud, como las condiciones de vivienda y trabajo y el acceso a una atención sanitaria de calidad.
- ▶ Los trabajadores de bajo nivel socioeconómico tienen menos acceso a los EPP y menos opciones de trabajar desde casa y corren más riesgo de perder sus empleos.
- ▶ La COVID-19 se vive con desigualdad, dándose las mayores tasas de infección y mortalidad entre las comunidades más desfavorecidas: no es una enfermedad socialmente neutra.
- ▶ La pandemia de COVID-19 nos ha hecho ver la necesidad crítica de que haya una muy estrecha colaboración interdisciplinar y multidisciplinar entre diversos profesionales que inspiren a las organizaciones para tomar mejores decisiones.
- ▶ Si se controlan mal, las infecciones emergentes pueden causar epidemias y pandemias de alto impacto socioeconómico y seguirán constituyendo amenazas reales para el mundo. Debemos mantener la vigilancia para estar preparados y ser capaces de responder con eficacia.

Recomendaciones para nuevas medidas

Para la OIT, la OMS, la UE y todas las instituciones internacionales mundiales y regionales pertinentes

1. La tradición de más de sesenta años del Comité Mixto OIT/OMS de Salud en el Trabajo, de carácter quinquenal, debería continuar conforme a las directrices decididas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1950, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas.
2. La OIT y la OMS deberían convocar urgentemente la 14.ª reunión del Comité Mixto OIT/OMS de Salud en el Trabajo. Este comité debería considerar la posibilidad de seguir

ocupándose de los debates sobre *todas las cuestiones recientes de salud y seguridad en el trabajo* e iniciar nuevas acciones a nivel internacional y nacional. La última reunión del Comité se organizó hace muchos años en Ginebra, del 9 al 12 de diciembre de 2003.

3. Es importante reconocer la COVID-19 como un riesgo laboral prioritario. La tarea más urgente debería ser el debate en torno a la colaboración entre la OMS y la OIT en materia de políticas y prácticas para la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra la pandemia de COVID-19. La OIT y la OMS deberían unir sus fuerzas para el reconocimiento de la COVID-19 relacionada con el trabajo como enfermedad profesional a nivel mundial y garantizar una indemnización justa para los trabajadores que han contraído la COVID-19 en el trabajo.
4. La OIT debería poner en marcha acciones inmediatas para fomentar la ratificación del Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985 (núm. 161) con el objetivo de garantizar respuestas eficaces en el futuro para la protección de la salud laboral de los trabajadores, incluso acciones para posibles pandemias futuras.
5. La OIT, en colaboración con la OMS, debería prestar especial atención a la protección de los trabajadores que corren un riesgo alto, como los de la salud, los trabajadores sociales, las fuerzas policiales, el personal de respuesta a emergencias, el personal de limpieza y los trabajadores de las pequeñas empresas, contra el riesgo de COVID-19 en el trabajo, dando la máxima prioridad a los trabajadores de la salud y a otros trabajadores de servicios que tienen un estrecho contacto cara a cara con los clientes en su trabajo diario.
6. La OIT, en colaboración con la OMS, debería emprender acciones prioritarias para desarrollar la *cobertura universal de salud ocupacional*, garantizando servicios competentes de salud ocupacional para todos los trabajadores del mundo (privados, públicos, formales, informales) en todos los sectores económicos y en todos los tipos de lugares de trabajo, según se decidió en la 49.^a Asamblea Mundial de la Salud (49.12).
7. La OIT, en colaboración con la OMS, debería elaborar directrices para la protección de los trabajadores contra el virus del SARS-CoV-2 en el trabajo, así como buenas prácticas laborales en todos los lugares de trabajo y los entornos laborales. Hacen falta directrices especiales en materia de prácticas de protección de los grupos de trabajadores vulnerables o marginados, como los de edad avanzada, los de la economía informal, los del servicio doméstico, los jóvenes, los migrantes y los que padecen enfermedades respiratorias y cardiovasculares crónicas o diabetes, entre otros trabajadores.
8. La OIT, en colaboración con la OMS y en línea con los ODS de las Naciones Unidas y los objetivos conexos y las metas específicas de todos los ODS y, en particular, el ODS 3 (Salud y bienestar) y el ODS 8 (Trabajo decente y crecimiento económico), debería organizar programas de acción mundiales, nacionales y locales relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo, y la coordinación de dichas actividades.
9. El fomento de la ratificación y la aplicación de los Convenios núms. 81, 155, 161 y 187 de la OIT y de otros instrumentos pertinentes precisa de un fuerte apoyo de los gobiernos y de los trabajadores y los empleadores y sus organizaciones. Esto incluye una mejora

de las estadísticas, la información y los conocimientos prácticos sobre la prevención, a todos los niveles, de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales en el trabajo.

Para las partes interesadas internacionales y nacionales: gobiernos, cuerpos de inspección e instituciones, empleadores y trabajadores y sus organizaciones nacionales e internacionales

10. Además de la prevención y la gestión de la pandemia de COVID-19 en las comunidades y en la vida privada, familiar y social, la prevención y la gestión de las epidemias y las pandemias requieren medidas eficaces en el lugar de trabajo. Tales medidas exigen competencia en materia de salud en el trabajo y un buen conocimiento de las prácticas y entornos laborales y de las condiciones de trabajo. También debe reconocerse que es necesario regular internacionalmente el riesgo de epidemias y pandemias en el trabajo y otorgar a los inspectores competentes el derecho a entrar en los establecimientos para la identificación de los riesgos en las fases más tempranas que sea posible, destacando así la contribución decisiva que puede hacerse mediante la implantación de medidas que ante todo eviten la exposición.
11. Teniendo en cuenta el enorme valor social de los esfuerzos por lograr el *daño cero* en el trabajo, y los beneficios económicos que pueden derivarse de la eliminación y la reducción de lesiones, enfermedades, trastornos y otras consecuencias perjudiciales de los malos entornos de trabajo, deberían ponerse en marcha medidas detalladas y prácticas para identificar las prioridades en cuanto a los riesgos conexos y su prevención, y, sobre la base de dichas prioridades, planear y ejecutar en colaboración estas actividades. Además de responder eficazmente a los peligros y riesgos que se dan, debe prestarse especial atención a predecir los nuevos que puedan darse y a prepararse para tales riesgos, como pandemias mundiales y posibles riesgos profesionales derivados, por ejemplo, de nuevas tecnologías y del cambio climático.
12. Las epidemias relacionadas con el trabajo también pueden abarcar conceptos mucho más amplios que las enfermedades transmisibles. Un ejemplo de ello es el uso continuo en el mundo del amianto, que mata a unos 255 000 trabajadores al año y causa entre el 50 y el 70 por ciento de todas las muertes por cáncer laboral (Furuya *et al.* 2018). A continuación, se enumeran medidas que se han revelado eficaces y prácticas:
 - a. Establecer un marco normativo claro y exhaustivo basado en normas y repertorios de recomendaciones prácticas de la OIT.
 - b. Mantener un sistema de observancia de la normativa que sea capaz y cuente con los recursos adecuados, es decir, una inspección de la seguridad y la salud en el trabajo.
 - c. Crear y mantener un sistema de indemnización por lesiones en el lugar de trabajo que se vaya ampliando gradualmente y que se base en los datos recopilados en el lugar de trabajo, el registro y la notificación de los accidentes del trabajo y las enfermedades relacionadas con el trabajo.

- d. Proporcionar servicios apropiados de salud en el trabajo (al menos servicios básicos) que tengan contacto con los planes de prevención y tratamiento en el lugar de trabajo y con medidas tempranas encaminadas a identificar los riesgos y a su eliminación y reducción.
- e. Establecer en el lugar de trabajo un marco de colaboración entre trabajadores y empleadores que incluya a los representantes de los trabajadores encargados de la seguridad y la salud y a sus homólogos de los empleadores y de la alta dirección, así como comités activos de seguridad y salud.
- f. Utilizar lo mejor de que se disponga en información y conocimientos, junto con organismos y especialistas que presten apoyo, para aumentar la sensibilización de la población activa y la opinión pública y mejorar el uso de hechos y pruebas científicas ante los medios de comunicación y en campañas.
- g. Debería respetarse el derecho fundamental de los trabajadores a conocer los peligros y riesgos que corren en el trabajo, incluso en situaciones como la COVID-19, y a ser informados al respecto.
- h. Los organismos encargados de indemnizar a los trabajadores y los gobiernos, en colaboración con los interlocutores sociales, deberían reconocer las enfermedades y los trastornos derivados del trabajo como enfermedades y lesiones profesionales notificadas, incluida la COVID-19 en el trabajo, siguiendo la «Lista de enfermedades profesionales» de la OIT (2010), y aumentar gradualmente su cobertura.

Referencias

- Betti, Gianni, Ivars Vanadzins, Hionia Vlachou y Jukka Takala. De próxima publicación. *Methodological Study on Under-reporting of Occupational Accidents in European Union*, Proyecto GOPA- EUROSTAT que abarca los países de la UE-28. Solicitud de copias pdf a la plataforma internet ResearchGate:
https://www.researchgate.net/publication/342128040_Methodological_study_on_under-reporting_of_occupational_accidents_in_European_Union.
- CIIC (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer) y OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. «IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans».
- Elsler, Dietmar, Jukka Takala y Jouko Remes. 2017. *Comparación a nivel internacional del coste de los accidentes y las enfermedades relacionadas con el trabajo*. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Bilbao, EU-OSHA.
- EU-OSHA (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo). 2018. «The Value of OSH: Estimating the Societal Costs of Work-related Injuries and Diseases: In Finland, Germany, the Netherlands, Italy and Poland».
- Finnish Institute for Health and Welfare. 2021. «Confirmed Coronavirus Cases (COVID-19) in Finland».
<https://experience.arcgis.com/experience/92e9bb33fac744c9a084381fc35aa3c7>.

- Furuya, Sugio, Odgerel Chimed-Ochir, Keri Takahashi, Annette David y Jukka Takala. 2018. «Global Asbestos Disaster». *International Journal of Environmental Research in Public Health* 15 (5): 1000.
- Gilbert, Marius, Giulia Pullano, Francesco Pinotti, Eugenio Valdano, Chiara Poletto, Pierre-Yves Boëlle, Eric D'Ortenzio, Yazdan Yazdanpanah, Serge Paul Eholie, Mathias Altmann, Bernardo Gutiérrez, Moritz U G Kraemer, Vittoria Colizza. 2020. «Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: a modelling study». *The Lancet* 395 (10227): 871-877.
- Hämäläinen Päivi, Jukka Takala y Kaija Leena Saarela. 2006. «Global Estimates of Occupational Accidents». *Safety Science* 44 (2): 137-156.
- , Kaija Leena Saarela y Jukka Takala. 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.
- , Jukka Takala y Boon Kiat Tan. 2017. «Global Estimates of Occupational Injuries and Work-related Illnesses». Singapur: Instituto de SST, Ministerio de Asuntos Sociales y Salud.
- Helsinki GSE (Helsinki Graduate School of Economics). 2021. «Situation Room Report: The Corona Virus and Health Differences: In Which Socioeconomic Groups Have the Most Infections Been Observed in Finland?»
- IHME (Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud). 2020. «Global Burden of 87 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019». *The Lancet* 396 (10258): 1223-1249. Versión interactiva disponible en <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- Kang, Seong-Kyu. 2020. «COVID-19 and MERS Infections in Healthcare Workers in Korea». *Safety and Health at Work* 11(2): 125-126.
- Kim, Eun-A. 2020. «Social Distancing and Public Health Guidelines at Workplaces in Korea: Responses to Coronavirus Disease-19». *Safety and Health at Work* 11(3): 275-283.
- Marinaccio, Alessandro, Ranieri Guerra y Sergio Iavicoli. 2020. «Work a Key Determinant in COVID-19 Risk». *The Lancet Global Health* 8(11): e1368.
- OIT (Organización Internacional de los Trabajadores). 2010. «Lista de enfermedades profesionales». Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork).
- . 2017. «Director-General Guy Ryder Opening Address at XXI World Congress on Safety and Health», Singapur. Declaración, 6 de octubre.
- , ICOH (Comisión Internacional de Medicina del Trabajo) y UE (Unión Europea). 2017. «Cost Estimates of Occupational Accidents and Work-related Diseases».
- OMS (Organización Mundial de la Salud). s. f. «COVID-19 Dashboard». <https://covid19.who.int/> (24 de febrero).
- República de Corea, Ministerio de Sanidad. s. f. The 2015 MERS Outbreak in the Republic of Korea: Learning from MERS [en coreano]. <https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a20504000000&bid=0014>.

- Rissanen, Mikko, y Elena Kaseva. 2014. *Cost of Lost Labour Input*. Helsinki: Ministerio de Asuntos Sociales y Salud.
- Sauré, Philip, y Hosny Zoabi. 2012. «Retirement Age across Countries: The Role of Occupations». Swiss National Bank Working Papers 2012-6.
- Staunton, Clara, Carmen Swanepoel y Melodie Labuschaigne. 2020. «Between a Rock and a Hard Place: COVID-19 and South Africa's response». *Journal of Law and the Biosciences* 7(1): Isaa052.
- Takala, Jukka, Päivi Hämäläinen, Kaija Leena Saarela, Yoke Loke Yun, Kathiresan Manickam, Tan Wee Jin, Peggy Heng, Caleb Tjong, Lim Guan Kheng, Samuel Lim, y Gan Siok Lin. 2014. «Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012». *Journal of Occupational and Environmental Hygiene* 11(5): 326-337.
- , —, Noora Nenonen, Keri Takahashi, Odgerel Chimed-Ochir, y Jorma Rantanen. 2017. «Comparative Analysis of the Burden of Injury and Illness at Work in Selected Countries and Regions». *Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine* 23(1-2): 6-31.