

SRT 
Superintendencia de
Riesgos del Trabajo



Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social
Argentina

OPS
 Organización
Panamericana
de la Salud  Organización
Mundial de la Salud
Américas

PANORAMA NACIONAL DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE ARGENTINA

*Documento preparado y editado por:
Organización Panamericana de la Salud
Superintendencia de Riesgos de Trabajo
2018-2019*

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

Por su apoyo, colaboración y contribuciones durante el diseño, la preparación y redacción de este documento:

Superintendencia de Riesgos de Trabajo

- Dr. Alberto Curci Castro
- Lic. David Traetta
- Dr. Antonio De Luca
- Lic. Walter Lenzi
- Dr. Carlos Chavera
- Dr. Ezequiel López
- Dr. Eduardo Barrón
- Lic. Josefina Lazcano Simoniello
- Dr. Jorge Ugalde

Organización Panamericana de la Salud

- Dra. Maureen Birmingham
- Dra. Julietta Rodríguez-Guzmán
- Dra. Nuria Suárez Gaiche
- Dra. Luisa Fernanda Palacios Galeano
- MSP. Franz Herrera
- Lic. Alejandra Ferrero
- Dra. Devarshi Pandya

Tabla de Contenido

LISTA DE GRÁFICOS.....	4
LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE ANEXOS.....	7
PRÓLOGO.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
1. PERFIL DEMOGRÁFICO DEL PAÍS	10
1.1 Información general del país.....	10
1.2 Perfil de la fuerza laboral.....	13
2. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL PRODUCTIVO	16
2.1 Regiones productivas del país y cantidad de asalariados formales por provincia y por actividad	20
3. PERFIL Y TENDENCIAS DE SALUD	23
3.1 <i>Panorama nacional de salud en general</i>	23
3.2 <i>Panorama internacional</i>	25
3.3 <i>Morbimortalidad en el ámbito laboral</i>	29
4. DETERMINANTES AMBIENTALES DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	31
4.1 <i>Salud y Cambio Climático</i>	31
4.2 <i>Exposiciones ocupacionales desde la mirada nacional</i>	32
4.3 <i>Exposiciones ocupacionales desde la mirada internacional</i>	33
5. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	35
5.1 <i>Oportunidad e inequidad en el mundo del trabajo: Condiciones socioeconómicas y educativas</i>	36
5.2 <i>Condiciones relativas a la equidad en materia de género, etnia, cultura y discapacidad</i>	46
6. DETERMINANTES COMPORTAMENTALES.....	51
6.1 <i>Encuesta Nacional de Factores de Riesgo</i>	52
6.2 <i>Consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas</i>	53
7. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y RIESGOS LABORALES.....	55
7.1 <i>Seguridad Social en Salud</i>	55
7.2 <i>Riesgos laborales</i>	56
8. RECURSOS HUMANOS EN SALUD Y EN SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES.....	57
8.1 <i>Características generales del Sistema de Salud en la Argentina</i>	57
8.2 <i>Recursos Humanos en Salud</i>	59
8.3 <i>Recursos Humanos en Seguridad y Salud de los Trabajadores (SST)</i>	59

9. COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	62
10. BASE POLÍTICA Y REGULATORIA.....	63
11. MARCO INSTITUCIONAL.....	66
12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS.....	69
ANEXOS.....	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Población Total de la Argentina. Años 1869-2010

Gráfico 2: Mapas temáticos Censo 2010 (GEOCENSO). República Argentina por provincias. Densidad de población

Gráfico 3: Pirámide poblacional. Censo 2001 y Censo 2010

Gráfico 4: Composición de la población económicamente activa

Gráfico 5: Grupos de población económicamente activa según tipo de demanda sobre el mercado de trabajo

Gráfico 6: Tasas de empleo. Total de aglomerados urbanos 2003-2015

Gráfico 7: República Argentina por regiones.

Gráfico 8: Número de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (tasas por 1000 habitantes) por grupo de causas y grupo de edad, en mujeres y hombres. 2017

Gráfico 9: Número de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (tasas por 1000 habitantes) en la población en edad de trabajar (15-64 años), por grupo de causas y sexo; en 1997, 2007 y 2017

Gráfico 10: Número de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (tasas por 1000 habitantes) con su intervalo de confianza al 95%, en la población en edad de trabajar (15-64 años), por grupo de causas, desde 1997 a 2017

Gráfico 11: Número de muertes (tasas por 1000 habitantes) por grupo de causas y grupo de edad, en mujeres y hombres. 2017

Gráfico 12: Número de muertes (tasas por 1000 habitantes) en la población en edad de trabajar (15-64 años), por grupo de causas y sexo; en 1997, 2007 y 2017

Gráfico 13: Número de muertes (tasas por 1000 habitantes) por principales causas y grupo de edad, en mujeres y hombres. 2017

Gráfico 14: Ranking de causas de muerte en la población de 15 a 64 años, en 2007 y 2017 y % de cambio entre las tasas por 1000 de 2017 y 2007

Gráfico 15: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) entre hombres y mujeres por Exposiciones Ocupacionales en la Argentina 2017

Gráfico 16: Tendencia de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Exposiciones Ocupacionales 1997-2017 en Argentina

Gráfico 17: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Exposiciones Ocupacionales a cancerígenos de hombres y mujeres en Argentina 2017

Gráfico 18: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Exposiciones Ocupacionales a cancerígenos de hombres y mujeres en Argentina 2017

Gráfico 19: Determinantes Sociales de la Salud de los Trabajadores

Gráfico 20: Tasa de analfabetismo de la población de 10 años y más. Total del país. Años 1991, 2001 y 2010

Gráfico 21: Coeficiente de Gini del ingreso per cápita familiar de las personas. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo trimestre 2016-segundo trimestre 2019

Gráfico 22: Pobreza e indigencia. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre 2018

Gráfico 23: Indicadores y dimensiones del IMP

Gráfico 24: Beneficiarios del sistema integrado previsional argentino según sexo. 2001-2018

Gráfico 25: Beneficios de jubilaciones por vejez ley 24.241 según sexo y edad. Septiembre 2018

Gráfico 26: Esperanza de vida al nacer comparativo de la Argentina con Estados Unidos y Brasil, 2016

Gráfico 27: Denuncias por discriminación según el ámbito. Primer semestre 2018

Gráfico 28: Tasa de desocupación según sexo y edad. Total aglomerados relevados. Tercer trimestre de 2017

Gráfico 29: Tasa de desocupación según sexo por nivel de educación. Total aglomerados relevados. Tercer trimestre de 2017

Gráfico 30: Población con dificultad de 14 años y más. Tasa de actividad, de inactividad, de empleo y de desocupación, por sexo

Gráfico 31: Población con dificultad, por tenencia y vigencia del certificado de discapacidad, según grupos de edad

Gráfico 31: Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios analfabeta de 10 años y más en viviendas particulares por grupo de edad. Total, del país. Año 2010

Gráfico 33: Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios en viviendas particulares con cobertura de salud. Total del país. Años 2004-2005 y 2010

Gráfico 34: Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios de 65 años y más en viviendas particulares que percibe jubilación y/o pensión. Total del país. Años 2004-2005 y 2010

Gráfico 35: Prevalencia % de exceso de peso y obesidad según sexo. Población de 18 años y más en localidades de 5000 habitantes y más. Argentina. ENFR 2013

Gráfico 36: Prevalencia % obesidad según ediciones. Población de 18 años y más en localidades de 5000 habitantes y más. Argentina. ENFR 2013

Gráfico 37: Tasa de incidencia anual (porcentaje sobre población en riesgo de consumir alcohol según grupos de edad)

Gráfico 38: Tendencia 2010-2017 del consumo de alcohol perjudicial y de riesgo, según sexo, expresado en porcentaje

Gráfico 39: Presencia de indicadores de dependencia a la marihuana y la cocaína

Gráfico 40: Cantidad de empresas y trabajadores cubiertos, 1997-2017

Gráfico 41: Organización del Sistema de Salud Argentino

Gráfico 42: Cantidad de prestadores según cantidad de servicios declarados

Gráfico 43: Distribución de ergónomos registrados en ADEA

Gráfico 44. Porcentaje de afiliación según región geográfica

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Total del país. Población total y variación intercensal absoluta y relativa por provincia, Años 2001-2010

Tabla 2: Indicadores específicos de la dinámica demográfica y de sus componentes. Total país. Años 2010-2040

Tabla 3: Tasa de Mortalidad Infantil

Tabla 4: Mercado de Trabajo. Principales indicadores. Total 31 aglomerados urbanos. Fuente: INDEC. Trabajo e ingresos. Vol. 1, no 6. Mercado de trabajo, principales indicadores (EPH) Segundo trimestre de 2017

Tabla 5: Total del país. Población de 14 años y más ocupada, por categoría ocupacional, según sexo y rama de actividad económica agrupada. Año 2010

Tabla 6a: Hombres de 14 y más años ocupados, por categoría ocupacional, según sector económico para todo el país. Año 2010

Tabla 6b: Mujeres de 14 y más años ocupadas, por categoría ocupacional, según sector económico para todo el país. Año 2010

Tabla 7: Proporciones de asalariados sobre el total, en las principales ramas de actividad económica principales, distribuidas por provincias. Año 2016

Tabla 8: Accidentabilidad de las 15 actividades con mayor número de población cubierta femenina. Año 2011

Tabla 9: Accidentabilidad de las 15 actividades con mayor número de población cubierta masculina. Año 2011

Tabla 10: Trabajadores cubiertos, AT/EP con días de baja laboral, e índices de incidencia según sexo. Año 2011

Tabla 11: Indicadores de condiciones de vida. Hogares. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre 2018

Tabla 12: Composición de la tasa de empleo. Total 31 aglomerados urbanos. 1° trimestre 2019

Tabla 13: Población ocupada según escala de ingreso de la ocupación principal. Total aglomerados urbanos. Primer trimestre de 2019

Tabla 14: Hogares según escala de ingreso total familiar. Total aglomerados urbanos. Primer trimestre de 2019

Tabla 15: Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) a nivel nacional, Argentina, 2005

Tabla 16: Pensiones no contributivas según tipo de beneficio. 2001-2018

Tabla 17: Asignaciones familiares según tipo de beneficio y titular. Octubre 2017- septiembre 2018

Tabla 18: Salario promedio personas registradas del sector privado y brecha salarial 2016

Tabla 19: Prevalencia de vida, de último año y del último mes de consumo de sustancias psicoactivas sociales por sexo, grupo de edad, nivel de instrucción y región. Localidades de 5,000 y más habitantes. Total, del país. Noviembre de 2011

Tabla 20: Cantidad de afiliados a obras sociales. 2016

Tabla 21: Población, médicos y enfermeros y su relación. 2005

Tabla 22: Instrumentos, perfil y cantidad de los distintos organismos. 2015

Tabla 23: Marco institucional de la salud y seguridad en el trabajo en Argentina

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Artículos para el control sobre el otorgamiento de las prestaciones médicas asistenciales en el ámbito del Sistema de Riesgos del Trabajo

Anexo 2: Gráficos georreferenciados de prestadores de salud laboral del país

Anexo 3: Obligaciones de las A.R.T.

Anexo 4: Programas de Focalización a los que ingresan los empleadores, de acuerdo con las condiciones específicas de cada uno respecto a las condiciones y medio ambiente de trabajo

Anexo 5: Leyes-Decretos-Resoluciones de Ministerio de Trabajo-SRT

Anexo 6: Convenios Fundamentales de O.I.T. ratificados por Argentina

Anexo 7: Normas legales dictadas por otros organismos que regulan temas relacionados con la salud y el trabajo:

Anexo 8: Declaración sociolaboral del MERCOSUR 2015

Anexo 9: Misión, visión y objetivos del Ministerio de Salud de la República Argentina

PRÓLOGO

La República Argentina cuenta con legislación en materia de Salud Laboral desde 1914, cuando se sancionó la Ley N° 9.688 que sentó las bases para definir la responsabilidad del empleador por la salud de sus trabajadores. Posteriormente la Ley N° 19.587 de 1979 fijó las condiciones de higiene y seguridad que debían cumplirse en los establecimientos de trabajo, y confirmó la responsabilidad del empleador para la gestión de riesgos en el ámbito laboral.

En 1995 se sancionó la Ley N° 24.557 y se creó el actual Sistema de Riesgos del Trabajo, que entró en vigencia en 1996, estableciendo el rol de vigilancia y control a cargo de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT), e incorporó las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (ART) -entidades con fines de lucro-, que tienen a su cargo el otorgamiento de las prestaciones dinerarias, las prestaciones médicas y los programas de prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales mediante la realización de los Exámenes Médicos Periódicos (EMP) a los trabajadores.

La SRT tiene como funciones: vigilar el funcionamiento de las ART, promover la prevención de los riesgos de trabajo, y elaborar estadísticas sobre la accidentabilidad laboral y la cobertura del sistema de riesgos del trabajo, entre otras. También promueve políticas y programas de prevención primaria, secundaria y terciaria que permitan garantizar el cumplimiento de estándares de higiene y seguridad ocupacional, y realizar la vigilancia de la salud de los trabajadores para la detección precoz del diagnóstico de las enfermedades profesionales. En cumplimiento de este mandato, creó el Observatorio de Salud y Seguridad en el Trabajo mediante el cual busca *“suministrar información de manera sistemática, actualizada y permanente para el estudio de las características, comportamientos, dinámicas y tendencias de las condiciones de empleo, trabajo, salud y seguridad en post del sustento al desarrollo de políticas y la toma de decisiones de actores vinculados al mundo del trabajo para contribuir a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030 en materia de Salud y Trabajo Decente”*.

En el proceso de desarrollo de estas funciones, teniendo presentes los logros que a la fecha ha acuñado la SRT, y siguiendo los postulados del *Plan de Acción sobre la Salud de los Trabajadores 2015–2025* de la OPS, la SRT decidió construir este Panorama de Salud de los Trabajadores en el año 2018, con el acompañamiento y la asistencia técnica de la OPS. Asimismo, encomendó a un equipo profesional técnico de la STR para desarrollar dicho Panorama.

Como producto de este proceso, la SRT junto con la OPS, se complace en presentar el informe que recoge los resultados de dos años de arduo trabajo, con los cuales se espera poder encaminar la formulación e implementación de un *Plan Nacional de Salud de los Trabajadores 2020-2024 para la Argentina*, que responda a las necesidades de la fuerza de trabajo y a las realidades sociales, económicas y laborales que prevalecen en la nación.

Lic. Gustavo Darío Morón
Superintendente de Riesgos de Trabajo
12 de Noviembre de 2019

INTRODUCCIÓN

La OPS tiene una larga historia de programas y actividades sobre la salud de los trabajadores desde la década de los años 80, y puso en marcha su primer plan regional en 1999; pero luego fue necesario reconocer los cambios sociales y económicos ocurridos en la región desde inicio del Siglo XX hasta la sociedad digital y cibernética del Siglo XXI, con sus consecuencias en el mundo del trabajo y la salud de la fuerza de trabajo. Por estas razones, en 2014 se diseñó un nuevo plan para proteger la salud, la vida y el bienestar de las y los trabajadores. De esta manera, el *Plan de Acción sobre Salud de los Trabajadores 2015-2025 (PAST)*, fue aprobado por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante su 54ª sesión realizada el pasado 30 de septiembre de 2015, con el consentimiento y la aprobación de todos los Sres. Ministros de Salud de la Región. El Plan se basa en los mandatos de OPS/OMS sobre el derecho a la salud, la cobertura universal, el acceso a los servicios de salud, la Agenda de Desarrollo Sostenible y los lineamientos globales (Salud de los Trabajadores: Plan de Acción Global 2008-2017).

El plan busca dar respuestas coordinadas con los demás sectores económicos, poniendo en marcha los fundamentos de la estrategia de *Salud en Todas las Políticas*, para “*brindar atención integral a la salud de los trabajadores, mejorar los entornos de trabajo, aumentar los esfuerzos para promover la salud de los trabajadores y disminuir las desigualdades en su salud mediante la ejecución de políticas, planes y normas actualizados*”, llamando a fortalecer las “*capacidades técnicas e institucionales, las acciones de prevención y control de las condiciones que ocasionan accidentes, enfermedades y muertes en el trabajo, y la promoción de la salud y el bienestar de la fuerza de trabajo*”.

Se busca cerrar las brechas de las desigualdades en la salud de los trabajadores, y mejorar el acceso a la salud y la cobertura universal de salud para todos los trabajadores, en armonía con las políticas globales de OMS y de la OIT, y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (particularmente el ODS-1, el ODS-3 y el ODS-8). Apoyamos a los Estados Miembros en el reconocimiento de la problemática de salud y bienestar de la población en edad de trabajar, conjuntamente con la ocurrencia y las tendencias de la morbilidad, la accidentalidad y la mortalidad general, y en particular los ocasionados por o relacionados con el trabajo. Con estos fines, la OPS y la OMS vienen promoviendo la elaboración de los *Panoramas de Salud de los Trabajadores*, los cuales establecen una línea de base que permite conocer las realidades de la fuerza de trabajo nacional, y a partir de ellas, ayudar a los tomadores de decisiones a elaborar y poner en marcha un *Plan Nacional de Salud de los Trabajadores*, que atienda dichas necesidades e intervenga los asuntos prioritarios de cada país.

Concedora de estas iniciativas y algunos de los resultados obtenidos en varios países de la región y el mundo, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo de la República de Argentina solicitó apoyo y asistencia técnica para elaborar este panorama nacional en 2018. Desde entonces, el equipo de trabajo de Salud de los Trabajadores de OPS ha venido brindando la asistencia técnica y el acompañamiento necesario para cumplir esta importante meta en pro de salvaguardar la vida, la salud y el bienestar de las y los trabajadores e impulsar la productividad nacional. De esta forma, este informe registra y presenta la fuerza de trabajo, su perfil laboral, el perfil productivo, y los determinantes ambientales, comportamentales e individuales de la salud de los trabajadores. También revisa la capacidad de respuesta y cobertura del sistema de salud y seguridad social, la disponibilidad de talento humano, y los marcos legales e institucionales para la acción que permitan formular nuevos enfoques multisectoriales con amplia participación de los actores sociales con el enfoque de salud en todas las políticas.

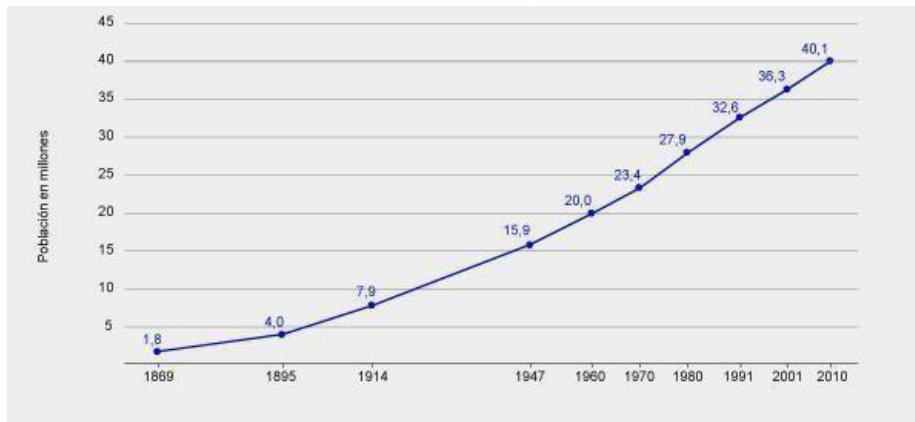
Dra. Maureen Birmingham
Representante de OPS/OMS en Argentina
12 de Noviembre de 2019

1. PERFIL DEMOGRÁFICO DEL PAÍS

1.1 Información general del país

La actual composición étnica y social de la población de la República Argentina es el resultado de un proceso inmigratorio que comienza en el siglo XIX; fenómeno éste que se puede apreciar en el crecimiento de la población total de la Argentina en el Gráfico 1 proporcionado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Gráfico 1. Tendencia del crecimiento poblacional de Argentina 1869-2010



Fuente: INDEC

El censo del 27 de octubre de 2010 realizado por el INDEC mostraba que la población de la República Argentina ascendía en ese momento a 40.117.096 habitantes, con una densidad media de 14,4 habitantes por kilómetro cuadrado (sin considerar la superficie de la Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur). Con base en estos datos, el INDEC proyectó la población distribuida por sexo y grupos de edad para el total del país en el año 2019 (Tabla 1). Se observa que hay más hombres que mujeres, y que ellas son más longevas que los hombres.

Tabla 1. Población por sexo y grupos de edad. Total, del país. Año 2019

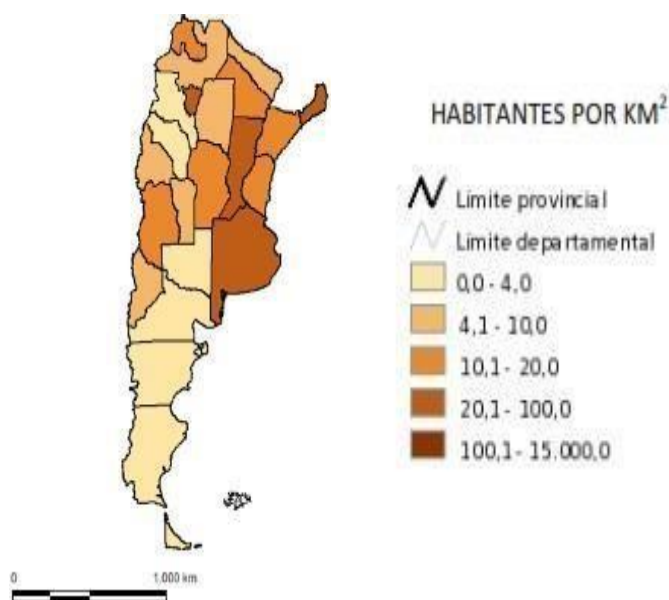
Grupo de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0-14	11.012.606	5.665.114	5.347.492
15-34	13.867.240	6.994.960	6.872.280
35-64	14.954.898	7.278.616	7.676.282
65 y más	5.103.968	2.111.642	2.992.326
Total	44.938.712	22.050.332	22.888.380

Fuente: INDEC. Serie Análisis Demográfico N°36.

Argentina es un país con una baja densidad de población cuya distribución es heterogénea, como lo muestra el Mapa Temático elaborado por el INDEC con datos georreferenciados en el Gráfico 2. La población se encuentra distribuida de manera desigual, concentrándose mayoritariamente en la zona del Conurbano Bonaerense, donde residen aproximadamente 9.916.715 millones de personas, (24% de la población total). La Provincia de Buenos Aires es la más poblada del país con 15.625.084 habitantes (38% del total nacional en 2010), de los cuales aproximadamente 10 millones viven en el Gran Buenos Aires y 5 millones en el resto de la provincia. Le siguen en magnitud las provincias de Córdoba con 3.308.876 habitantes, Santa Fe con 3.194.537 habitantes y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con una población de 2.890.151 habitantes de acuerdo con el Censo de 2010. En total, el 66% de la población está concentrada en 4 provincias (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lo que representa un

cuarto de la superficie total del país.

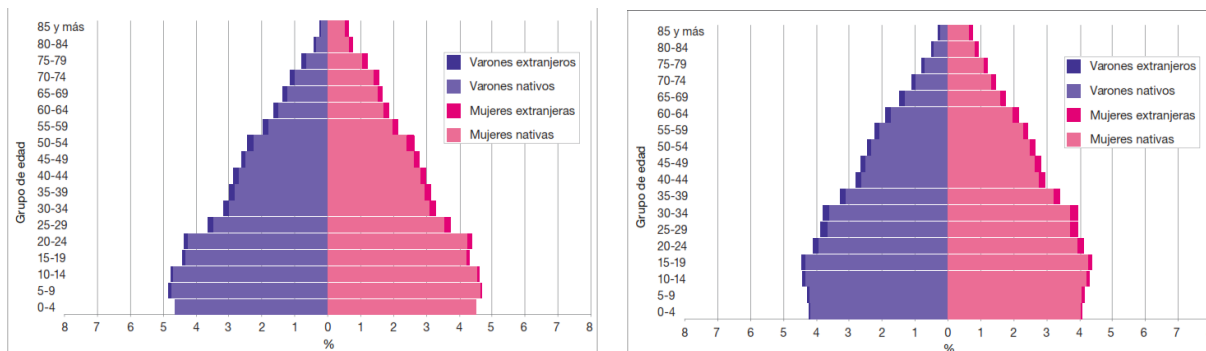
Gráfico 2. Mapas temáticos Censo 2010 (GEOCENSO). República Argentina por provincias. Densidad de población



Fuente: INDEC

La comparación de las pirámides poblacionales del año 2001 y del año 2010 (Gráfico 3), indica que el país ha cursado una transición demográfica causada por la reducción de los nacimientos y el incremento de la población en edades avanzadas.

Gráfico 3. Pirámide poblacional. Censo 2001 y Censo 2010



Fuente: INDEC. Censo Nacional de población, hogares y viviendas. 2001 y 2010.

De acuerdo con los datos del INDEC y las proyecciones realizadas del Censo 2010, el crecimiento de la población disminuye con los años, tanto en la tasa de crecimiento natural como en la de crecimiento migratorio (ver Tabla 2). Asimismo, a tasa de natalidad también disminuye de 18,7 a 13,3 nacimientos por 1.000 habitantes entre el 2010 y el 2040. La proyección de la tasa global de fecundidad también disminuye con los años. Se observa un descenso en la tasa bruta de mortalidad y un aumento en la esperanza de vida, siendo mayor para las mujeres.

**Tabla 2. Indicadores específicos de la dinámica demográfica y de sus componentes.
Total país, años 2010-2040**

Indicador	Año						
	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Crecimiento de la población							
Tasa de crecimiento total (‰)	11.6	10.7	9.6	8.5	7.5	6.6	5.7
Tasa de crecimiento natural (‰) ¹	11.2	10.4	9.4	8.3	7.4	6.5	5.7
Tasa de crecimiento migratorio (‰) ²	0.4	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1	0.0
Fecundidad							
Tasa bruta de natalidad (‰)	18.7	17.5	16.3	15.3	14.5	13.8	13.3
Tasa global de fecundidad (hijos/mujer)	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1	2.0	2.0
Tasa neta de reproducción (hijos/mujer)	1.1	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9
Mortalidad							
Tasa bruta de mortalidad (‰)	7.5	7.1	7.0	7.0	7.1	7.3	7.6
Esperanza de vida al nacer (años)							
Total	75.6	76.9	78.1	79.1	80.0	80.8	81.5
Hombres	72.4	73.7	74.9	76.0	76.9	77.7	78.4
Mujeres	79.1	80.3	81.4	82.4	83.3	84.1	84.7
Años de sobrevivencia femenina	6.7	6.6	6.5	6.5	6.4	6.3	6.3

Fuente: INDEC, 2013 (actualizado a enero de 2017).

En la Tabla 3 se observa un resumen de otros indicadores demográficos relevantes recogidos en la actualización estadística de 2018 de los Índices en indicadores de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Argentina con su Índice de Desarrollo Humano de 0,825 se encuentra dentro del grupo de países con un desarrollo humano muy alto (mayor de 0,800). Su Índice de Desarrollo de Género de 0,997, está por encima de la media para la región de América Latina y Caribe (0,977) y de la media para el grupo de desarrollo humano muy alto (0,983). El Índice de Desigualdad o Inequidad de Género de 0,358, supera también la media para la región de América Latina y Caribe (0,386) pero es inferior a la media para el grupo de desarrollo humano muy alto (0,170). La expectativa de vida al nacer era de 79,5 años en los países con desarrollo humano muy alto y de 75,7 para América Latina y Caribe. En Argentina ésta se encontraba en 76,7 años. Los años esperados de escolaridad en Argentina, 17,4, son superiores tanto a la media para América Latina y Caribe (14,4) como a la del grupo de desarrollo humano muy alto (16,4). Un 21,4% del empleo total se clasificó como empleo vulnerable. En los países con desarrollo humano muy alto la media fue de 10,4% y en América Latina y Caribe, del 32,3%. Por último, la tasa de mortalidad infantil con 9,9 fallecidos cada 1.000 nacidos vivos, se encontraba por encima de la media del grupo de desarrollo humano muy alto (5,2) y por debajo de América Latina y Caribe (14,8)

Tabla 3. Indicadores demográficos seleccionados

Expectativa de vida al nacer	76.7
Tasa de mortalidad infantil	9.9/ 1000 nacidos vivos
Años esperados de escolaridad	17.4
Índice de Desarrollo de Género	0.997
Índice de Desarrollo Humano	0.825
Empleo vulnerable	21.7% del empleo total
Índice de Inequidad de Género	0.358

Fuente. UNDP. Human Development Report 2018

¹ Nota: La *tasa de crecimiento natural* es el ritmo al que la población aumenta (o disminuye) durante un período dado, debido al balance entre nacimientos y defunciones. Esta tasa no incluye los efectos de la inmigración o la emigración.

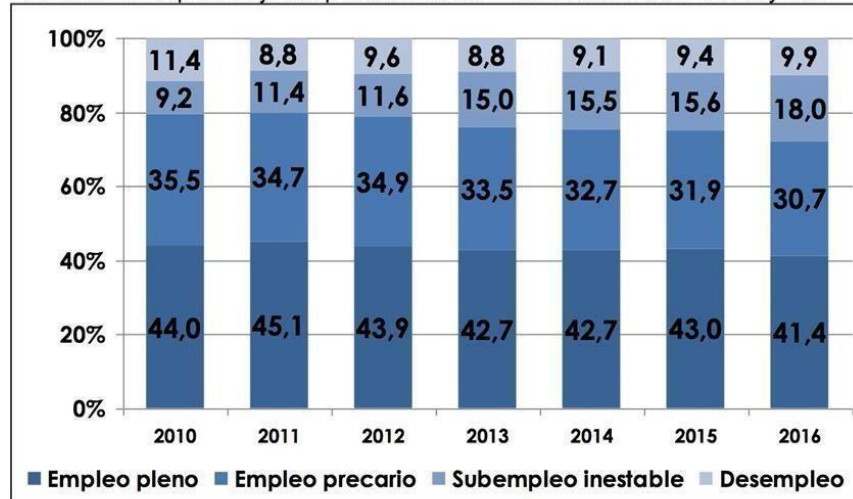
² La *tasa de crecimiento migratorio* es el cociente entre el saldo neto migratorio anual (inmigrantes-emigrantes) ocurrido durante un período determinado, generalmente un año calendario, y la población media del mismo período.

12 Perfil de la fuerza laboral

En el Gráfico 4 se ilustra la composición de la Población Económicamente Activa (PEA) de 2010 a 2016 de acuerdo con el informe del Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) (1).

Se observa un descenso en el empleo pleno del 44% en 2010 a 41,4% en 2016; y el empleo precario disminuyó un 5% durante el mismo periodo. Al mismo tiempo hubo un gran aumento del subempleo inestable, que prácticamente se duplicó del 2010 al 2016. El desempleo tuvo descensos al inicio del periodo observado, pero luego mantuvo una tendencia creciente.

Gráfico 4. Composición de la población económicamente activa
2010-2016. En porcentajes de población económicamente activa de 18 años y más.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Empleo pleno de derechos: se refiere a las relaciones laborales en las que los trabajadores realizan aportes previsionales y tienen continuidad laboral. Porcentaje de personas ocupadas en relación de dependencia que declaran que se les realizan descuentos jubilatorios; cuentapropistas profesionales y no profesionales en continuidad laboral que realizan aportes al Sistema de Seguridad Social; y patrones o empleadores con continuidad laboral que también realizan aportes a dicho sistema, respecto del total de personas activas.

Empleo precario: se refiere a las relaciones laborales precarias en el total de los trabajadores activos, que no realizan aportes previsionales y la ausencia de continuidad laboral. Porcentaje de personas ocupadas en relación de dependencia que no se les realiza descuentos jubilatorios; cuentapropistas no profesionales que no realizan aportes al Sistema de Seguridad Social y/o sin continuidad laboral; y patrones o empleadores que no realizan aportes a este sistema y/o sin continuidad laboral, respecto del total de personas activas.

Subempleo inestable: corresponde a las relaciones laborales de subempleo inestable en el total de trabajadores activos, que no realizan aportes previsionales, la ausencia de continuidad laboral, la baja remuneración y/o la situación de los beneficiarios de programas de empleo. Porcentaje de personas ocupadas en trabajos temporarios de baja remuneración o changas, trabajadores sin salario y beneficiarios de planes de empleo con contraprestación laboral, respecto del total de personas activas.

Desempleo: se refiere a la situación de desocupación (búsqueda activa) dentro de la PEA. Porcentaje de personas que no trabajan pero que en el momento del relevamiento buscan activamente trabajo y están en disponibilidad de trabajar, respecto del total de personas activas.

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) es un programa nacional de producción sistemática y permanente de indicadores sociales que lleva a cabo el INDEC, en conjunto con las Direcciones Provinciales de Estadística (DPE). Tiene por objeto investigar las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población y es otra fuente importante de información que produce resultados trimestrales que se utilizan para analizar la dinámica del Mercado de Trabajo. Ella utiliza las siguientes definiciones fundamentales:

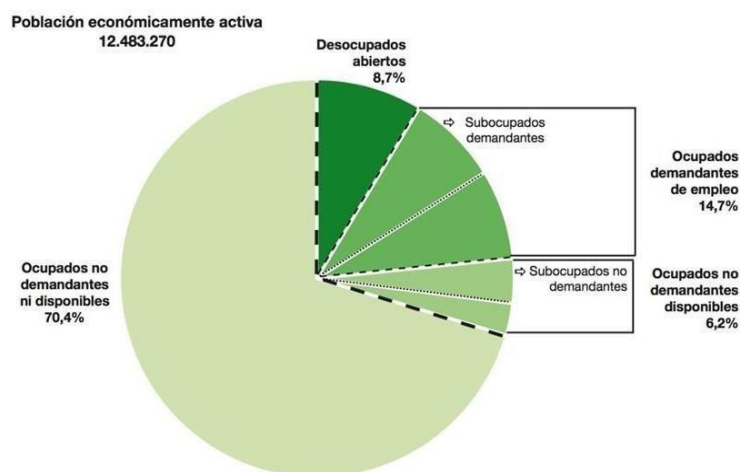
- 1. Población Económicamente Activa (PEA):** integrada por “personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando trabajo activamente, e incluye la población ocupada y la desocupada.
- 2. Población inactiva:** conjunto de personas que no tiene trabajo ni lo buscan activamente. Se pueden subdividir en inactivos marginales y típicos, según estén dispuestos o no a trabajar.
- 3. Población desocupada:** son aquellos que en el momento de la encuesta no tienen ocupación y se encuentran activamente buscando trabajo. Corresponde a la desocupación abierta. Este concepto no incluye otras formas de precariedad laboral tales como personas que realizan trabajos transitorios mientras buscan activamente una

ocupación, aquellas que trabajan jornadas involuntariamente por debajo de lo normal, los desocupados que han suspendido la búsqueda por falta de oportunidades visibles de empleo, los ocupados en puestos por debajo de la remuneración mínima o en puestos por debajo de su calificación, entre otros. Estas modalidades son también relevadas por la EPH, como indicadores separados.

4. **Población ocupada:** corresponde al conjunto de personas que al menos trabajó una hora en una actividad económica en la semana de referencia. El criterio de una hora trabajada, además de preservar la comparabilidad con otros países, permite captar las múltiples ocupaciones informales y/o de baja intensidad que realiza la población. Para poder discriminar dentro del nivel de empleo qué parte corresponde al empleo de baja intensidad, pueden restarse del empleo total aquellos que trabajan menos de cierta cantidad de horas (por ejemplo, los subocupados). La información recogida permite realizar distintos recortes según la necesidad de información de que se trate, así como caracterizar ese tipo de empleos.
5. **Población ocupada demandante de empleo:** es la población ocupada que se encuentra activamente buscando trabajo.
6. **Población ocupada no demandante disponible:** es la población ocupada que no demanda empleo, pero está dispuesta a trabajar más horas.
7. **Población subocupada:** personas que trabajan menos de 35 horas semanales por causas involuntarias y están dispuestas a trabajar más horas.
8. **Población subocupada demandante:** es la población subocupada que además busca activamente trabajo.
9. **Población subocupada no demandante:** se refiere a la población subocupada que no está en la búsqueda activa de otra ocupación.

En el último informe publicado de la EPH, que se cita a continuación, se divulgan los resultados correspondientes al segundo trimestre de 2017 (*Informe Técnico Vol. 1, N°166 sobre Trabajo e Ingresos del INDEC*). En el Gráfico 5 se puede ver que la PEA estaba formada por 12.483.270 de personas. El 8,7% se clasificaron como desocupados, el 14,7% como ocupados demandantes de empleo, el 6,2% como ocupados no demandantes disponibles y el 70,4% como ocupados no demandantes ni disponibles.

Gráfico 5. Grupos de población económicamente activa según tipo de demanda sobre el mercado de trabajo. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo trimestre de 2017



Fuente: INDEC

En la Tabla 4 se observa los datos socioeconómicos para la población de 14 años y más, que caracterizan la situación laboral de la población a través de indicadores básicos del mercado de trabajo y de distribuciones de los principales atributos de la Población Económicamente Activa (PEA) y de la Población Ocupada en el primer trimestre de 2017.

La tasa de actividad, que se corresponde con la PEA, oscila entre el 50 y 60% del total de la población de 14 o más edad, para todas las Regiones. Se encuentran claras diferencias por sexo. Alrededor de 40% de las mujeres forman parte de la PEA, mientras que este porcentaje asciende a 60-70% para los hombres. La tasa de actividad es menor tanto para hombres como para mujeres menores de 29 años.

La tasa de empleo (porcentaje de la población ocupada sobre la población total de referencia) se mantiene sobre el 50% del total de la población y alrededor de un 90% de la PEA, siendo siempre menor para las mujeres en todas las Regiones.

La tasa de desocupación (cantidad de desocupados en relación con la población económicamente activa) oscila cerca del 10% en el total del país, pero existen claras diferencias entre Regiones. En el Noroeste un 3% de la PEA se encontraba desocupada, mientras que en el Gran Buenos Aires llega al 11%. Salvo en la Región Patagónica, que es prácticamente igual para los dos sexos, esta tasa siempre es más alta en mujeres y alcanza el 20% en algunas Regiones para hombres y mujeres menores de 29 años.

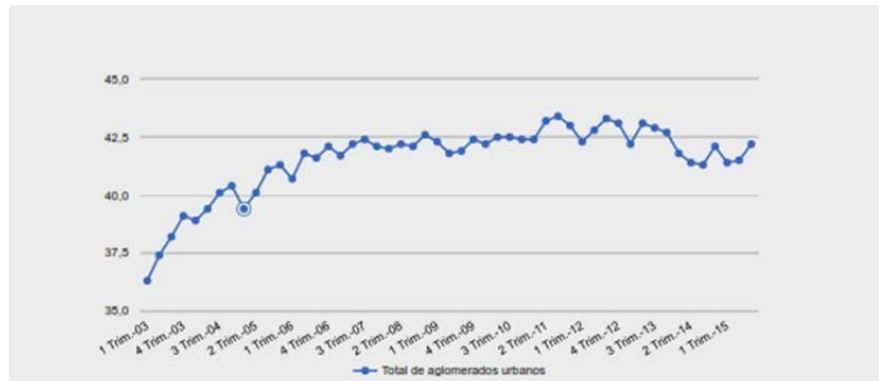
Tabla 4. Indicadores socioeconómicos de la población de 14 años y más en el total de 31 aglomerados urbanos, regiones y agrupamientos por tamaño. Primer trimestre de 2017

Indicador	Total 31 aglomerados urbanos	Aglomerados del interior (sin GBA)	Regiones						Total aglomerados	
			Gran Buenos Aires (GBA)	Cuyo	Noreste (NEA)	Noroeste (NOA)	Pampeana	Patagónica	de ≥ 500.000 Habitantes	de < 500.000 habitantes
Tasa de actividad	57.2	54.0	60.0	51.3	47.5	54.8	56.0	53.5	58.7	51.3
Mujeres	46.1	43.1	48.8	39.8	37.0	42.5	45.6	42.9	47.6	40.1
Hombres	69.6	66.2	72.6	64.1	59.9	68.2	67.6	64.6	71.1	63.6
Tasa de empleo	52.0	50.2	53.5	48.8	46.0	51.2	51.0	50.5	52.8	48.6
Mujeres	41.4	39.5	43.1	37.7	35.6	39.5	40.7	40.6	42.3	37.9
Hombres	63.7	62.1	65.1	61.2	58.3	64.0	62.6	61.0	64.5	60.5
Tasa de desocupación	9.2	7.0	10.9	4.7	3.1	6.6	8.8	5.5	10.1	5.2
Mujeres	10.2	8.3	11.7	5.2	3.8	7.2	10.7	5.4	11.2	5.6
Hombres	8.5	6.2	10.2	4.5	2.6	6.1	7.4	5.5	9.2	4.9
Tasa de Subocupación horaria	9.8	8.7	10.7	7.3	4.7	10.8	9.6	4.0	10.7	5.7
Tasa de sobreocupación horaria	26.6	28.5	25.2	33.4	36.9	29.1	25.5	28.3	25.6	31.3
Tasa de demandantes de empleo	23.3	19.8	26.0	15.7	9.1	22.6	22.8	13.2	25.2	14.2
Categoría ocupacional	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Asalariados	74.2	72.9	75.2	69.9	73.2	72.1	72.3	82.7	74.1	74.5
No asalariados	25.8	27.1	24.8	30.1	26.8	27.9	27.7	17.3	25.9	25.5
Asalariados sin descuento jubilatorio	33.3	33.5	33.2	35.2	34.1	40.7	32.7	18.9	33.9	30.9

Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares.

Al desglosar los indicadores por área geográfica se observa lo siguiente: la región del Gran Buenos Aires tiene las mayores tasas de actividad (60%) y empleo (53,5%), pero también las tasas más altas de desocupación (10,9%) y subocupación (10,7%) del país. En este mismo sentido se registran los datos de la región Pampeana, cuyas tasas de actividad (56%), desocupación (8,8%) y subocupación (9,6%) son las segundas más altas del país después del Gran Buenos Aires, lo cual nos indica que los mercados de trabajo en ambas regiones tienen un comportamiento similar. En contraposición, la región Noreste tiene las tasas de actividad (47,5%), empleo (46%), desocupación (3,1%) y subocupación (4,7%) más bajas del país. Al observar la tendencia de las tasas de empleo en el Gráfico 6, se ve que después de la crisis del año 2001, el empleo ha ido mejorando sustancialmente hasta haber alcanzado una aparente meseta hasta el 2015.

Gráfico 6. Tasas de empleo. Total de aglomerados urbanos 2003-2015.



Fuente: INDEC

Finalmente vemos que, de acuerdo con los datos del Censo del año 2010, según el INDEC, la población, de 14 años y más, ocupada era de 18.076.746 habitantes. Como obreros o empleados en el sector público trabajaban 3.613.366 personas, mientras que en el sector privado lo hacían un total de 9.219.807.

2. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL PRODUCTIVO

El aparato productivo nacional cuenta con 14 ramas de actividad económica en las cuales el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social distribuye el empleo formal privado. La Tabla 5 muestra la distribución de la población asalariada formal en cada una de las ramas de actividad económica y su contribución al Valor Agregado Bruto a precios básicos.

La actividad que más asalariados formales emplea es la industria manufacturera, seguida del comercio al por mayor y al por menor, los servicios inmobiliarios, los servicios de transporte, la enseñanza y la construcción. En cuanto al Valor Agregado Bruto, las tres ramas de actividad económica que más emplean son las que mayor contribución presentan (industria, comercio y servicios inmobiliarios). Sin embargo, en cuarto lugar, se encuentra la agricultura, ganadería, caza y silvicultura, seguida de transporte, enseñanza y servicios sociales y de salud.

En las Tablas 6a y 6b se observa la distribución de la población ocupada por categoría ocupacional, agrupadas por sexo y sector económico. El sector que emplea más hombres (10.519.614 trabajadores), es el comercio al por mayor y al por menor, seguido de la industria manufacturera, la construcción y el transporte y almacenamiento, en orden descendente. Para el caso de las mujeres (7.557.132 trabajadoras), ellas están mayoritariamente empleadas en el comercio al por mayor y al por menor, seguido de cerca por la enseñanza y las actividades de los hogares.

Tabla 5. Distribución y proporción de la población asalariada formal, por rama de actividad económica, con su contribución al valor agregado bruto a precios básicos (en millones de dólares americanos) y su proporción sobre el total. Año 2016

RAMA DE ACTIVIDAD	ASALARIADOS FORMALES	% SOBRE LOS ASALARIADOS FORMALES TOTALES	VALOR AGREGADO BRUTO a precios básicos	% SOBRE EL VALOR AGREGADO BRUTO TOTAL
Industria manufacturera	1.250.541	19,26	26.732	16,42
Comercio al por mayor y al por menor	1.195.991	18,42	23.070	14,17
Servicios inmobiliarios, empresariales y de alquiler	867.767	13,37	18.555	11,40
Servicios de transporte, de almacenamiento y de comunicaciones	580.081	8,93	10.852	6,67
Enseñanza	496.297	7,64	10.445	6,42
Construcción	424.522	6,54	7.621	4,68
Servicios comunitarios, sociales y personales NCP	409.900	6,31	5.727	3,52
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	339.353	5,23	11.619	7,14
Servicios sociales y de salud	322.391	4,97	10.167	6,25
Hotelería y restaurantes	273.017	4,20	3.990	2,45
Intermediación financiera y otros servicios financieros	167.280	2,58	7.532	4,63
Explotación de minas y canteras	81.408	1,25	6.529	4,01
Electricidad, gas y agua	70.479	1,09	2.566	1,58
Pesca y servicios conexos	13.673	0,21	528	0,32
TOTALES	6.492.700	100.00	162.797	89.66³

Fuente: Elaboración propia en base a datos de los asalariados formales del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y a datos del PIB del INDEC.

Tabla 6a. Hombres de 14 y más años ocupados, por categoría ocupacional, según sector económico para todo el país. Año 2010⁴

Sectores económicos ⁽¹⁾	Hombres de 14 años y más ocupados	Categoría ocupacional				
		Obrero o empleado		Patrón	Trabajador por cuenta propia	Trabajador familiar
		Sector público	Sector privado			
Total de hombres	10.519.614	1.797.567	5.570.838	800.525	2.060.859	289.825
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas	1.657.315	-	867.695	243.071	461.429	85.120
Industria manufacturera	1.530.837	-	1.209.323	101.980	188.762	30.772
Construcción	1.103.320	53.486	607.656	107.024	307.634	27.520
Transporte y almacenamiento	1.003.013	31.467	698.621	55.535	195.783	21.607
Administración pública y defensa; planes de seguro social obligatorio	979.256	979.256	-	-	-	-
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	866.324	-	542.828	86.580	176.449	60.467
Actividades administrativas y servicios de apoyo	636.290	-	460.053	29.451	125.200	21.586
Enseñanza	507.026	265.487	191.643	6.743	40.518	2.635
Salud humana y servicios sociales	377.391	178.360	111.152	17.172	68.247	2.460

³ No se alcanza un porcentaje del 100% debido a que se han excluido del análisis, por no disponer de datos de población asalariada formal, el sector de la administración pública y defensa (con un % sobre el valor agregado bruto total del 9,48%) y el de hogares privados con servicio doméstico (con un 0,88%).

⁴ Para este análisis se utilizan los datos del año 2010 por no disponer de datos desagregados por sexo más actuales.

Rama de actividad ignorada	284.633	21.150	174.812	2.882	77.691	8.098
Actividades profesionales, científicas y técnicas	252.857	27.698	104.628	53.468	62.841	4.222
Alojamiento y servicios de comidas	233.168	-	175.371	25.017	24.668	8.112
Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes o servicios para uso propio	213.408	-	30.715	1.661	176.999	4.033
Información y comunicación	207.538	27.119	113.468	14.569	49.374	3.008
Suministro de agua; alcantarillado, gestión de desechos y actividades de saneamiento	133.678	119.523	11.865	1.322	834	134
Actividades financieras y de seguros	130.618	36.820	56.820	6.026	27.151	3.801
Otras actividades de servicios	130.513	35.859	33.160	26.257	31.779	3.458
Artes, entretenimiento y recreación	81.258	10.743	31.094	10.351	27.731	1.339
Actividades inmobiliarias	79.819	-	63.102	8.961	7.351	405
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	64.678	10.591	44.354	2.088	6.963	682
Explotación de minas y canteras	46.276	-	42.478	354	3.078	366
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	398	8	-	13	377	-
(1) La información sobre sectores económicos fue codificada de acuerdo con el Clasificador de Actividades Económicas para Encuestas Sociodemográficas del Mercosur (CAES Mercosur 1.0).						
Nota: se incluye a las personas viviendo en situación de calle.						
Los datos que aquí se publican surgen del cuestionario ampliado, que se aplicó a una parte de la población. Los valores obtenidos son estimaciones de una muestra y por lo tanto contemplan el llamado "error muestral". Las estimaciones del total de la población ocupada, desocupada e inactiva que derivan de esa muestra, pueden diferir ligeramente de los datos que surgen del cuestionario básico, aplicado a la totalidad de la población.						

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Tabla 6b. Mujeres de 14 y más años ocupadas, por categoría ocupacional, según sector económico para todo el país. Año 2010⁴

Sectores económicos (1)	Mujeres de 14 años y más ocupada	Categoría ocupacional				
		Obrero o empleado		Patrón	Trabajador por cuenta propia	Trabajador familiar
		Sector público	Sector privado			
Total de mujeres	7.557.132	1.815.799	3.648.969	427.486	1.376.771	288.107
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas	1.256.960	-	680.002	157.089	333.844	86.025
Enseñanza	1.118.489	692.298	320.230	14.423	85.921	5.617
Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes o servicios para uso propio	967.928	-	719.840	6.066	195.322	46.700
Administración pública y defensa; planes de seguro social obligatorio	677.838	677.838	-	-	-	-
Salud humana y servicios sociales	568.407	232.149	197.518	19.498	115.027	4.215
Actividades administrativas y servicios de apoyo	566.873	-	450.820	16.896	68.542	30.615
Industria manufacturera	515.462	-	300.293	45.855	147.075	22.239
Otras actividades de servicios	384.608	81.628	160.601	24.849	104.404	13.126
Alojamiento y servicios de comidas	235.788	-	169.417	17.362	36.086	12.923
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	222.300	-	118.009	23.881	49.881	30.529
Transporte y almacenamiento	184.474	3.197	111.599	11.222	47.492	10.964
Actividades profesionales, científicas y técnicas	181.632	32.286	58.557	33.590	53.193	4.006
Construcción	160.636	10.846	62.679	33.126	47.729	6.256
Actividades financieras y de seguros	146.921	34.329	77.800	2.526	25.723	6.543
Información y comunicación	112.237	16.105	57.008	5.764	30.534	2.826
Rama de actividad ignorada	98.259	7.461	74.359	2.391	10.924	3.124
Actividades inmobiliarias	64.090	-	53.330	5.142	5.211	407
Artes, entretenimiento y recreación	46.332	5.225	15.410	6.494	17.683	1.520
Suministro de agua; alcantarillado, gestión de desechos y actividades de saneamiento	20.208	17.930	1.645	428	186	19
Explotación de minas y canteras	14.642	-	13.551	164	764	163
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	12.668	4.499	6.301	720	858	290
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	380	8	-	-	372	-
(1) La información sobre sectores económicos fue codificada de acuerdo con el Clasificador de Actividades Económicas para Encuestas Sociodemográficas del Mercosur (CAES Mercosur 1.0).						
Nota: se incluye a las personas viviendo en situación de calle.						
Los datos que aquí se publican surgen del cuestionario ampliado, que se aplicó a una parte de la población. Los valores obtenidos son estimaciones de una muestra y por lo tanto contemplan el llamado "error muestral". Las estimaciones del total de la población ocupada, desocupada e inactiva que derivan de esa muestra, pueden diferir ligeramente de los datos que surgen del cuestionario básico, aplicado a la totalidad de la población.						

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

La distribución de asalariados por provincia y rama de actividad económica (ver Tabla 7) permite visualizar la concentración de la mano de obra en los distintos sectores económicos y establecer los principales pilares de la economía nacional.

Tabla 7. Proporciones de asalariados sobre el total, en las principales ramas de actividad económica principales, distribuidas por provincias. Año 2016

RAMAS DE ACTIVIDAD PRINCIPALES										
	Industria manufacturera	Comercio al por mayor y al por menor	Servicios inmobiliarios, empresariales y de alquiler	Servicios de transporte, de almacenamiento y de comunicaciones	Enseñanza	Construcción	Servicios comunitarios, sociales y personales NCP	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	Servicios sociales y de salud	ASALARIADOS TOTALES
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	12.78	14.74	23.52	10.85	5.65	5.25	7.77	0.59	7.12	1619290
Gran Buenos Aires	29.08	18.47	10.49	9.54	11.10	5.36	5.50	0.54	4.07	1197020
Resto Buenos Aires	20.84	19.94	9.79	8.40	7.40	6.53	6.59	7.78	4.56	860450
Catamarca	21.16	22.38	5.93	6.15	11.90	7.49	4.25	6.30	5.86	29285
Chaco	11.20	26.78	13.47	5.36	6.70	10.41	8.16	9.08	4.36	77304
Chubut	11.61	20.49	7.24	8.99	3.16	9.52	6.15	2.85	3.65	101031
Córdoba	20.45	20.96	13.20	7.74	8.33	6.04	5.22	5.85	4.93	523764
Corrientes	14.74	25.30	7.63	6.79	4.71	8.29	5.61	15.87	3.67	78065
Entre Ríos	19.08	20.40	5.57	5.94	10.91	6.77	5.94	14.79	4.04	142645
Formosa	6.39	26.07	5.95	5.03	4.73	23.45	6.60	7.16	4.44	27192
Jujuy	21.50	17.10	6.78	9.36	6.89	7.31	4.83	13.06	4.39	57495
La Pampa	13.03	24.19	8.40	6.64	6.15	9.58	6.16	11.43	4.70	39327
La Rioja	33.23	20.61	5.21	3.52	4.52	6.43	3.86	10.63	5.13	29407
Mendoza	18.34	17.82	11.16	9.04	7.01	7.26	5.26	10.56	4.04	253304
Misiones	19.73	19.56	5.87	8.74	8.55	9.29	6.66	11.92	3.08	109866
Neuquén	6.71	19.56	13.08	8.03	3.22	10.80	5.48	3.95	3.82	115303
Río Negro	8.05	23.15	7.21	8.54	4.80	6.33	6.21	19.05	4.43	112838
Salta	13.62	18.24	9.31	7.09	7.61	9.20	5.29	16.94	3.95	118542
San Juan	17.03	16.99	8.28	6.37	7.62	14.58	5.92	9.28	4.32	83676
San Luis	32.24	17.03	9.22	4.62	7.34	8.69	5.65	4.95	3.25	58227
Santa Cruz	5.96	15.82	8.29	10.04	3.54	8.33	4.63	2.46	2.54	60154
Santa Fe	25.04	19.36	9.43	8.54	8.40	6.66	6.79	4.85	4.29	525199
Santiago del Estero	10.75	24.82	6.66	6.07	12.47	11.77	6.28	7.05	4.14	52795
Tierra del Fuego	34.17	16.25	7.95	8.32	5.06	5.62	6.13	1.33	2.49	38400
Tucumán	14.68	18.63	11.97	7.27	7.56	5.84	3.74	19.60	4.66	182121
TOTAL DEL PAIS	19.26	18.42	13.37	8.93	7.64	6.54	6.31	5.23	4.97	6492700

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

2.1 Regiones productivas del país y cantidad de asalariados formales por provincia y por actividad.

Para analizar la fuerza laboral del país con más detalle, se tiene en cuenta la división geográfica por regiones. Se definen 5 regiones (ver Gráfico 7), que agrupan las provincias de acuerdo con las similitudes climáticas, de recursos naturales, de desarrollo productivo y por cuestiones culturales y socioeconómicas.

Gráfico 7. República Argentina por regiones



FUENTE: INDEC.

1) Región del Nordeste

Se encuentra conformada por las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa. Estas provincias se relacionan con el río Paraná, el cual influye notablemente en su actividad económica, social y cultural. Predomina el clima subtropical en sus dos variantes: con y sin estación seca.

En esta región predominan las actividades primarias, agricultura especializada en cultivos subtropicales como el algodón, arroz y frutos subtropicales. Recientemente está aumentando el cultivo del maíz y la soja. En la diagonal fluvial predomina la horticultura. La explotación forestal fue realizada en forma depredatoria y se basó en la tala del quebracho.

En la ganadería predomina el vacuno criollo, difundándose rápidamente la mestización del cebú con buen desarrollo de las nuevas razas: Brangus, Braford y Santa Gertrudis. Esta mestización le da la rusticidad necesaria para adaptarse al clima y a los pastos naturales de la región.

La industria se sustenta en los productos de las actividades agropecuarias y forestales, como así también de la yerba y del tabaco.

Es una región con clima subtropical, en la que predomina la población de escasos recursos y con un alto porcentaje de NBI (necesidades básicas insatisfechas) que varía de provincia a provincia. Tiene influencia de la cultura indígena con predominio de los pueblos Qom y Wichi. También, es significativa la migración transitoria de contingentes e individuos de países limítrofes para trabajar o recibir atención médica.

2) Región del Noroeste

Conformada por las provincias de Salta, Jujuy, Catamarca, La Rioja, Tucumán y Santiago del Estero, su actividad económica se sustenta en la agricultura y la minería y las industrias asociadas a ellas. En esta región predominan las distintas variedades del clima árido: serrano, andino y puneño.

En la zona de cultivos tropicales de Salta se produce caña de azúcar, cítricos, bananos y tabaco, mientras que, en los valles del oeste la vid encuentra su óptimo hábitat ecológico.

En Tucumán la producción de limones, el procesamiento de cáscaras y la fabricación de aceites constituyen el sector económico más dinámico, que ha colocado como productora y exportadora en el primer nivel. Persiste la actividad histórica que es la producción de caña de azúcar y las industrias asociadas: fabricación de azúcar, alcohol y papel, ubicándose en segundo lugar. El clima templado lo permite. Catamarca y La Rioja se destacan por la producción de aceitunas y nueces.

La actividad minera más importante corresponde a los yacimientos y destilerías de petróleo y gas en el norte de Salta. En Jujuy existen yacimientos de plata, plomo y cinc, en Mina Aguilar. Por otra parte, en Catamarca cobran importancia los yacimientos de metales preciosos (oro y plata) de Farallón Negro y Bajo de la Alumbrera.

Las principales industrias de la región son los ingenios azucareros, las bodegas en Salta y La Rioja, el procesamiento del petróleo y de la madera. En esta región se está dando un importante desarrollo turístico que encuentra su atractivo en el complejo Andino con sus paisajes y la cultura indígena de la zona, con fuerte influencia incaica.

3) Región de Cuyo

Integrada por las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis, se ubica al oeste del territorio argentino, en plena cordillera de Los Andes, existiendo una relación estrecha con Chile a través de pasos fronterizos.

En esta región predomina el clima árido serrano y andino, con algunos territorios en los que un clima templado serrano influye en su producción agrícola.

La actividad agrícola es el pivote sobre el cual se sustenta y desarrolla la economía de la región cuyana. En la actualidad, la mayor parte de la superficie agrícola se destina a la vitivinicultura, cuyo arraigo no ha sido superado por ningún otro cultivo. El olivo y la horticultura constituyen cultivos de alternativa al monocultivo de la vid. La provincia de Mendoza es el mayor productor nacional de fruta fresca (manzanas, peras, ciruelas, cerezas, duraznos), el 70% de cuyo monto es industrializado como zumos y frutas deshidratadas. En la provincia de San Luis se obtienen cereales como maíz, forrajeras y oleaginosas, pero también cobra importancia la actividad ganadera.

Entre las industrias sobresale la producción de vino. La industrialización de hortalizas representa un rubro de importancia, en particular la elaboración de tomate y, en menor escala, de productos deshidratados (ajo, cebolla, perejil, pimienta y papa).

Las industrias extractivas constituyen un rubro de interés, como la fabricación de cemento en Loma Negra y la producción, en San Juan, de carburo de calcio, ferroaleaciones y silicio metálico. Es incesante el desarrollo de la minería en esta provincia en todas sus formas, con las consiguientes dificultades ocasionadas por el impacto ambiental de la minería a cielo abierto y en la salud de los trabajadores.

En San Luis la fabricación de manufacturas metalmecánicas implica al 21% de las industrias instaladas en la provincia. También son importantes la fabricación de textiles y la producción de sustancias químicas.

La región resulta altamente atractiva para el turismo local e internacional que atrae contingentes del país y del exterior gracias a recursos paisajísticos montañosos que hacen posible la práctica de los deportes invernales y el aprovechamiento de fuentes termales. Esto ha permitido un fuerte desarrollo sostenido de las actividades hotelera y gastronómica.

4) Región Pampeana

Se encuentra compuesta por las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, La Pampa, Entre Ríos y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es la región que concentra la mayor parte de la población del país con grandes conglomerados urbanos como el Gran Buenos Aires, el Gran Rosario, Córdoba, Mar del Plata, Bahía Blanca, Santa Fe y otras, lo que da lugar a un fuerte desarrollo del sector servicios.

Si bien es la región donde se da el mayor desarrollo industrial, su economía está fuertemente influida por la actividad agropecuaria, ya que son las tierras más fértiles del país y el clima templado pampeano húmedo le da sustento a la actividad.

La agricultura de esta región tiene un alto desarrollo tecnológico y una gran variedad de cultivos con especializaciones en cereales, forrajeras y oleaginosas; también es muy refinado el desarrollo de la ganadería con razas que permiten producción de carne de alta calidad para el consumo nacional y la exportación.

La extensa costa bonaerense provoca también que haya un importante desarrollo de la pesca y sus industrias asociadas principalmente en Mar del Plata y Bahía Blanca. También es importante la actividad turística veraniega con fuerte desarrollo en Mar del Plata, Villa Gesell y Pinamar.

Como se dice más arriba, la industria es muy diversa, destacándose la alimentaria por la influencia de la actividad agrícola – ganadera, siderúrgica, metalmecánica, automotriz, textiles, químico-farmacéutica, papel, confecciones, petroquímicas, etc. En esta región se localizan las mayores empresas del país, tanto nacionales como multinacionales.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires concentra el Gobierno Federal y da lugar a un fuerte desarrollo de los servicios que alcanzan alta calidad. Por sus características poblacionales, es muy difícil separarla del conurbano bonaerense a pesar de que sus administraciones son independientes; de hecho, existe una tendencia en planificar acciones de servicios públicos para el Área Metropolitana.

5) Región Patagónica

Está integrada por las provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego; y su gran extensión territorial hace que la región tenga importantes desniveles climáticos que obligan a distintas explotaciones. De todos modos, su principal actividad es la extractiva, centrada fundamentalmente en el petróleo y bastante menos desarrollada la minería. La pesca y sus derivados también son importantes, teniendo en cuenta el extenso litoral marítimo de la región y la riqueza ictícola de sus aguas territoriales.

La isla de Tierra del Fuego; transformada en Provincia durante las últimas décadas del siglo XX, disfruta de un régimen de promoción industrial que le permite un importante desarrollo en el armado y fabricación de electrodomésticos y tecnología de punta.

3. PERFIL Y TENDENCIAS DE SALUD

3.1 Panorama nacional de salud en general

a- Enfermedades Transmisibles

A lo largo de su historia, en Argentina han ocurrido epidemias significativas, y tiene unas áreas endémicas claramente definidas para ciertas enfermedades transmisibles. El Sistema Estadístico de Salud (SES) es coordinado por la Dirección de Estadísticas e información de Salud (DEIS) que depende del Ministerio de Salud de la Nación, que aplica normas y procedimientos uniformes para la captación de la información, la elaboración y el procesamiento de datos en todo el territorio nacional*. Los principales componentes del Sistema de Información de Salud son:

- Sistema de Estadístico de Salud (SES),
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre SIDA

El Centro Argentino de Clasificación de Enfermedades (CACE) se inauguró en 1985 y su denominación actual data de 2014. Hay una articulación entre la Dirección de Estadísticas e información y el CACE, que realiza un diagnóstico de situación de las Estadísticas de Salud junto a un Censo Nacional de codificadores (3). Si bien hay una amplia gama de enfermedades transmisibles más frecuentes en Argentina, a continuación, citaremos brevemente las de interés para la salud de los trabajadores:

- 1- **Fiebre Amarilla:** ahora considerada emergente, hay obligatoriedad de vacunación por la preponderancia que tiene la actividad agropecuaria en la Región Nordeste del país y su influencia en la Salud Ocupacional por la extensión geográfica que abarca la población de mosquitos *Aedes aegypti* (4).
- 2- **Enfermedad de Chagas-Mazza** o tripanosomiasis americana, transmitida por el hematófago *Triatoma infestans*, popularmente conocido como “la vinchuca”, que habita fundamentalmente en techos de paja de viviendas y también en espacios y rendijas de viviendas y establecimientos rurales, se ha transformado en un grave problema de salud pública y de Salud Ocupacional, teniendo en cuenta la cantidad de trabajadores del medio rural ya sea en la propia actividad agropecuaria como en otras actividades. Dada su elevada prevalencia causa grandes pérdidas económicas por incapacidad laboral, y muerte repentina de personas aparentemente sanas. Se estima que 2 a 2,5 millones de personas están infectados, y 10 millones estarían expuestos al agente de riesgo. Según el Ministerio de Salud de la Nación, las Provincias del Noreste Argentino como Chaco y Formosa, tienen alto riesgo de transmisión vectorial por el aumento de la infestación domiciliar y la alta seroprevalencia de grupos vulnerables (5).
- 3- **Malaria** aunque se la consideraba una enfermedad endemo-epidémica afectando varias regiones y provincias del país, la OMS recién certificó en mayo del 2019 la eliminación de la malaria en su territorio nacional, después de un proceso evaluativo en la que logro demostrar a ausencia de casos autóctonos desde 2011, la presencia de un sistema de vigilancia robusto que garantiza la detección precoz de casos importados, el diagnóstico y tratamiento oportuno y la implementación de la vigilancia y control vectorial del mosquito Anopheles.
- 4- **Tuberculosis:** en el año 2015 se notificaron 10 713 casos de tuberculosis, alcanzando una tasa de 24,80 casos por cada 100 000 habitantes. En 2018 hubo 721 fallecimientos enfermedad en todo el país (tasa de 1,6 por 100.000 habitantes). El 50 % de los casos registrados correspondieron a personas en edad de 20 a 44 años, es decir en edad de trabajar. Las tasas más altas se encuentran en las provincias de Jujuy con 49.9 y Salta con 46.2 (7). El mayor riesgo es para los trabajadores de la salud.
- 5- **VIH:** anualmente se notifican 6000 casos nuevos por año, según fuente del Ministerio de Salud de la Nación (2015). En el país 126.000 son portadores del virus del VIH y en 2015 se produjeron 1.400 muertes. Esta enfermedad genera

exposición en ocasión de trabajo para todos aquellos que entran en contacto con fluidos humanos por sus tareas; es decir, los trabajadores de la salud.

- 6- **Fiebre hemorrágica argentina:** conocida también como “mal de los rastrojos”, es causada por el virus Junín. Afecta la zona de la Provincia de Buenos Aires y las Provincias de Santa Fe, Córdoba y la Pampa. Para 2009 se registraron 91 casos y 25 casos confirmados en 2011. Se la tiene en cuenta cuando los trabajadores están expuestos al agente, integrando el Listado de Enfermedades Profesionales. El Registro Nacional de Trabajadores y Empleados agrarios (RENATEA) junto con organismos del Ministerio de Salud de la Nación, como el Instituto Nacional de Enfermedades virales humanas y el gobierno de la Provincia de Santiago del Estero, trabajaron colaborativamente para vacunar los trabajadores golondrinas de Santiago del Estero que migran a zona endémica de esta enfermedad.
- 7- **Leptospirosis** es una zoonosis de alcance nacional, según lo señalado en el taller sobre la enfermedad realizado en 2010 en la Academia Nacional de Medicina. Se señaló que las Provincias más vulnerables por las lluvias eran Santa Fe, Entre Ríos y Buenos Aires. En el 2010 se notificaron 230 casos y se produjeron 15 fallecimientos. En 2016 se notificaron 1.739 casos, de los cuales se confirmaron 42.

b- Enfermedades No Transmisibles

Se estima que el 81% de las muertes en adultos están relacionadas con las enfermedades no transmisibles. Uno de cada dos argentinos tiene sobrepeso, el 36% hipertensión arterial y el 27% tiene hipercolesterolemia. La prevalencia de diabetes es del 11,5%, patología que aumenta de dos a cuatro veces la mortalidad cardiovascular. El 29,7% de los adultos argentinos son obesos.

- 1- **Enfermedades cardiovasculares ECV:** fueron la primera causa de mortalidad en 2015 (96.252 muertes), lo que representó el 28,87% del total de muertes por cualquier causa ocurridas en ese año. Un 17 % de las muertes cardiovasculares se deben a falta de actividad física, cuyos efectos se observaron mayoritariamente en las mujeres. Hacia 2011, las muertes por infarto agudo de miocardio habían disminuido progresivamente con relación a quince años antes. Entre los factores atribuibles se señalaron la disminución del consumo de tabaco, incremento de personas que desarrollan actividad física regular, incremento de tratamientos de obesidad y diabetes. La tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular en Argentina en adultos mayores es de 88 cada 100.000 adultos mayores.
- 2- **Cáncer:** según la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC), el país se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta (172,3-242,9 x 100.000 habitantes). Dicha agencia estimó una incidencia para ambos sexos de 217 casos nuevos anuales por 100 000 habitantes. Esta estimación se basa en datos provenientes de Registros de base poblacional (RCBP) del país, que altos estándares de calidad. Según la IARC el total de casos de cáncer fue de 115.162 para 2012, afectando 54.953 hombres y 60.209 mujeres. El cáncer fue la segunda causa de muerte en 2015, con un total de 66.855 defunciones y una tasa bruta de 151,00 por 100.000 habitantes. Esta cifra representó el 20,05% de las muertes totales.
- 3- **Enfermedades respiratorias crónicas:** en 2015 se registraron 56.901 muertes por Enfermedades del Sistema Respiratorio (ESR), el 17,07% del total de muertes por cualquier causa ocurridas en ese año, siendo la tercera causa de muerte detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. La tasa cruda de mortalidad fue de 131,92 por 100.000 habitantes, más de doble que la mortalidad por causas externas (47,29 por 100.000) que ocupan el cuarto lugar como causa de defunción. Si bien la importancia de las muertes por ESR es diferente según el grupo de edad analizado, siempre estuvo dentro de las primeras cinco causas de muerte y representó la segunda causa en mayores de 80 años, detrás de las defunciones relacionadas con el sistema circulatorio (8). El 85% de las defunciones por enfermedades respiratorias se concentraron en tres grupos de causas del Capítulo J de la CIE-10: Influenza y neumonía (J10-J18), Otras enfermedades del sistema respiratorio (J95-J99) y Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47) que representaron el 48,85%, 22,89% y 13,49% del total de las muertes respectivamente.
- 4- **Diabetes:** es considerada como un problema de salud pública de relevancia. La tasa de mortalidad fue de 19,33 por 100.000 habitantes por diabetes en el año 2012, siendo la mortalidad en hombres de 20,47 y de mujeres 18,19.

- 5- **Accidentalidad general:** Los resultados alcanzados muestran que se pierden casi 170.000 años de vida potencial por accidentes de tránsito, 130.000 en hombres y 40.000 en mujeres. Estos datos dan una idea clara de la magnitud del problema, y hacen evidente la distribución desigual entre los sexos, tal como sucede en la mayoría de los países del mundo. Las tasas de participación por la actividad económica de la población muestran que el total de años de vida potencial perdidos son casi 87.000 años son de vida activa potencial (8).

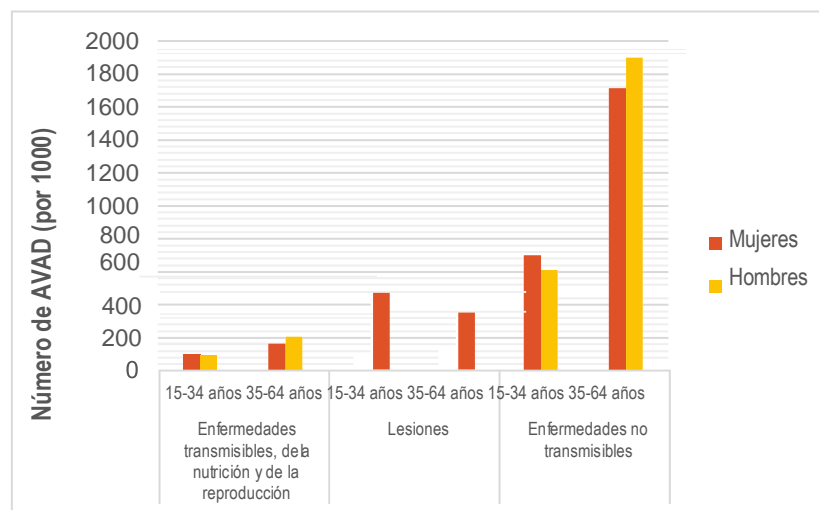
3.2 Panorama Internacional

Esta información se basa en las estimaciones internacionales realizadas por el Instituto de Métrica en Salud que permite construir indicadores comparables entre países para poder comparar sus resultados entre países y regiones del mundo. Las bases de datos se obtienen de la información suministrada por los países y por las estimaciones hechas por los expertos del IMS.

a- Morbilidad

En el Gráfico 8 se puede observar el número de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad atribuibles a los 3 grupos de causas, por sexo y grupo de edad. Para las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción, los AVAD alcanzan un valor mayor en mujeres en el grupo de 15 a 34 años y en hombres en el de 35 a 64. Las lesiones son mucho más importantes en hombres para ambos grupos de edad. Las enfermedades no transmisibles son las que mayores AVAD producen, especialmente en el grupo de 35 a 64 años. Las mujeres contribuyen con más AVAD en el grupo más joven pero esta tendencia se intercambia en el de mayor edad.

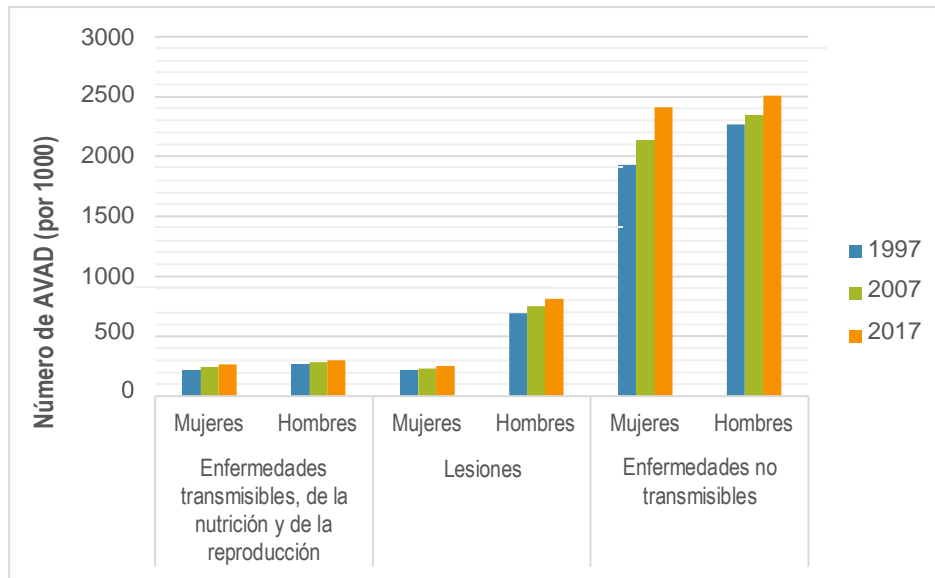
Gráfico 8: Número de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (tasas por 1000 habitantes) por grupo de causas y grupo de edad, en mujeres y hombres. 2017



Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

Al observar los AVAD en la PET en 1997, 2007 y 2017 (ver Gráfico 9), se puede ver una tendencia creciente con los años, para los 3 grupos de causas y en ambos sexos. Este aumento es especialmente acusado en el caso de las enfermedades no transmisibles. Los hombres contribuyen en todos los casos con más AVAD, pero esta diferencia entre sexos se acentúa en el caso de las lesiones.

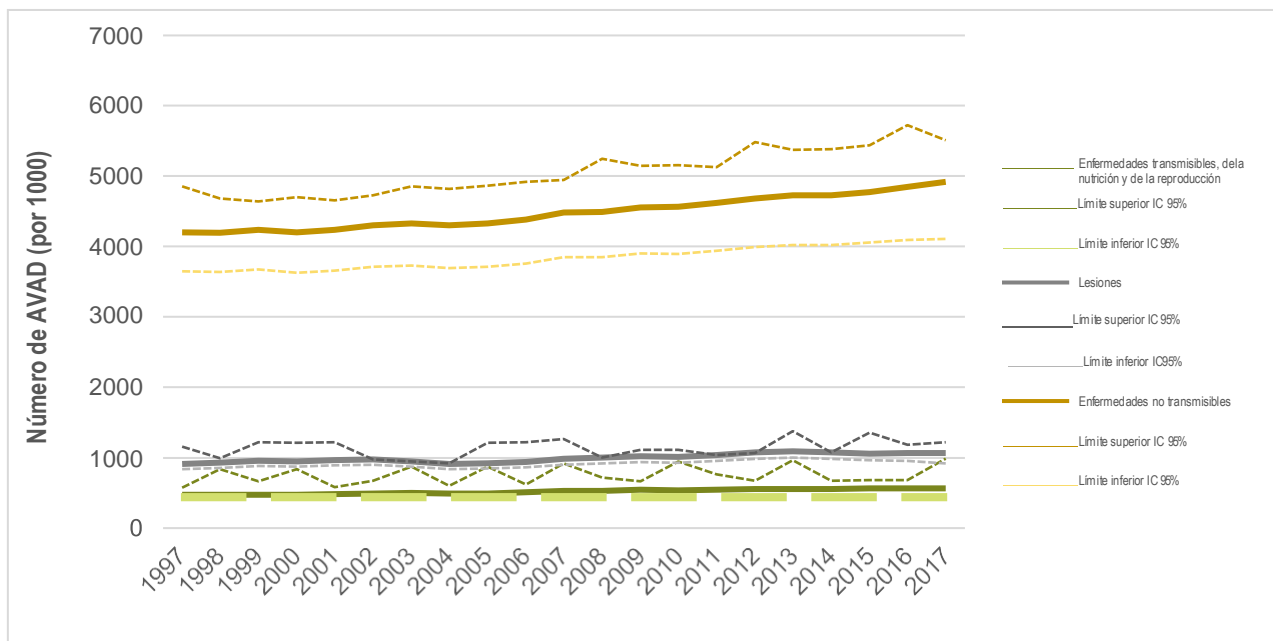
Gráfico 9: Número de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (tasas por 1000 habitantes) en la población en edad de trabajar (15-64 años), por grupo de causas y sexo; en 1997, 2007 y 2017.



Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

En cuanto a la tendencia con los años (Gráfico 10), en los 3 grupos de causas se ha producido un aumento del número de AVAD. Las enfermedades no transmisibles son las que más visiblemente han aumentado desde 1997 a 2017.

Gráfico 10: Número de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (tasas por 1000 habitantes) con un intervalo de confianza al 95%, en la población en edad de trabajar (15-64 años), por grupo de causas, desde 1997 a 2017.

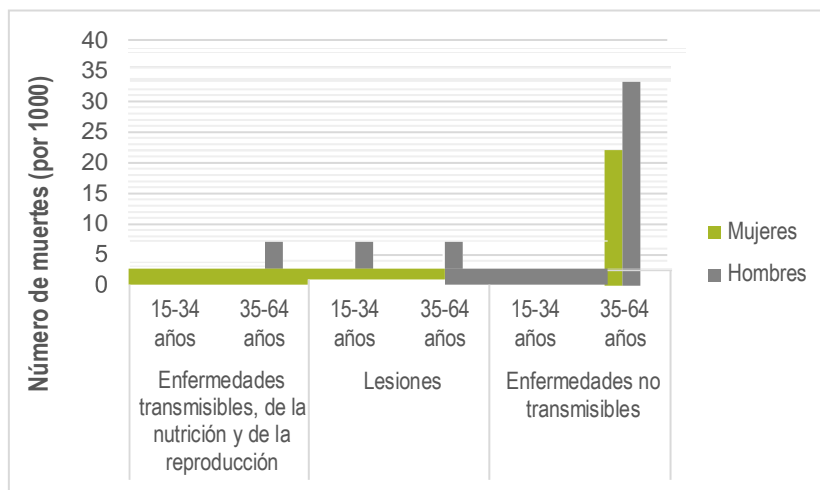


Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation.

b- Mortalidad

Respecto a la mortalidad (Gráfico 11), se puede observar que el grupo de causas más frecuente para las mujeres de 15 a 34 años son las enfermedades no transmisibles. Por el contrario, para los hombres jóvenes, las lesiones constituyen la causa más frecuente de muerte. Las enfermedades no transmisibles son la causa de muerte principal en el grupo de edad de 35 a 64 años, tanto en las mujeres como en los hombres.

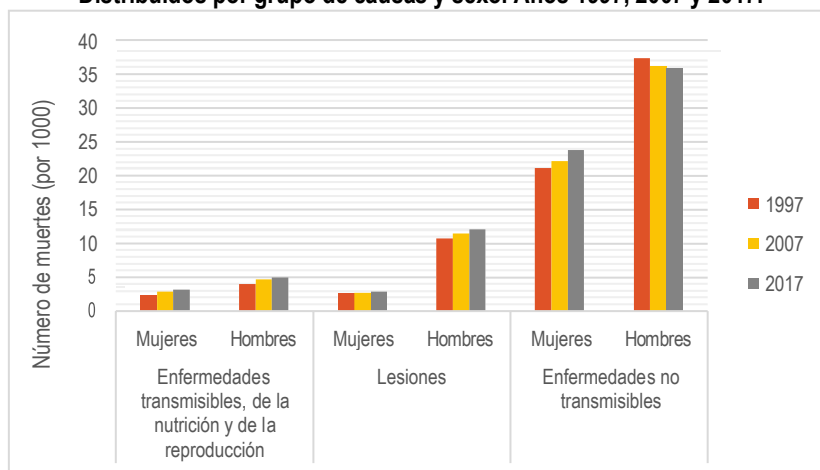
Gráfico 11: Número de muertes (tasas por 1000 habitantes) por grupo de causas y grupo de edad, en mujeres y hombres. 2017.



Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

En el Gráfico 12 se observa la mortalidad en la PET, por grupo de causa y sexo, en tres cortes temporales (1997, 2007 y 2017). El número de muertes en el grupo de las enfermedades transmisibles y en el de las lesiones, está aumentando con los años para ambos sexos. En las mujeres, en las enfermedades no transmisibles, también se puede observar este incremento. Por el contrario, parece observarse una tendencia decreciente en la mortalidad de hombres por enfermedades no transmisibles.

Gráfico 12: Número de muertes (tasas por 1000 habitantes) en la población en edad de trabajar (15-64 años), Distribuidos por grupo de causas y sexo. Años 1997, 2007 y 2017.

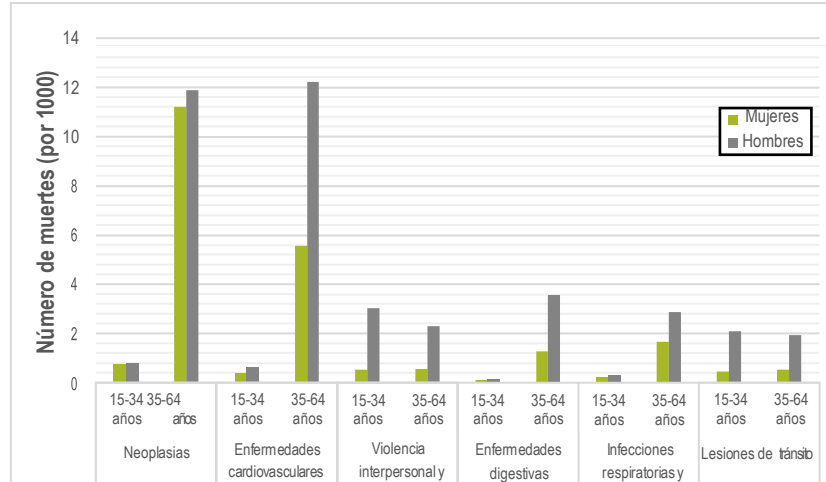


Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

En cuanto a las principales causas de muerte, las neoplasias son la más frecuente en mujeres de ambos grupos de edad (Gráfico 13). En el grupo de 15 a 34 años, la segunda sería la violencia interpersonal y autoinfligida, seguida de cerca por

las lesiones de tránsito. Por el contrario, en el grupo de 35 a 64 años, las neoplasias vendrían seguidas de las enfermedades cardiovasculares y las infecciones respiratorias y tuberculosis. En el caso de los hombres jóvenes, las causas más frecuentes serían la violencia interpersonal y autoinfligida, las lesiones de tránsito y las neoplasias; y para el grupo de 35 a 64 años, las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias y las enfermedades digestivas.

Gráfico 13: Número de muertes (tasas por 1000 habitantes) distribuidos por principales causas, sexo y grupo de edad. 2017



Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

Al analizar la tendencia de las causas de mortalidad entre 2007 y 2017 (Gráfico 14) no se observan cambios en el ranking de las tres principales, aunque la violencia interpersonal y auto infligida se ha visto incrementada un 13,44% del 2007 al 2017. Las enfermedades digestivas, los trastornos neurológicos y las enfermedades de la piel, entre otras, también aumentaron en 2017. Por el contrario, se disminuyó la tasa de mortalidad por uso de sustancias, de enfermedades tropicales y deficiencias nutricionales.

Gráfico 14: Ranking de causas de muerte en la población de 15 a 64 años, en 2007 y 2017 y % de cambio entre las tasas por 1000 de 2017 y 2007.

Ranking 2007	Ranking 2017	% cambio 2007-2017
1 Neoplasias	1 Neoplasias	5.19
2 Enfermedades cardiovasculares	2 Enfermedades cardiovasculares	-5.80
3 Violencia interpersonal y autoinfligida	3 Violencia interpersonal y autoinfligida	13.44
4 Lesiones de tránsito	4 Enfermedades digestivas	13.35
5 Infecciones respiratorias y tuberculosis	5 Infecciones respiratorias y tuberculosis	11.79
6 Enfermedades digestivas	6 Lesiones de tránsito	4.00
7 Diabetes y enfermedades del riñón	7 Diabetes y enfermedades del riñón	4.41
8 Lesiones no intencionales	8 Lesiones no intencionales	-7.74
9 Enfermedades respiratorias crónicas	9 Enfermedades respiratorias crónicas	-2.77
10 VIH/SIDA e ITS	10 VIH/SIDA e ITS	4.75
11 Otras enfermedades no transmisibles	11 Otras enfermedades no transmisibles	14.69
12 Trastornos por uso de sustancias	12 Trastornos neurológicos	14.36
13 Trastornos neurológicos	13 Trastornos por uso de sustancias	-0.32
14 Otras enfermedades infecciosas	14 Otras enfermedades infecciosas	-0.28
15 Trastornos neonatales y maternos	15 Trastornos neonatales y maternos	-17.92
16 Trastornos musculoesqueléticos	16 Trastornos musculoesqueléticos	14.65
17 Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	17 Enfermedades de la piel y subcutáneas	29.62
18 Deficiencias nutricionales	18 Enfermedades tropicales desatendidas y malaria	-16.04
19 Enfermedades de la piel y subcutáneas	19 Deficiencias nutricionales	-24.68
20 Infecciones entéricas	20 Infecciones entéricas	7.95
21 Trastornos mentales	21 Trastornos mentales	47.89

Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

3.3 Morbimortalidad en el ámbito laboral

La Superintendencia de Riesgos del Trabajo publicó en septiembre de 2016 su informe anual de accidentabilidad laboral, informando que el número promedio de trabajadores cubiertos fue de 9.674 909 trabajadores, con una cifra de 9.183.918 en unidades productivas y 490.991 trabajadores en casas particulares. Para el 2015, el total de casos notificados por accidentes de trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP) fue de 663.442, con una variación interanual de 04%; y de ese total de casos notificados, solo 422.373 tuvieron baja laboral. De ellos, 63.913 trabajadores presentaron alguna incapacidad permanente derivada de un accidente o de una enfermedad profesional. Los accidentes de trabajo representaron la mayor causa de presencia de algún tipo de incapacidad laboral (71,9% en hombres). Una cifra cercana al 84% de los trabajadores presentó hasta un 10% de incapacidad.

En el 2016, el Sistema de Riesgos del Trabajo en Argentina incluyó a 9.634.007 trabajadores, año durante el cual se registraron un total de 389.256 accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con días de baja, resultando una incidencia de 40,4 por mil trabajadores cubiertos. Del total de los accidentes y enfermedades profesionales registrados en ese año (con y sin baja), 433.533 fueron del sexo masculino y 164.913 fueron del sexo femenino. Para ese mismo año, los accidentes laborales ocasionaron 389 muertes, causando una tasa de incidencia de fallecidos por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de 42,2 por cada millón de trabajadores cubiertos. Es decir, 12,8 menos que en 2015. Las actividades laborales en las que se produjo una mayor letalidad fueron *electricidad, gas y agua* con 405,0 fallecimientos cada cien mil AT y EP; y 190,7 fallecimientos en “agricultura, caza, silvicultura y pesca”. Para el sector electricidad, gas y agua el valor señalado, implicó el mayor aumento interanual que rondó el 91% con respecto al año anterior.

Fuente: SRT

Tabla 8. Accidentabilidad de las 15 actividades con mayor número de población cubierta femenina. Año 2011.

Código	Descripción actividad a 6 dígitos (CIBU Revisión 2)	Trab. cubiertos	%	AT/EP con días de baja	%	Trab. fallecidos AT/EP	Índice de incidencia AT/EP (por mil)	I de incidencia en fallecidos AT/EP (por millón)
910015	Administración Pública y defensa	490.893	19,5%	10.081	15,4%	3	20,5	6,1
931012	Enseñanza preprimaria, primaria, secundaria, superior, por correspondencia, etc.	386.094	15,4%	4.825	7,4%	0	12,5	-
933198	Servicios de asistencia médica y servicios relacionados con la medicina no clasificados en otra parte	77.531	3,1%	2.363	3,6%	0	30,5	-
933112	Servicios de asistencia médica y odontológica prestados por sanatorios, clínicas y otras instituciones similares	66.328	2,6%	3.919	6,0%	0	59,1	-
624403	Venta de productos en general: Supermercados y autoservicios.	59.094	2,4%	2.387	3,6%	1	40,0	10,8
935013	Servicios prestados por asociaciones profesionales, comerciales y laborales (incluye cámaras, sindicatos, etc.)	51.832	2,1%	996	1,5%	0	19,2	-
832079	Servicios técnicos y profesionales no clasificados en otra parte (incluye servicios de impresión heliográfica, fotocopia)	47.087	1,9%	1.205	1,8%	1	25,6	21,2
920010	Servicios de saneamiento y similares (incluye recolección de residuos, limpieza, exterminio, fumigación, desinfección, etc.)	45.917	1,8%	4.032	6,1%	1	87,8	21,8
623016	Venta de prendas de vestir excepto las de cuero (no incluye calzados) y tejidos de punto.	40.628	1,6%	646	1,0%	1	15,9	24,6
810116	Operaciones de intermediación de recursos monetarios realizadas por Bancos.	37.674	1,5%	355	0,5%	0	9,4	-
959944	Servicios personales no clasificados en otra parte	34.321	1,4%	1.679	2,6%	1	48,9	29,1
920010	Servicios de alojamiento, comida y/u hospedaje prestados en hoteles, residenciales y hosterías excepto pensiones y alajá	28.431	1,1%	1.611	2,5%	0	56,7	-
832316	Servicios de elaboración de datos y computación	26.946	1,1%	255	0,4%	0	9,5	-
930910	Servicios sociales y comunales conexos no clasificados en otra parte	25.958	1,0%	592	0,9%	0	22,8	-
322016	Confección de prendas de vestir excepto las de piel, cuero y sucedáneos, platos e impermeables	25.017	1,0%	687	1,0%	0	27,5	-
	Subtotal 15 actividades con mayor cobertura	1.444.450	57,5%	35.633	54,3%	8	24,7	5,5
	Total de población cubierta de mujeres	2.513.545	100,0%	65.601	100,0%	11	26,1	4,4

Fuente: SRT

Tabla 9. Accidentabilidad de las 15 actividades con mayor número de población cubierta masculina. Año 2011

Código	Descripción actividad a 6 dígitos (CIBU Revisión 2)	Trab. cubiertos	%	AT/EP con días de baja	%	Trab. fallecidos AT/EP	Índice de incidencia AT/EP (por mil)	I de incidencia en fallecidos AT/EP (por millón)
910015	Administración Pública y defensa	446.536	9,4%	12.610	3,6%	10	28,2	22,4
500038	Construcción, reforma o reparación de edificios, PB 1	207.395	4,4%	28.556	8,2%	40	137,7	192,9
931012	Enseñanza preprimaria, primaria, secundaria, superior, por correspondencia, etc.	180.543	3,8%	1.925	0,6%	1	10,7	5,5
711411	Transporte de carga a corta, mediana y larga distancia excepto servicios de mudanza y transporte de valores, documentación encomiendas, mensajes y similares	128.208	2,7%	13.043	3,8%	74	101,7	577,2
832052	Servicios de investigación y vigilancia	117.588	2,5%	5.542	1,8%	12	47,1	102,1
624403	Venta de productos en general: Supermercados y autoservicios.	83.338	1,8%	7.983	2,3%	2	95,8	24,0
832079	Servicios técnicos y profesionales no clasificados en otra parte (incluye servicios de impresión heliográfica, fotocopias, taquimecanografía y otras formas de reproducción, excludas las impresoras)	80.741	1,7%	7.398	2,1%	3	91,6	37,2
500011	Construcción, reforma o reparación de calles, camineras, puentes, viaductos, vías férreas, puentes, aeropuertos, centros	76.887	1,6%	8.800	2,5%	21	114,5	273,1
711217	Transporte urbano, suburbano e interurbano de pasajeros (incluye subterráneos)	68.773	1,4%	6.239	1,8%	7	90,7	101,8
959944	Servicios personales no clasificados en otra parte	63.455	1,3%	7.174	2,1%	4	113,1	63,0
111112	Cría de ganado bovino	61.906	1,3%	7.225	2,1%	10	116,7	161,5
920010	Servicios de saneamiento y similares (incluye recolección de residuos, limpieza, exterminio, fumigación, desinfección, etc.)	61.634	1,3%	8.885	2,6%	3	144,2	48,7
832316	Servicios de elaboración de datos y computación	50.441	1,1%	388	0,1%	0	7,7	-
831018	Operac: con inmuebles, excepto alq. o arrend. de inmueb. propios (incluye alq. y arrend. de inmueb. de 3ra. explotación)	50.402	1,1%	2.301	0,7%	4	45,7	79,4
810116	Operaciones de intermediación de recursos monetarios realizadas por Bancos.	49.863	1,0%	219	0,1%	0	4,4	-
	Subtotal 15 actividades con mayor cobertura	1.727.711	38,3%	118.286	34,1%	191	68,5	110,6
	Total de población cubierta de varones	4.759.763	100,0%	347.213	100,0%	484	72,9	101,7

Si observamos las diferencias por sexo, en el 2011, para las mujeres (Tabla 8) la actividad con una mayor incidencia de AT/EP fue “servicios de saneamiento y similares” con 87,8 AT/EP por 1.000 trabajadoras cubiertas, seguido de “servicios de asistencia médica y odontológicos prestados por instituciones” con 59,1 por mil y “servicios de alojamiento, comida y/u hospedaje” con 56,7 por mil. En cuanto a letalidad, 8 trabajadoras fallecieron por AT/EP en 2011, 3 pertenecientes a “administración pública y defensa”. En el caso de los hombres (tabla 9) la mayor incidencia de AP/EP también se encontró

en “servicios de saneamiento y similares” con 144,2 AT/EP por cada 1.000 trabajadores cubiertos, seguido de cerca por “construcción, reforma o reparación de edificios” con 137,7. La actividad con una mayor letalidad fue “transporte” con 577,2 fallecidos por millón de trabajadores cubiertos y “construcción” se encontraba en segundo lugar con 192,9.

Durante el año 2016, 67.672 trabajadores padecieron alguna incapacidad permanente. Los accidentes laborales fueron la principal causa de incapacidad laboral en un 70% en hombres y en un 47% en mujeres. Solo un 0,1% de los trabajadores presentó con relación al evento denunciado una incapacidad por encima del 50%. El promedio de días por incapacidad laboral temporaria por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales fue de 35 días.

La Organización Internacional del Trabajo estima que se produce una pérdida anual de 4% del producto bruto interno en costos directos e indirectos de los accidentes y enfermedades profesionales. Del total de la población cubierta incluida en el Sistema Único de Seguridad Social SUSS, el 65% son varones, mientras que las mujeres representan poco más del tercio restante.

Tabla 10. Trabajadores cubiertos, AT/EP con días de baja laboral, e índices de incidencia según sexo. Año 2011.

Sexo del trabajador	Trabajadores Cubiertos	%	Casos de AT/EP con días de baja	%	Índice de Incidencia AT/EP (por mil)
Mujeres	2.513.545	34,5%	65.601	15,9%	26,1
Varones	4.759.763	65,3%	347.213	84,1%	72,9
Sin información	11.343	0,2%	1	0,0%	0,1
Total	7.284.651	100,0%	412.815	100,0%	56,7

Fuente: SRT

En relación con el total de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (AT/EP) con días de baja laboral, el 84% corresponde a varones y apenas el 16% a las mujeres. Estas diferencias explican los índices de incidencia correspondientes a mujeres (26 AT/EP por mil) y varones (73 por mil) en el año 2011.

En cuanto a la accidentabilidad laboral en el lugar y en ocasión del trabajo, los hombres tienen mayor riesgo de sufrir accidentes laborales que las mujeres, afirmación que se sustenta en los índices respectivos: 73 y 26 por mil. En otras palabras, un hombre tiene 2,8 veces más riesgo de tener un accidente laboral que una mujer. Al analizar esta incidencia según los diferentes grupos de edad, es posible observar que en ambos sexos los índices de incidencia más elevados se registran entre los 16 y los 24 años.

a- Enfermedades profesionales

El primer listado de Enfermedades Profesionales en el marco de la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557, fue presentado como parte del Decreto 658/96. El mismo tuvo en cuenta el listado propuesto por la Organización Internacional del Trabajo y presenta al agente de riesgo, las afecciones que se pueden presentar por su estar expuesto al agente de riesgo y las actividades laborales que pueden generar exposición.

En 2016 se diagnosticaron 163.480 nuevas enfermedades profesionales. Del total de enfermedades profesionales diagnosticadas, 12.745 tuvieron días de baja laboral. Estas cifras representan un descenso de 6% con respecto al año 2015. En este año, la media de edad entre los que se declaró enfermedad profesional fue de 42,9 años. Un 44% de los trabajadores a quienes se les diagnosticó enfermedad profesional pertenecen a la industria manufacturera.

Las patologías más frecuentes correspondieron en el orden de un 20% a las relacionadas con las vías respiratorias, seguidas por las afecciones del oído interno con un 17%.

En cuanto a los agentes de riesgo relacionados con el diagnóstico de enfermedad profesional, los más frecuentes fueron sobrecarga del uso de la voz en un 27% que correspondieron a 4486 trabajadores, posiciones forzadas y gestos repetitivos

en 4.119 lo que representó un 25% y ruido en .3342 trabajadores lo que representó un 20% de los casos de enfermedad profesional. Un 26% de los trabajadores con diagnóstico de enfermedad profesional tenía una antigüedad de 1 a 4 años y un 23% menor a un año.

b- Accidentalidad laboral

Según datos de la SRT, en 2015 aproximadamente la mitad de los accidentados tenía entre 25 y 39 años, con una edad promedio de 37 años. El promedio de edad de las mujeres accidentadas fue mayor a la de los hombres, 39,5 y 36 respectivamente. El porcentaje más alto (26,7%) de causa de accidente fue por pisada, choque o golpes por objeto, seguido por caídas de personas (20,8%).

En el año 2010, los accidentes in itinere representaban en la población masculina el 15% del total de accidentes notificados con días de baja laboral y en el año 2011 se situaban en un 16%. En el caso de la población de mujeres trabajadoras, estos mismos accidentes representaban el 31% en el año 2010 y mantenían la misma proporción en 2011.

En el estrato de grandes empleadores que incluye empresas de 501 a 1.500 trabajadores la accidentabilidad registrada en 2016 fue de 12,7%. En las empresas con 2.501 a 5.000 trabajadores, ese índice se redujo en un 10%. Empresas de entre 26 a 40 trabajadores tuvieron 1.774,2 jornadas no trabajadas cada mil trabajadores cubiertos y empresas entre 41 a 50 trabajadores 1.773,1. A estas correspondieron los máximos valores de jornadas no trabajadas cada mil trabajadores cubiertos.

4. DETERMINANTES AMBIENTALES DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

De todos es sabido que el lugar de trabajo es mayoritariamente de origen antropogénico, pues se diseña y se crea con el propósito de efectuar un trabajo, en el cual la persona debe realizar uno o varios oficios o tareas. También se reconoce que los materiales, los procesos y los productos del trabajo pueden tener características o condiciones peculiares capaces de afectar la salud y el bienestar de la persona que trabaja de diferentes maneras. Por estas razones, se han desarrollado una serie de ciencias en el ámbito de la salud ocupacional (Medicina del trabajo, higiene ocupacional, seguridad industrial, ergonomía, psicología laboral, enfermería ocupacional, etc.), que se dedican a evaluar las condiciones de trabajo y sus consecuencias en la salud, con el fin de prevenir cualquier daño que ellas puedan causar al trabajador.

En este sentido, la **evaluación de la exposición laboral** resulta ser un proceso fundamental para estimar la magnitud de aquellos agentes de riesgo causantes de las enfermedades profesionales teniendo en cuenta la gravedad de las consecuencias de dicha exposición, con el fin de implementar las medidas de control necesarias. Por ello se necesita recabar la información para tomar decisiones apropiadas con el fin de eliminar, sustituir, controlar o minimizar el nivel de exposición a cada uno de los agentes de riesgo presentes en el lugar o el sector de trabajo. Para cumplir este propósito, la SRT de Argentina tiene un amplio y nutrido desarrollo de normas y reglamentos de higiene y salud ocupacional con los cuales vigila las exposiciones en las empresas y hace seguimiento a los trabajadores expuestos (ver Anexo 5).

4.1 Salud y Cambio Climático

En el año 2018, la Secretaría de Gobierno de Salud creó la Mesa de Trabajo de Cambio Climático y Salud integrada por las siguientes áreas: Coordinación de Vectores, Coordinación de Zoonosis (ambas dependientes de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud), Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, Dirección Nacional de Equipamiento Médico y Recurso Físico en Salud, Dirección de Municipios y Comunidades Saludables y Coordinación de Políticas Socioambientales.

Aun cuando no existe resolución o norma oficial, el propósito de esta Mesa es contribuir al mantenimiento de una Política Nacional de Cambio Climático que minimice los riesgos sanitarios asociados. Uno de los productos de la iniciativa es el desarrollo del Diagnóstico de Situación 2018 de características descriptivas sobre la relación entre el clima y la salud en

Argentina en el período comprendido entre los años 2005 y 2017, contando con la colaboración de la Dirección Nacional de Cambio Climático y el Servicio Meteorológico Nacional. Se describen los efectos directos del clima en la salud (olas de frío y calor, inundaciones, sequías y vientos fuertes), efectos indirectos (enfermedades transmitidas por vectores, por roedores y por el agua, así como afectación de la salud del trabajador).

Además, se conformó una mesa ad-hoc olas de calor y salud, con el trabajo conjunto de la Coordinación y el Servicio Meteorológico Nacional se desarrolló el Sistema de Alerta Temprana por Olas de Calor y Salud (SAT-OCS) que alcanza a 57 localidades, distribuidas en el centro y norte del país y clasificando cuatro niveles de alerta con su asociado efecto en la salud <https://www.argentina.gob.ar/salud/desastres/cuidados-oladecolor>

El 20 de noviembre de 2019 el congreso de la Nación sancionó la ley de Presupuestos Mínimos de adaptación y mitigación al Cambio Climático Global, normativa que se suma al conjunto de instrumentos de derecho internacional que regulan el fenómeno del cambio climático, esto es, la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, el protocolo de Kioto y el Acuerdo de París, todos ratificados por el Estado argentino. La flamante normativa establece en gran parte de su articulado directrices y objetivos destinados a orientar las políticas públicas, a la vez que establece normas de alcance práctico.

4.2 Exposiciones ocupacionales desde la mirada nacional:

En este mismo sentido, Argentina ha realizado varias encuestas para describir y entender los efectos de las condiciones de trabajo y del empleo sobre la salud de los trabajadores. La 1ª. *Encuesta Nacional sobre Empleo, Trabajo, Condiciones, Medio Ambiente Laboral y Salud* fue realizada en 2009⁵ entre la SRT y el MTEySS, con el apoyo de la OISS y la Universidad Pompeu Fabra. Sus resultados indicaban que un tercio de los trabajadores encuestados consideraba que en su lugar de trabajo existía una situación entre regular y mala respecto a varios riesgos, a saber:

- Físicos: 20% expuestos a ruido permanente o intermitente, 13% a vibraciones, y una alta accidentalidad de 39% debida a insuficiencias en las condiciones de trabajo.
- Biológicos: 7% de expuestos
- Psico-sociales: 92% tenían alto nivel de atención, 70% del trabajo era repetitivo o de corta duración, y 68% respondía por múltiples tareas. Y que 1 de cada 4 encuestados atravesó por una situación de agresión o conflicto por parte de clientes, pacientes, alumnos o jefes.
- En cuanto a la protección personal, 5% manifestaron no tener dotación, y 8% de los que la tenían indicaron que no era adecuada.

Como consecuencia de estas exposiciones, los hombres se accidentaban más, mientras que las mujeres presentaban más enfermedades laborales y acudían al médico con más frecuencia que los hombres. Se concluyó que el trabajo afectaba su salud, y las patologías más frecuentes eran los trastornos músculo esqueléticos, las alergias, los trastornos cardiovasculares, el agotamiento y la depresión.

En 2015 se realizó otra encuesta sobre *Condiciones, Medio Ambiente de Trabajo y Salud en Pesca de Altura*⁶, teniendo presente que es una actividad de alto riesgo en el país, cuya accidentalidad alcanzó una incidencia de 177.9 por mil trabajadores para ese año, cifra que era dos veces mayor que el promedio de las demás actividades económicas. Por esta razón se estudió este tipo de trabajo de pesca marítima, con el fin de establecer un perfil de las patologías, conocer los factores de riesgo y los eventos en la salud, e identificar su relación con la organización del trabajo. Los resultados demostraron que:

- Es una ocupación eminentemente masculina y que 54% devenga por producción.
- La organización del trabajo era eminentemente nocturna 60,9%, 34,7% sin pausas durante el trabajo, y el 16,4% de los trabajadores no tenían vacaciones remuneradas.

⁵ Fuente: <https://www.srt.gob.ar/observatoriosrt/2017/02/15/titulo/>

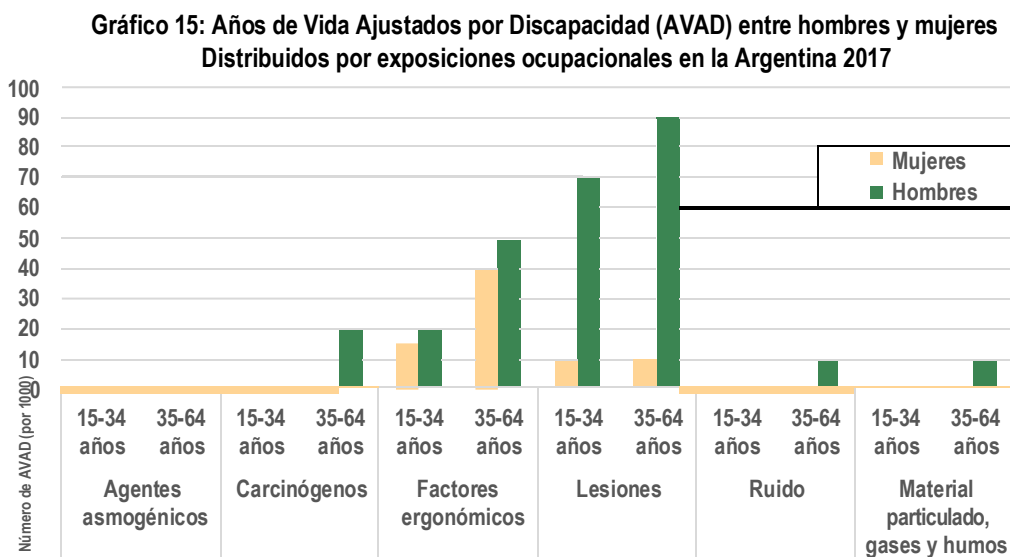
⁶ Fuente: <https://www.srt.gob.ar/observatoriosrt/2017/11/08/encuesta-de-condiciones-medio-ambiente-de-trabajo-y-salud-en-pesca-de-altura-argentina-2015/>

- Había deficiencias en el espacio de trabajo: 32% muy mala iluminación, 45% del espacio físico, 36% en la superficie de la embarcación, 20% en señalización y protección, y 38% del diseño de los puestos de trabajo.
- Estaban expuestos: a ruido 96%, a vibraciones 88%, a bajas temperaturas 82%, a estresores ergonómicos 72%, a las temperaturas 45% y a sustancias químicas 41%.
- Los expuestos a químicos aquejaban 60% mayor posibilidad de tener alteraciones de la vista y de la piel.
- Su exposición a riesgos psicosociales se centraba 37,25% en la carencia de autonomía para organizar el orden de las tareas y 35,55% para la forma de trabajar. La autopercepción de su salud se deterioraba cuando aumentaban los estresores ergonómicos.
- Los trabajadores informaron que el 73% tuvo afectación de su salud, 17,44% se accidentaron en el último año y 10% tuvo una enfermedad relacionada con el trabajo diagnosticada por un médico.

En 2018, Argentina inicia el trabajo de campo para la 2ª Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad⁷, que busca ampliar la cobertura de trabajadores de los sectores público y privado en todas las ramas de actividad económica, incluyendo a los trabajadores domésticos. La unidad de análisis son los trabajadores ocupados en la semana de referencia, en una muestra de 15,370 viviendas con representatividad nacional y por región, en ciudades del más de 2000 habitantes y rural agrupado. Se hicieron entrevistas presenciales en los hogares de los trabajadores aplicando una encuesta digital en la totalidad del territorio nacional. La encuesta abarcó una mayor cantidad de temas sobre características sociodemográficas, condiciones de empleo y derechos sociales, la organización y los tiempos de trabajo, la exposición a diferentes agentes de riesgo en los lugares de trabajo, equidad de género, salud de los trabajadores, relaciones laborales, capacitación e intermediación laboral, ingresos, trabajo doméstico y conciliación de la vida familiar y laboral. Se está a la espera de los resultados ya que su análisis debió finalizar al final de 2018.

4.3 Exposiciones ocupacionales desde la mirada internacional:

De acuerdo con la información disponible en el Instituto de Métricas en Salud y los estudios de carga de enfermedad realizados por ellos, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por exposición a riesgos ocupacionales para el 2017, indicaban que las lesiones (accidente de trabajo) eran el mayor riesgo en todos los hombres, los más jóvenes de 15-34 años y los mayores de 35-64 años. Mientras que las mujeres estaban mayoritariamente afectadas por la exposición a factores ergonómicos, con mayor frecuencia en el grupo de 35-64 años, como se observa en el Gráfico 15. Estos datos coinciden con los resultados antes mencionados en las encuestas realizadas por la SRT.

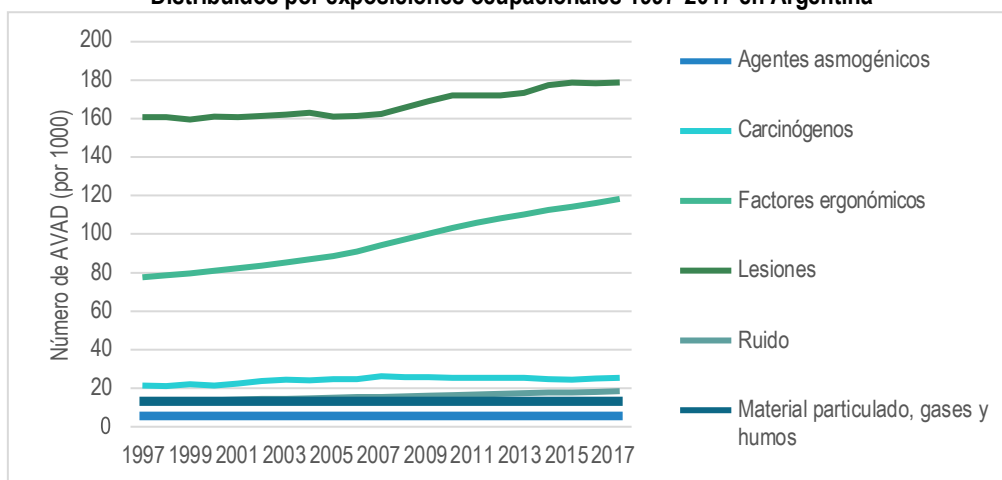


Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

⁷Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/srt/observatorio-srt/contacto/encuestas-salud-trabajo/ECETSS-2018>

De igual forma, en el Gráfico 16 recoge la información disponible de los últimos veinte años, desde 1997 hasta 2017, observando la tendencia histórica de estas exposiciones. Los AVAD mayoritariamente crecientes son los causados por lesiones y factores ergonómicos.

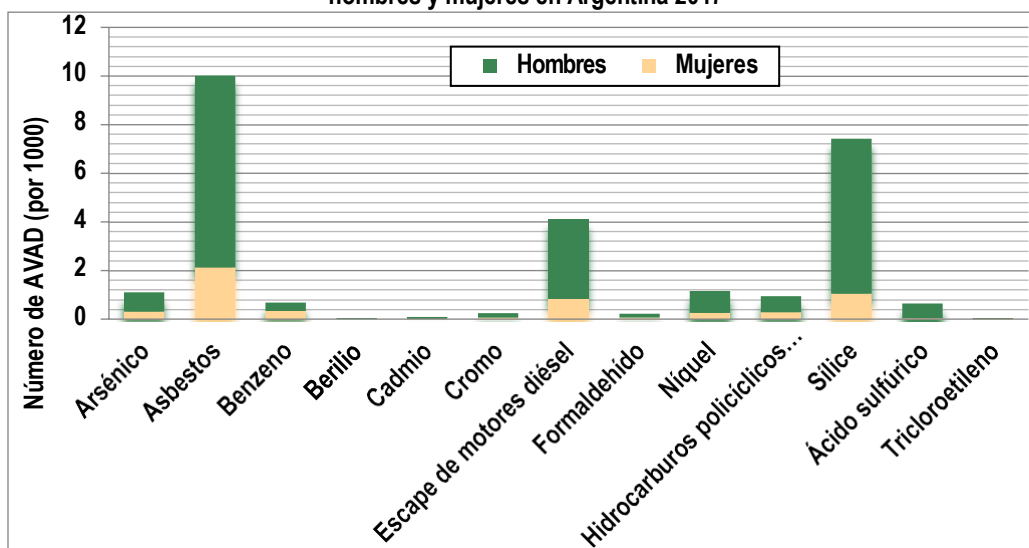
Gráfico 16: Tendencia de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) Distribuidos por exposiciones ocupacionales 1997-2017 en Argentina



Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

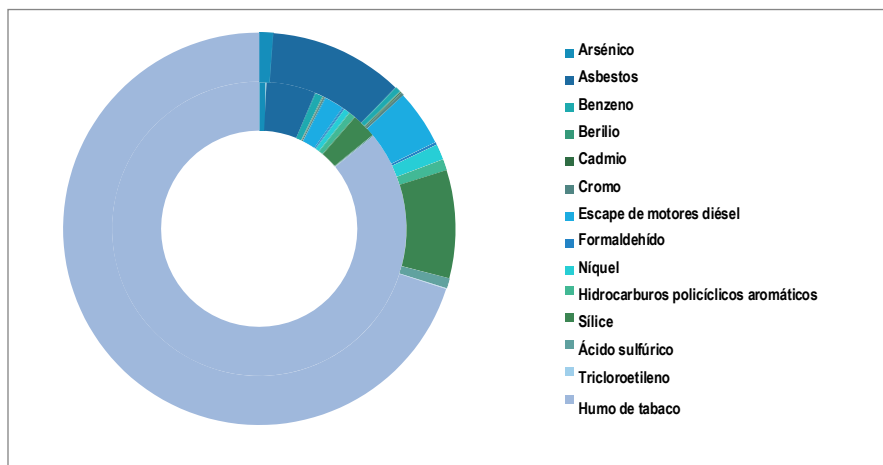
La estimación de la exposición ocupacional a sustancias cancerígenas es de gran importancia debido a la creciente ocurrencia del cáncer en el mundo como 1ª causa de mortalidad en la mayoría de los países. La eliminación de las exposiciones a cancerígenos en los lugares de trabajo se puede realizar si se conocen las prevalencias de exposición de los trabajadores a este tipo de sustancias. Este es el fundamento de la construcción de los proyectos nacionales de CAREX (matrices de exposición laboral a sustancias cancerígenas) que impulsa la OPS. En este sentido, la SRT ha avanzado en dos frentes: por un lado, en la estimación de estas matrices, con el fin de construir la evidencia para la toma de decisiones sobre el manejo de estas sustancias en los lugares de trabajo. Por el otro lado, recién sacó una Resolución mediante la cual la SRT crea el Sistema de Vigilancia y Control de Sustancias y Agentes Cancerígenos (SVCC) y aprueba el “Listado de Sustancias y Agentes Cancerígenos y la obligatoriedad de reportar la exposición a estas sustancias. Ahora bien, con base en los datos del Instituto de Métricas en Salud, en los Gráficos 17 y 18, la información disponible indica que las exposiciones más altas son al asbesto, la sílice y los escapes de motores diésel para hombres y mujeres.

Gráfico 17: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Exposiciones Ocupacionales a cancerígenos de hombres y mujeres en Argentina 2017



Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

Gráfico 18: Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por Exposiciones Ocupacionales a cancerígenos de hombres y mujeres en Argentina 2017



Fuente: Global Burden of Disease Study 2017. Institute for Health Metrics and Evaluation

5. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

De acuerdo con la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la OMS, los determinantes de la salud de la población son *las circunstancias en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen* (OMS, 2005), y ellas son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, el cual también depende de las políticas adoptadas. Los DSS explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación de salud, y también se establecen por el tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad.

El empleo y el trabajo son dos determinantes sociales de la salud plenamente reconocidos, dado que las condiciones de empleo y del trabajo juegan un rol crucial para determinar la salud de los trabajadores, y pueden originar múltiples inequidades entre los trabajadores, la sociedad misma y los sectores productivos (OPS, 2015). El empleo y el trabajo son fuentes de ingreso para el trabajador y su familia; son fuente de bienestar y estabilidad de acuerdo con las políticas y dinámicas sociales que los definen y caracterizan. En este sentido, las diferentes formas de empleo descritas por Benach y cols. (Empleo formal, desempleo, trabajo precario, trabajo/empleo informal, trabajo infantil, trabajo forzado y esclavitud) pueden originar inequidades, y afectar la salud teniendo en cuenta otras condiciones transversales como la clase o el poder social, la edad, el género, la etnicidad, el credo, la identidad de la persona y las migraciones, entre otros.

Teniendo presente lo anterior, las circunstancias o condiciones de vida de los trabajadores mejoran cuando se cuenta con políticas y leyes protectoras de los derechos a la salud y del trabajo, así como la presencia de prácticas y organizaciones asociativas, sean sindicatos u otras formas de agrupación. Estas tienen como fin defender y velar por los derechos de los sectores más vulnerables. Hacemos especial énfasis en la protección de la salud de los trabajadores, dado que un trabajador saludable es un trabajador productivo. En este sentido, Argentina cuenta con una legislación de larga data que protege los derechos de los trabajadores, basado en el mandato constitucional que así lo consigna en su Artículo 14 bis, a saber:

“Artículo 14 bis El trabajo en sus diversas formas gozará de la protección de las leyes, las que asegurarán al trabajador: condiciones dignas y equitativas de labor, jornada limitada; descanso y vacaciones pagados; retribución justa; salario mínimo vital móvil; igual remuneración por igual tarea; participación en las ganancias de las empresas, con control de la producción y colaboración en la dirección; protección contra el despido arbitrario; estabilidad del empleado público; organización sindical libre y democrática, reconocida por la simple inscripción en un registro especial. Queda garantizado a los gremios: concertar

convenios colectivos de trabajo; recurrir a la conciliación y al arbitraje; el derecho de huelga. Los representantes gremiales gozarán de las garantías necesarias para el cumplimiento de su gestión sindical y las relacionadas con la estabilidad de su empleo. El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna”.

Esta fue la base para reglamentar temas fundamentales de derecho laboral, tales como la jornada de trabajo, las convenciones colectivas, la conciliación de conflictos, las asociaciones sindicales, la contratación laboral, la higiene y seguridad en el trabajo, la antidiscriminación y los riesgos del trabajo, entre otros temas.

Para analizar la situación de los DSS en la población trabajadora Argentina, analizaremos varios aspectos para afrontar la problemática de la desigualdad social en salud que afecta tanto a toda la población como a la fuerza de trabajo. A título de ilustración, basado en el modelo de la Fundación Kaiser, hemos agrupado los DSS de los trabajadores en seis categorías, y dentro de ellas algunas de las variables que pueden causar un amplio espectro de efectos en la salud de los trabajadores (Gráfico 19).

Gráfico 19: Determinantes Sociales de la Salud de los Trabajadores

Estabilidad económica	Vecindad y Ambiente	Educación	Alimentación	Comunidad y contexto social	Sistemas de Salud
Trabajo	Vivienda	Alfabetismo	Hambre	Familia	Cobertura de salud
Ingresos	Transporte	Lenguaje	Disponibilidad de alimentos	Sindicato y gremios	Disponibilidad de proveedores y servicios
Gastos	Seguridad	Educación primaria temprana	Costo de canasta familiar	Integración social	Competencia lingüística y cultural del proveedor
Deudas	Parques de recreación	Entrenamiento vocacional	Acceso a opciones saludables	Sistemas de apoyo	Calidad de los cuidados
Gastos médicos y educativos	Espacios para caminar	Educación superior		Estrés	
Soporte				Discriminación	

Resultados en la salud
Mortalidad, morbilidad, accidentalidad, expectativa de vida, gastos en salud, estado de salud, limitaciones funcionales

Fuente: Adaptado y traducido al Español de: The Henry J. Kaiser Family Foundation
(<https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>)

Con base en el perfil demográfico, los indicadores laborales y el perfil productivo ya descritos en primeros capítulos 2 y 3 del panorama, y el esquema antes mencionado, abordaremos el tema dando una mirada analítica a la oportunidad y equidad en el mundo del trabajo (condiciones socioeconómicas y educativas), y las condiciones relativas a la equidad y la discriminación.

5.1 Oportunidad e inequidad en el mundo del trabajo: Condiciones Socioeconómicas y Educativas

a. Condiciones de vida

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) tiene por objeto caracterizar a la población en términos de su inserción socioeconómica, dando cuenta, entre otras cuestiones, de la participación de los hogares y la población en la distribución del producto social. Para ello, mide la satisfacción de necesidades en torno al acceso a la vivienda digna, a la educación

y la protección de la salud. La observancia de las características habitacionales busca identificar las condiciones de vida y de trabajo, para formular políticas de protección social dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la población. En este sentido, la EPH releva los indicadores que caracterizan los hogares en cuanto a: calidad de su estructura; protección con la que cuenta la población respecto del medio ambiente natural y de factores medio ambientales; condiciones de hacinamiento; y, acceso a los servicios públicos y de saneamiento que remiten a calidad de vida.

En la Tabla 11 se muestran las condiciones de vida de los hogares relevados por la EPH, observando un incremento en el número de hogares encuestados entre 2016 y 2018. Para el segundo semestre de 2018 puede observar que, en promedio, 80,5% de los hogares encuestados cuentan con buenas condiciones para la población que los ocupa. Si bien, los datos ofrecen un panorama muy positivo de las condiciones de vida, es menester focalizar la observancia y las políticas públicas sobre aquellos hogares que aún no cuentan con condiciones habitacionales adecuadas. De hecho, se observa que el 19,5% de los hogares están contruidos con materiales de calidad parcialmente insuficiente (12,7%) e insuficiente (6,8%).

El 2,4% de los hogares se encuentra con hacinamiento crítico, es decir aquellos en los que habitan más de tres personas por cuarto. Esto implica que los miembros de estos hogares tienen serias limitaciones en materia de privacidad, salud y generación de entornos aptos para el estudio y la socialización. Otro aspecto muy importante desde el punto de vista de salud es que el 14,1% de los hogares relevados no cuentan con saneamiento adecuado. Esto significa que presentan al menos una de estas características: a) no poseen baño, b) poseen el baño fuera del terreno, c) comparten el baño con otros hogares, d) el desagüe del baño no está conectado a la red pública (cloaca) (30%) ni tampoco a cámara séptica, o e) el baño no tiene descarga de agua (6%). Este último indicador es de suma importancia sobre las condiciones de saneamiento; y resulta ser una situación crítica dentro del conjunto de hogares que tienen saneamiento inadecuado. Asimismo, con relación a los servicios públicos, se observa que hay una importante cantidad de hogares (44%) que no acceden a algún servicio o red pública para acceder a agua corriente, cloacas, red de gas natural.

Todos estos indicadores nos muestran la importancia de atender la salud de los trabajadores en forma integral. La persona que trabaja tiene una vida dentro y fuera del trabajo, y desde la mirada de la salud pública, es menester integrar las políticas de salud con las de trabajo para atender la salud del trabajador, así como su salud familiar, comunitaria y colectiva. Es decir, más allá del ámbito laboral, debemos entender sus dimensiones en el ámbito social y las condiciones de vida en su país.

Tabla 11: Indicadores de condiciones de vida. Hogares. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre 2018

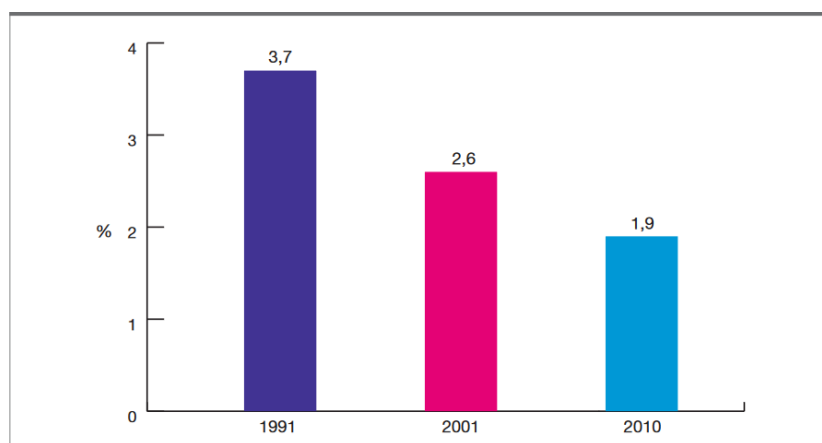
	2016		2017		2018	
	2do semestre	1er semestre	2do semestre	1er semestre	2do semestre	
Total de hogares	8.874.487	8.866.929	9.015.328	9.086.422	9.171.637	
Características habitacionales						
Calidad de los materiales de la vivienda						
Insuficiente	7,1	7,6	7,1	6,6	6,8	
Parcialmente insuficiente	12,3	13,1	12,9	13,0	12,7	
Suficiente	80,6	79,3	80,0	80,4	80,5	
Hacinamiento (*)						
Sin hacinamiento crítico	97,3	97,2	97,4	97,8	97,6	
Menos de 2 personas por cuarto	83,1	82,8	83,4	83,8	84,2	
De 2 a 3 personas por cuarto	14,2	14,4	14,0	14,0	13,4	
Con hacinamiento crítico (más de 3 personas por cuarto)	2,7	2,8	2,6	2,3	2,4	
Saneamiento (*)						
Adecuado	86,4	85,5	85,9	86,7	85,9	
Inadecuado	13,6	14,5	14,1	13,3	14,1	
Baño con descarga de agua (*)						
Tiene	93,7	93,6	93,7	94,3	94,0	
No tiene	6,3	6,4	6,3	5,7	6,0	
Disponibilidad de agua en la vivienda						
Dentro de la vivienda	97,1	97,4	97,0	97,5	97,2	
Red pública (agua corriente)	87,7	88,0	87,7	88,3	87,7	
Perforación con bomba a motor	9,2	9,2	9,1	9,0	9,3	
Perforación con bomba manual u otra fuente	— (*)	— (*)	— (*)	— (*)	— (*)	
Fuera de la vivienda	2,9	2,6	3,0	2,5	2,8	
Servicios públicos (*)						
Agua procedente de red pública (agua corriente)						
Accede	89,4	89,6	89,6	90,0	89,8	
No accede	10,6	10,4	10,4	10,0	10,2	
Desagüe del inodoro a red pública (cloaca)						
Accede	70,1	69,5	70,0	70,6	70,0	
No accede	29,9	30,5	30,0	29,4	30,0	
Gas de red						
Accede	71,4	70,1	71,2	70,8	70,4	
No accede	28,6	29,9	28,8	29,2	29,6	
No accede a algún servicio/red pública	44,0	44,7	44,1	44,3	44,4	
Características del hábitat						
Vivienda ubicada en zonas inundables (en los últimos 12 meses)						
(3 cuartos o menos)	7,1	7,4	6,3	6,6	6,4	
Más de 3 cuartos	11,2	12,0	11,0	11,2	11,1	
Régimen de tenencia de la vivienda (*)						
Propietario de la vivienda y el terreno	67,3	65,6	65,2	64,8	64,7	
Propietario de la vivienda solamente	4,7	5,4	4,9	5,8	5,7	
Inquilino/arrendatario de la vivienda	17,7	18,2	18,9	18,5	18,6	
Ocupante	6,6	9,1	9,2	9,1	9,2	
Otros	1,7	1,7	1,9	1,8	1,8	
Cobertura médica (*)						
Todos los miembros del hogar tienen cobertura sólo del sistema público	14,9	14,8	13,7	13,5	14,5	
Al menos un miembro del hogar cubierto sólo por sistema público	34,2	34,6	33,4	33,9	34,4	
Educación						
Clima educativo del hogar						
Muy bajo	7,6	7,6	6,8	6,6	6,3	
Bajo	37,0	36,5	36,3	35,7	35,2	
Medio	31,4	32,0	32,0	32,3	32,8	
Alto	13,3	13,6	13,9	14,4	14,5	
Muy alto	10,7	10,3	11,0	11,0	11,2	

Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares Segundo Semestre 2018

b. Educación

La Argentina tiene una larga trayectoria en educación gratuita, obligatoria y laica (Ley 1420 de Educación Común – 8 de julio de 1884) que explica el decrecimiento del analfabetismo (ver Gráfico 16), el amplio grado de alfabetismo y el alto nivel de desarrollo cultural y científico, pese a los diferentes ciclos económicos que ha atravesado el país a lo largo de su historia. Vale la pena destacar que el analfabetismo disminuyó casi un 50% en dos décadas de acuerdo con los resultados de tres últimos censos.

Gráfico 20: Tasa de analfabetismo de la población de 10 años y más. Total del país. Años 1991, 2001 y 2010



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

El sistema educativo argentino se estructura en cuatro niveles de enseñanza (inicial, primario, secundario y superior) y ocho modalidades (educación técnico-profesional, artística, especial, permanente para jóvenes y adultos, rural, intercultural-bilingüe, en contextos de privación de libertad y hospitalaria-domiciliaria). En la actualidad, los niveles Inicial (para las salas de 4 y 5 años), Primario y Secundario son de carácter obligatorio, garantizando un nivel mínimo de educación para todos.

Respecto a la educación superior, actualmente el país cuenta con 108 Universidades (56 Nacionales, 3 Provinciales y 49 Privadas) y 20 Institutos Universitarios (8 estatales y 12 privados). En la última década se generaron políticas para ampliar la educación universitaria, destinadas a facilitar el acceso a la enseñanza universitaria a los jóvenes cuyas familias no cuentan con estudios superiores y, por tanto, se constituyen como 1ª generación de estudiantes universitarios.

c. Clima educativo del hogar

El clima educativo del hogar hace referencia al promedio de años de escolaridad formal de los mayores de 18 años de cada hogar, lo que da lugar a un valor de clima educativo que luego se categoriza en diferentes niveles. De esta manera, a cada niño, niña o adolescente en edad escolar le corresponde el valor de clima educativo del hogar al que pertenece. La tabla 11 muestra que el 74,3% de los hogares relevados durante el segundo semestre de 2018 tienen un clima educativo medio (32,8%), bajo (35,2%) y muy bajo (6,3%). De allí que el estado haya desarrollado políticas públicas activas para elevar el nivel educativo de la población, buscando calificar la oferta de trabajo como se requiere en el uso de las nuevas tecnologías de la producción industrial.

La Tabla 12 muestra que existe una correlación entre el nivel educativo y la composición de la tasa de empleo. Se observa que, para el primer trimestre del 2019, el mayor porcentaje de participación en la tasa de empleo está distribuido entre las personas que han alcanzado un nivel Secundario completo (11,8%) y Superior y Universitario completo (10,1%). Por el contrario, aquellas personas que no tienen instrucción o no han completado el nivel primario son más frágiles en el mercado laboral.

También vale destacar que mientras el nivel educativo Superior y Universitario completo tiene una participación del 10,1% en la tasa de empleo, la calificación de la ocupación principal como profesional remite solo al 4,1% de la misma tasa. Ello evidencia un desfasaje entre los puestos de trabajo existentes y una sobre calificación de la población. Esto puede estar indicando una desindustrialización con precarización del país, e ingreso de nuevas formas de trabajo que no se logran detectar.

Tabla 12: Composición de la tasa de empleo. Total 31 aglomerados urbanos. 1° trimestre 2019

Indicador	Total 31 aglomerados urbanos				
	Año 2018				Año 2019
	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	4° trimestre	1° trimestre
Nivel educativo					
Primaria incompleta	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4
Primaria completa	6,1	5,8	5,8	5,7	5,9
Secundaria incompleta	6,9	7,1	7,3	6,8	6,8
Secundaria completa	11,9	11,8	12,0	11,7	11,8
Superior y universitaria incompleta	6,0	6,1	6,1	6,2	6,1
Superior y universitaria completa	9,9	9,6	9,8	10,2	10,1
Sin instrucción	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Calificación de la ocupación principal					
Profesional	4	4,1	4,3	4,2	4,1
Técnico	7,5	7,7	7,2	7,7	7,4
Operativo	21,6	21,1	21,2	20,8	21,1
No calcificado	8,8	8,5	9,2	9	9
No definido	0,5	0,5	0,4	0,6	0,7
Rama de actividad de la ocupación principal					
Actividades primarias	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
Industria manufacturera	5	4,8	4,7	4,6	4,8
Construcción	3,6	3,8	4	3,9	3,6
Comercio	7,6	7,7	7,9	7,8	7,8
Hoteles y restaurantes	1,9	1,8	1,7	1,7	1,7
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	3,1	3,1	3	3	3
Servicios financieros, de alquiler y empresariales	4,5	4,2	4,3	4,4	4,8
Administración pública, defensa y seguridad social	3,6	3,3	3,3	3,9	3,7
Enseñanza	3,4	3,5	3,6	3,5	3,3
Servicios sociales y salud	2,6	2,6	2,6	2,4	2,5
Servicio doméstico	3,1	3,1	3,3	3,3	3,4
Otros servicios comunitarios, sociales y personales	2,4	2,4	2,3	2,4	2,3
Otras ramas ¹	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
Actividades no bien especificadas	0,7	0,8	0,8	0,7	0,6

¹ Incluye "suministro de electricidad, gas y agua" y "organización y organismos extraterritoriales". Nota: las diferencias en la suma de los porcentajes se deben al redondeo de decimales.

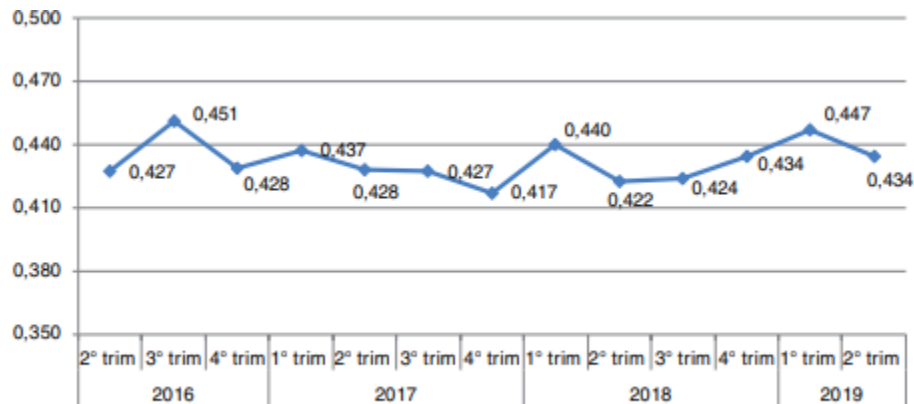
Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares

d. Distribución del ingreso

La EPH hace un relevamiento exhaustivo de los ingresos de los hogares encuestados. Los ingresos proceden de diferentes fuentes laborales: la ocupación principal, la ocupación secundaria y de otras ocupaciones que hubieren generado ingresos en el mes de referencia, así como de ingresos no laborales provenientes de jubilaciones/pensiones, subsidios, rentas de la propiedad derivadas de la producción o de inversiones financieras, además de otras transferencias.

Para analizar la situación de la distribución del ingreso, utilizaremos el Coeficiente de Gini. El coeficiente de Gini es una medida de desigualdad en la distribución del ingreso que toma valores comprendidos entre 0 y 1, en la que el valor “0” es la igualdad absoluta de todos los ingresos y el valor “1” es la desigualdad absoluta de todos los ingresos. El Gráfico 17 muestra la evolución de la distribución del ingreso de la población encuestada analizada con el índice de Gini entre 2016 y 2019.

Gráfico 21: Coeficiente de Gini del ingreso per cápita familiar de las personas. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo trimestre 2016-segundo trimestre 2019



Fuente: INDEC, Dirección de Encuesta Permanente de Hogares.

Durante el primer trimestre de 2019, el coeficiente de Gini fue de 0,447, y descendió en el segundo semestre a 0,434. Si bien ha habido algunas variaciones en los diferentes trimestres presentados, el índice muestra una cierta constancia respecto a la distribución del ingreso en Argentina, que, aunque fluctúa, tiende a ser progresivamente menos equitativa.

Otra manera de ver la desigualdad en el ingreso de la población ocupada se ilustra en la Tabla 13, donde observamos la población ocupada total distribuida en deciles según el ingreso de la ocupación principal. Si comparamos el decil 10 que percibe los más altos ingresos (28,3%) con el decil 1, el de menores ingresos percibidos (1,3%), hay una diferencia de 27 puntos porcentuales. A su vez, se observa una gran diferencia si tomamos la frecuencia acumulada del 1er al 5to decil (22,4%) en comparación con el porcentaje de ingreso del decil 10. Esto indica que la mitad de la población ocupada relevada no alcanza a percibir el mismo ingreso que el decil de mayor ingreso, con una diferencia observada de 5,9 puntos porcentuales entre ellos. Esto ratifica la desigualdad en el ingreso. Esta desigualdad impone un mayor impacto en la sobrevivencia familiar.

Si una familia de cuatro miembros compuesta por un varón y una mujer adultos y dos niños debe tener un ingreso familiar mínimo de \$ 29.493,65 para alcanzar el valor de la Canasta Básica Total (CBT) correspondiente al mes de mayo de 2019, entendemos la importancia de focalizar la atención en la distribución de los ingresos de la población ya que como se observa en la Tabla 14, la mitad de la población no cuenta con ingresos suficientes. De esta manera, los datos del INDEC muestran el importante deterioro que han sufrido los ingresos en el período de un año, ya que el valor de la canasta básica total de mayo de 2018 era de \$ 18.258,07. Es decir, hubo un aumento de los precios de la CBT en un 38,09%.

Tabla 13: Población ocupada según escala de ingreso de la ocupación principal. Total aglomerados urbanos. Primer trimestre de 2019

Decil	Escala de ingreso		Población (²)		Ingresos de la ocupación principal			
	Desde	Hasta	Población por decil	Porcentaje de personas	Ingreso total por decil (en miles)	Porcentaje del ingreso	Ingreso medio por decil	Ingreso medio por estrato
	\$	\$		%	\$	%	\$	\$
1	100	4.400	1.160.817	10,0	3.000.268	1,3	2.585	
2	4.400	8.000	1.160.503	10,0	7.072.390	3,0	6.094	
3	8.000	10.000	1.160.703	10,0	10.677.519	4,5	9.199	
4	10.000	15.000	1.159.991	10,0	14.324.001	6,0	12.348	7.556
5	15.000	17.000	1.161.521	10,0	18.070.399	7,6	15.558	
6	17.000	20.000	1.159.586	10,0	22.088.289	9,3	19.048	
7	20.000	25.000	1.160.359	10,0	25.356.877	10,7	21.853	
8	25.000	30.000	1.160.962	10,0	30.872.717	13,0	26.592	20.763
9	30.000	40.000	1.160.108	10,0	38.219.804	16,1	32.945	
10	40.000	390.000	1.160.237	10,0	67.112.129	28,3	57.844	45.395
Ocupados con ingresos (¹)			11.604.787	97,1	236.794.392	100,0	20.405	20.405
Ocupados sin ingresos			342.230	2,9				
Población ocupada			11.947.017	100,0				

(¹) La suma del porcentaje de población ocupada por decil corresponde al total de población ocupada con ingresos.

(²) A partir del primer trimestre de 2019 se incorporan a la medición las áreas faltantes en un conjunto de aglomerados, por lo tanto, las poblaciones de referencia no son estrictamente comparables con los trimestres anteriores (ver "Acerca de la cobertura geográfica" en el anexo metodológico).

Fuente: INDEC. Dirección de Encuesta Permanente de Hogares.

Tabla 14: Hogares según escala de ingreso total familiar. Total aglomerados urbanos. Primer trimestre de 2019

Decil	Escala de ingreso		Población (²)				Ingreso total familiar		
	Desde	Hasta	Hogares por decil	Porcentaje de hogares	Población por decil	Porcentaje de personas	Ingreso total por decil (en miles)	Porcentaje del ingreso	Ingreso medio por decil
	\$	\$		%		%	\$	%	\$
1	200	11.500	933.865	10,0	2.134.871	7,6	7.398.506	1,9	7.923
2	11.540	16.400	932.114	10,0	2.358.394	8,4	13.169.281	3,5	14.128
3	16.400	21.000	932.970	10,0	2.443.234	8,7	17.392.074	4,6	18.642
4	21.000	25.600	933.516	10,0	2.743.376	9,8	21.735.481	5,7	23.284
5	25.600	31.000	933.428	10,0	2.786.420	9,9	26.587.384	7,0	28.484
6	31.000	38.030	932.133	10,0	3.040.957	10,8	32.242.099	8,5	34.590
7	38.150	46.500	934.138	10,0	3.076.783	10,9	39.503.696	10,4	42.289
8	46.500	58.000	933.830	10,0	3.167.433	11,3	48.409.725	12,7	51.840
9	58.000	78.500	931.215	10,0	3.139.592	11,2	62.151.994	16,4	66.743
10	78.800	2.013.299	932.431	10,0	3.240.807	11,5	111.438.418	29,3	119.514
Hogares con ingresos (¹)			9.329.640	99,3	28.131.867	100,0	380.028.659	100,0	40.734
Hogares sin ingresos			66.434	0,7	128.633				
Total de hogares			9.396.074	100,0	28.260.500				

(¹) La suma del porcentaje de hogares por decil corresponde al total de hogares con ingresos.

(²) A partir del primer trimestre de 2019 se incorporan a la medición las áreas faltantes en un conjunto de aglomerados, por lo tanto, las poblaciones de referencia no son estrictamente comparables con los trimestres anteriores (ver "Acerca de la cobertura geográfica" en el anexo metodológico).

Fuente: INDEC. Dirección de Encuesta Permanente de Hogares.

e. Pobreza e indigencia

Desde los años 90, Argentina comienza a registrar los niveles de pobreza más altos de su historia. Hasta entonces, nunca había superado los dos dígitos. En ese momento, y por primera vez, se observó el fenómeno de crecimiento económico y crecimiento de la pobreza de manera simultánea, generando una sociedad dual.

El INDEC mide la pobreza mediante el método de la "línea de pobreza" (LP) que consiste en establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si estos tienen capacidad de satisfacer –por medio de la compra de bienes y servicios, un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.) consideradas esenciales. El concepto de "línea de indigencia" (LI) procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes

como para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. De acuerdo con los últimos datos del INDEC, durante el segundo semestre del 2018 la pobreza alcanzó al 32% de la población, siendo que los pobres indigentes constituyeron el 6,7% del total de pobres de la cifra indicada (Gráfico 22).

Dado que los requerimientos nutricionales son diferentes según la edad, el sexo y la actividad de las personas, es necesario hacer una adecuación que refleje las características de cada individuo en relación con esas variables, para lo cual se toma como unidad de referencia al varón adulto, de 30 a 60 años, con actividad moderada. A esta unidad de referencia se la denomina “adulto equivalente”.

Gráfico 22: Pobreza e indigencia. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre 2018



Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de hogares

Desde la mirada internacional, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) ⁸ resulta ser una herramienta analítica reconocida para identificar a la población vulnerable, ya que detecta patrones de pobreza y brinda información a los tomadores de decisiones con el fin de focalizar sus recursos y diseñar políticas de mayor efectividad para sus pobladores. El índice fue desarrollado conjuntamente por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Instituto de Pobreza y Desarrollo Humano de Oxford (OPHI) en la Universidad de Oxford. La virtud que tiene el IPM, es que mide cómo las personas experimentan la pobreza en su salud, su educación y su nivel de vida, más allá de los ingresos como indicador exclusivo de pobreza. El índice evalúa la pobreza a nivel individual y tiene tres dimensiones (educación, salud y estándares de vida) como se ilustra en el Gráfico 19⁹.

Gráfico 23: Indicadores y dimensiones del IMP



Fuente: Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), 2019

⁸ Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)

⁹ Oxford Poverty and human development index, 2014 [cited 2019 Nov 8]. Available from: <https://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/OPHIWP111.pdf>

El informe del *IPM de 2019: Iluminando las inequidades*¹⁰ ofrece datos de 101 países, que cubren el 76% de la población mundial. Permite ver las diferencias sobre la forma como las personas experimentan la pobreza, y revela las grandes desigualdades entre países y entre quienes están en situación de pobreza. Por tanto, indica que no es posible continuar categorizando a los países de pobres o ricos. Por el contrario, el informe revela que *más de dos tercios — 886 millones— de los más de 1.300 millones de personas que viven en situación de pobreza multidimensional*, viven en países de renta media; que entre ellos varía la intensidad de la pobreza, que los más afectados son los niños y las niñas, siendo 1 de cada 3 niños, al comparar con 1 de cada 6 adultos. Es decir, son casi la mitad de las personas en situación de pobreza multidimensional (663 millones de niñas y niños), y los más pequeños son quienes más se afectan.

En el informe de 2016, Argentina se identifica como un país relativamente rico (análisis de datos de 2005). La composición del IMP por cada indicador en Argentina fue de 41% por años de escolaridad – el que mayor contribuyó al indicador-, seguido por saneamiento (11%), bienes (11%) y combustibles para cocinar (11%). La evaluación total indicó que su IPM era de 0,011, con un registro de pobreza de 2% y 5,7% de la población vulnerable a la pobreza, como se observa en la Tabla 15.

Tabla 15: Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) a nivel nacional, Argentina, 2005

Índice Multidimensional de Pobreza (MPI=H*A)	Incidencia de Pobreza (H)	Intensidad promedio entre los pobres (A)	Porcentaje de población vulnerable a la pobreza	Inequidad entre el IMP pobre
0.011	3.0%	37.7%	5.7%	0.2%

Fuente: Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) (1)

Al compararse con otros países de América Latina, estaba en un rango mejor, lo que ratificaba que pese a su riqueza persistían niveles significativos de pobreza. No obstante, los datos del INDEC parecen indicar que esta situación se ha incrementado, aspecto que no se puede comparar con el IMP porque no análisis disponibles con datos más actualizados para el 2019.

En contraste, es importante mencionar el Índice de Desarrollo Humano (IDH) (PNUD, 2018). Argentina está en el ranking de 47 entre 189 países, con un valor de 0.825, por debajo de Chile y encima de muchos países de América Latina. El IDH tiene en cuenta: la expectativa de vida al nacer relacionado con el ODS3 (76,7), los años de escolaridad esperados relacionado con el ODS 4.3 (17,4), el promedio de años de escolaridad relacionado con el ODS 4.6 (9,9) y el Producto Interno Bruto per cápita (PPP\$) relacionado con el ODS 8.5 (18,461). No obstante, ajustado por las inequidades el índice baja a 0,707, lo que significa que se las requiere entender y atender.

f. Ingresos del Sistema Universal de Seguridad Social

En Argentina existe una amplia cobertura poblacional de la seguridad social, la cual está conformada por las ramas previsional, pensiones no contributivas, asignaciones familiares, desempleo y riesgos del trabajo. Varias de ellas contribuyen a los ingresos de los afiliados al sistema.

1) Sistema Integrado Previsional Argentino -SIPA

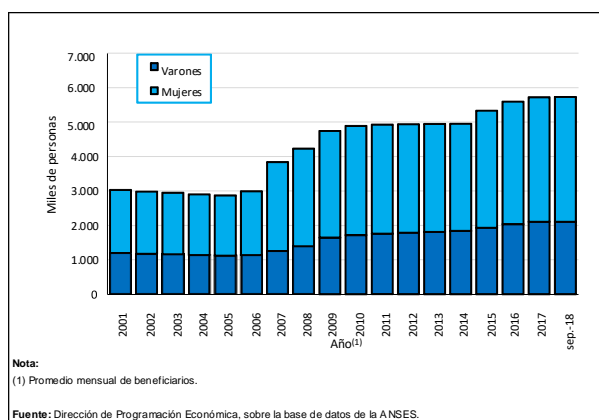
La Argentina cuenta con una larga tradición legislativa con relación al régimen de jubilaciones y pensiones que se remonta a los inicios del Siglo XX. En la década de los 90 se produjo una modificación de la lógica histórica del sistema previsional a través de la implementación de un régimen mixto (reparto y capitalización) en beneficio de los capitales financieros más

¹⁰ *Global Multidimensional Poverty Index: illuminating inequalities*. 2019 United Nations Development Programme and Oxford Poverty and Human Development Initiative, 2019

concentrados. En 2008 (Ley 26.425) se unificó el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones con el régimen de capitalización individual en un único régimen previsional público.

De esta manera, el SIPA es un sistema solidario intergeneracional financiado por los trabajadores activos, los empleadores, los trabajadores autónomos e impuestos del Estado Nacional. El gráfico 24 muestra la evolución del SIPA en los últimos 18 años. De acuerdo con los datos suministrados por el ANSES, en septiembre de 2018 se contaban con 5.729.832 beneficiarios; esto es alrededor del 13% de la población total.

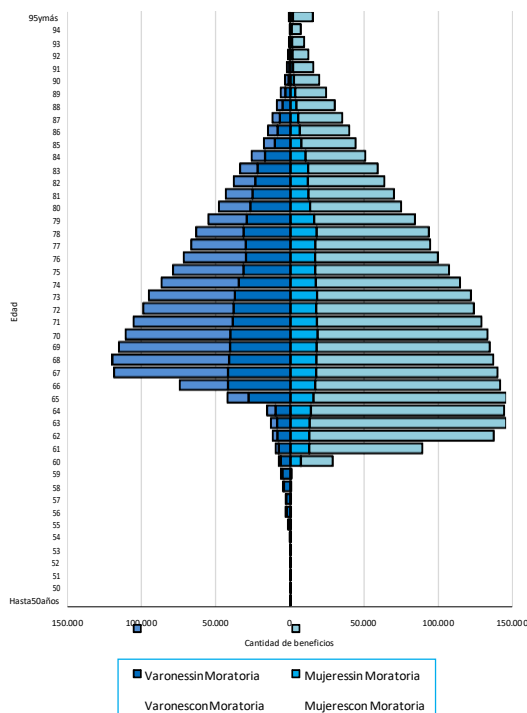
Gráfico 24: Beneficiarios del sistema integrado previsional argentino según sexo. 2001 - 2018



En el Gráfico 25 ilustra la composición de los beneficiarios del SIPA. Se observa que las edades de mayor frecuencia son 65 años en mujeres y 68 en varones. Dada la mayor longevidad de las mujeres en el gráfico se ve cómo hacia la punta de la pirámide se disminuye la cantidad de varones jubilados en comparación con las mujeres.

Gráfico 25: Beneficios de jubilaciones por vejez ley 24.241 según sexo y edad. Septiembre 2018

Excluidos Regímenes Especiales y Retiros Personal Policial / Serv. Penit. Prov. Transf.



NOTA: (1) No incluye casos sin información de sexo

Fuente: Dirección de Programación Económica, sobre la base de datos de la ANSES.

2) Pensiones No Contributivas

Las pensiones no contributivas (PNC) son los beneficios obtenidos sin vinculación con la trayectoria laboral, y provienen de diferentes situaciones vitales como se ilustra en la Tabla 16.

Tabla 16: Pensiones no contributivas según tipo de beneficio. 2001-2018

Año(1)	Total	TIPO DE BENEFICIO						
		Asistenciales				Leyes especiales	Graciables	Ex combatiente s Malvinas
		Total	Invalidez	Vejez	Madre de 7 o más hijos			
2001	340.84	170.68	75.94	41.73	53.00	2.15	154.00	14.007
2002	331.55	171.79	76.89	40.51	54.38	2.04	143.55	14.161
2003	341.37	179.46	80.59	40.99	57.87	1.97	145.53	14.403
2004	362.70	204.38	89.40	50.32	64.65	1.95	141.89	14.469
2005	433.13	278.88	123.45	70.94	84.48	1.92	137.43	14.891
2006	503.49	347.22	154.69	86.54	105.98	1.94	135.30	19.025
2007	584.09	430.74	201.47	92.65	136.61	1.91	131.64	19.794
2008	673.54	526.97	264.31	81.50	181.16	1.88	124.36	20.316
2009	819.33	678.68	372.71	71.06	234.90	1.87	118.15	20.623
2010	979.95	843.22	504.94	56.53	281.74	1.84	114.02	20.855
2011	1.134.74	1.002.631	654.73	45.81	302.08	1.82	109.20	21.095
2012	1.279.34	1.151.713	795.77	37.33	318.60	1.76	104.48	21.377
2013	1.399.18	1.277.482	917.39	29.65	330.43	1.70	98.33	21.662
2014	1.495.37	1.378.747	1.018.16	23.81	336.76	1.67	93.06	21.887
2015	1.521.68	1.409.012	1.058.83	17.29	332.88	2.85	87.78	22.030
2016	1.494.91	1.390.872	1.059.61	11.72	319.53	4.91	76.98	22.141
2017	1.488.86	1.390.560	1.073.92	6.09	310.54	6.29	69.79	22.211
sep-18	1.454.16	1.357.015	1.047.70	2.47	306.83	8.89	66.03	22.213

Nota: (1) Promedio mensual Fuente: Dirección de Programación Económica sobre la base de datos de la ANSES

En el período del 2001 al 2018 hubo un aumento de la cantidad del total de beneficiarios de 426%, dentro de lo cual, debe destacarse que las pensiones por invalidez crecieron, en mayor medida que las demás, en un 1.279%.

3) Asignaciones familiares

Las asignaciones familiares son una suma fija que se otorga bien sea mediante pago mensual o pago único, de acuerdo con la naturaleza de la prestación. Dichas asignaciones se dan por hijo, hijo discapacitado, prenatal, ayuda escolar, matrimonio, maternidad, nacimiento, adopción, cónyuge, Asignación por Embarazo para Protección Social y Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH). Vale aclarar que el ámbito de aplicación de estas dos últimas asignaciones es el de mujeres embarazadas y niños, niñas y adolescentes residentes en nuestro país que pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o trabajadores que se desempeñen en la economía informal. En la Tabla 17 muestra la diversidad de situaciones contempladas en la legislación argentina de seguridad social.

Tabla 17: Asignaciones familiares según tipo de beneficio y titular. Octubre 2017- Septiembre 2018

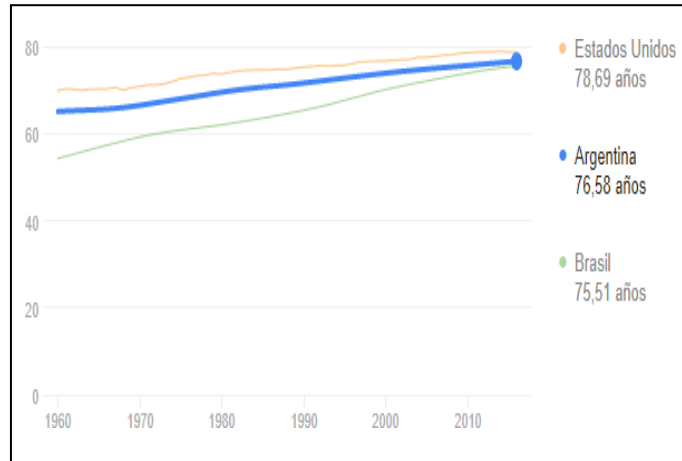
TIPO DE BENEFICARIO	TITULAR	AÑO 2017					AÑO 2018						
		OCT	NOV	DIC	E NE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
TOTAL		9.898.313	10.013.777	10.120.959	13.399.636	13.019.369	10.792.642	10.190.304	10.292.054	10.189.686	9.996.424	9.761.318	9.815.901
SUBTOTAL CON TRIBUTIVO		4.287.473	4.284.912	4.326.244	7.626.213	4.779.055	4.546.906	4.521.999	4.477.109	4.324.585	4.044.731	3.941.121	4.004.384
SUBTOTAL SIN TRIBUTIVO		5.610.840	5.728.865	5.794.715	5.773.423	8.240.314	5.645.736	5.668.305	5.814.945	5.861.895	5.911.693	5.814.197	5.811.517
Sector de bienestar social y dependencia	Hijo discapacitado	102.748	103.211	102.996	103.030	103.780	104.214	104.818	105.990	106.647	106.001	106.246	106.688
	Hijo	149.735	15.836	79.543	2.905.907	208.058	32.899	48.256	46.214	20.602	12.496	11.936	11.820
	Maternidad	22.741	22.428	22.436	22.900	22.919	22.899	22.779	21.905	22.251	21.938	21.611	21.898
	Nacimiento	10.128	9.903	12.019	8.157	6.674	15.559	14.970	10.965	10.939	10.496	9.611	9.050
Maternidad	Hijo	233	241	316	236	216	356	435	361	402	289	236	222
	Hijo discapacitado	338.858	33	338.924	33	33	338.853	341.340	345.228	351.768	363.156	369.479	373.384
	Hijo	857	868	866	871	884	898	948	968	992	10.866	10.496	10.695
Maternidad	Hijo	334	322	314	299	297	294	316	321	323	328	324	336
	Hijo discapacitado	308	401	416	25.476	30.856	4.84	6.294	7.743	2.971	2.682	2.681	13.990
	Hijo	47.424	44.142	47.005	45.242	43.340	44.195	43.296	44.849	46.361	46.583	46.128	50.870
SUBTOTAL CON TRIBUTIVO		4.287.473	4.284.912	4.326.244	7.626.213	4.779.055	4.546.906	4.521.999	4.477.109	4.324.585	4.044.731	3.941.121	4.004.384
SUBTOTAL SIN TRIBUTIVO		5.610.840	5.728.865	5.794.715	5.773.423	8.240.314	5.645.736	5.668.305	5.814.945	5.861.895	5.911.693	5.814.197	5.811.517
SIP	Hijo discapacitado	203.136	203.136	203.136	203.136	203.136	203.136	203.136	203.136	203.136	203.136	203.136	203.136
	Hijo	740.678	740.678	740.678	740.678	740.678	740.678	740.678	740.678	740.678	740.678	740.678	740.678
	Hijo discapacitado	9219	10.887	10.458	10.765	10.892	11.727	11.780	12.472	12.510	13.028	12.307	12.749
	Hijo	61.224	61.937	62.993	63.434	62.241	66.660	66.804	70.935	70.163	70.223	73.178	74.219
Sector de PUA	Hijo discapacitado	1447	2540	2902	4763	5081	5298	5368	5385	5795	5392	5307	5216
	Hijo	131	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Hijo discapacitado	293	333	444	509	543	543	580	637	648	734	747	747
	Hijo	48	58	59	61	68	68	68	68	68	68	68	68
Sector de AUH	Hijo discapacitado	38	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	Hijo	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
	Hijo discapacitado	4444	4444	4444	4444	4444	4444	4444	4444	4444	4444	4444	4444
	Hijo	3.981.802	3.981.802	3.981.802	3.981.802	3.981.802	3.981.802	3.981.802	3.981.802	3.981.802	3.981.802	3.981.802	3.981.802
Unidad de AUH	Hijo discapacitado	29.860	29.232	29.232	29.677	29.694	29.938	30.444	31.026	32.233	33.990	32.907	33.900
	Hijo	115.040	117.275	117.855	115.961	112.655	106.841	100.308	90.987	81.886	80.738	78.887	80.901
	Hijo	19.940	20.718	20.392	20.670	20.689	20.992	20.747	20.747	20.747	20.747	20.747	20.747

Nota: (1) Una misma persona puede recibir múltiples prestaciones, por ejemplo, asignación por hijo y ayuda escolar

Fuente: Dirección de Programación Económica, sobre base de datos ANSES

En general, se puede concluir que las políticas de prestaciones sociales brindan mayores ingresos que permiten generar mejores condiciones de vida y mayor longevidad, prolongando la esperanza de vida al nacer. El Gráfico 26 muestra la esperanza de vida al nacer de 76,58 años para ambos sexos en 2016 en Argentina.

Gráfico 26. Esperanza de vida al nacer comparativo de la Argentina con Estados Unidos y Brasil, 2016



Fuente: Banco Mundial

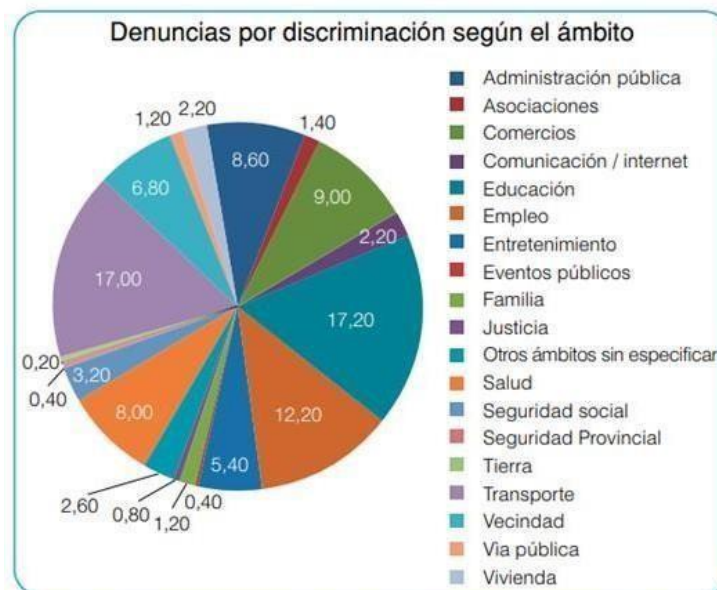
5.2 Condiciones relativas a la equidad en materia de género, etnia, cultura y discapacidad

Las condiciones relativas a la equidad para la salud de los trabajadores se refieren a las condiciones de igualdad que se deben brindar en todo lugar de trabajo, tanto a los derechos fundamentales del trabajo definidos por la OIT, como al trato equitativo a los servicios de salud, y al trato digno, respetuoso y equitativo a que tienen derecho todos los trabajadores y las trabajadoras, en todos los órdenes del trabajo. Es decir, para ser contratados, remunerados, atendidos y protegidos para su salud, seguridad y bienestar en el trabajo, sin distinción de sexo, etnia, credo, cultura o limitación física, mental o de cualquier otro orden. A manera de ejemplo, podemos citar los actos de selección adversa en un proceso de selección, la diferencia de remuneración entre hombres y mujeres con el mismo nivel de responsabilidad, la segregación de género y los techos invisibles para acceder a mejores oportunidades laborales, por citar algunos ejemplos. Todos son considerados deletéreos para la salud, la seguridad y el bienestar de las y los trabajadores.

a. Discriminación

Teniendo en cuenta las consecuencias de las diferentes formas de discriminación sobre la salud y el bienestar de la población en general, y las y los trabajadores en particular, desde mediados de la década de los 80, en Argentina se formulan y viene implementando políticas al respecto. Con la creación del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) y la sanción de la Ley 23.592 de Actos Discriminatorios, se condenan los actos de aquellos que efectúen algún hecho discriminatorio relacionado con características de raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos. En el gráfico 27 se muestra la distribución de denuncias por discriminación recibidas por el INADI de acuerdo con el ámbito en el que se produjeron dichos actos. En el caso del ámbito laboral hay 12,2% del total de las denuncias, lo que significa que persisten inequidades por discriminación.

Gráfico 27: Denuncias por discriminación según el ámbito. Primer semestre 2018



Fuente: Dirección de Asistencia a la Víctima, INADI, primer semestre de 2018.

b. Género

La Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en donde ellas desarrollan sus relaciones interpersonales (Ley N° 26.485) definió diferentes modalidades de violencia y estableció los ámbitos de competencia específicos para el abordaje de la violencia en sus diferentes manifestaciones. La violencia laboral contra las mujeres se define como aquella que las discrimina en los ámbitos de trabajo públicos y privados, y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, edad, maternidad, apariencia física o la realización de pruebas de embarazo. También es violencia contra las mujeres quebrantar el derecho a equidad remuneración por igual tarea o función, al igual que el hostigamiento sistemático sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.

A pesar de la legislación vigente, la participación de las mujeres en el ámbito laboral y económico no es igual que los varones. Ellas tienen una tasa de empleo más baja; y están presentes en mayor proporción que los hombres en los oficios considerados “propios de las mujeres”, como la salud (mujeres 71,2% - varones 28,8%), la educación (mujeres 73,6% - varones 26,4%) y el servicio doméstico (mujeres 98,7% - varones 1,3%). Esto perpetúa el fenómeno de *segregación de género*, en el que no solo extienden sus actividades domésticas (ámbito de la reproducción social), sino que no se les permite acceder a otros tipos de trabajos con poder de decisión. Solamente en el sector de servicios se observa una participación más equitativa (varones 55,6%- mujeres 44,4%). Adicionalmente, para ellas persiste la problemática de la brecha salarial con los hombres. La brecha llega a ser de 21-24% para asalariados registrados, y de 35% para asalariados no registrados, como se ilustra en la Tabla 18.

Tabla 18: Salario promedio personas registradas del sector privado y brecha salarial 2016

Trimestre/Año	Ingreso Promedio		Brecha salarial
	Mujeres	Hombres	
4° 2016	\$ 19.860,00	\$ 25.978,00	23,5

Fuentes: Elaboración SSPTyEL, MTEySS, en base al SIPA.

Asimismo, se debe sumar el fenómeno denominado “los techos de cristal”, que evita su ascenso en la jerarquía de las organizaciones donde trabajan. La encuesta sobre *Trabajo No Remunerado y uso del tiempo* del INDEC revela que sólo

un tercio de los puestos jerárquicos como resto de dotación de administración está ocupado mayoritariamente por mujeres (54%); mientras que los hombres son mayoría en los demás cargos (61-67%), a pesar de que ellas son quienes cuentan con una mayor calificación en todos los niveles educativos (gráficos 28 y 29), lo que contrasta con las tasas de desocupación más altas para las mujeres.

Gráfico 28:
Tasa de desocupación según sexo y edad. Total aglomerados relevados. Tercer trimestre de 2017.

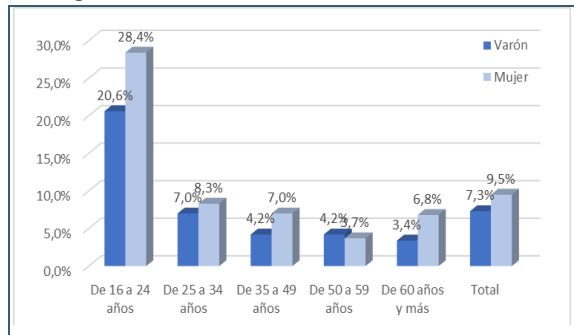
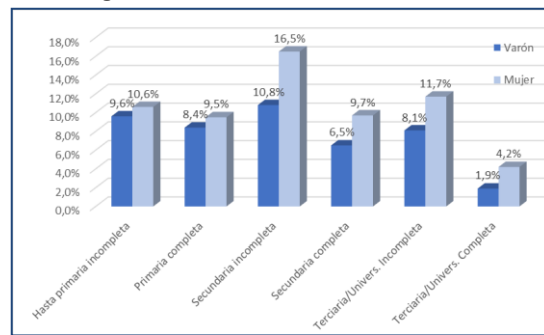


Gráfico 29:
Tasa de desocupación según sexo por nivel de educación. Total aglomerados relevados. Tercer trimestre de 2017.

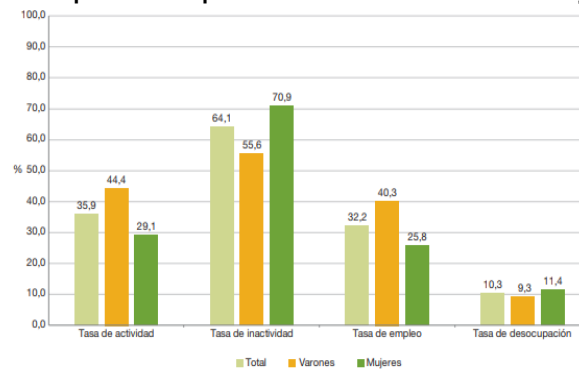


Fuente: DGEMyEL - MTEySS, en base a datos de la EPH - INDEC

c. Empleo y discapacidad

El Censo 2010 considera “personas con dificultad o limitación permanente” a aquellas que declaran tener “limitación en las actividades diarias y restricciones en la participación, que se originan en una deficiencia (visual, auditiva, para la marcha, prensión de objetos, comprensión, aprendizaje, etc.) y que afectan a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social (personal, familiar, educación, recreación, trabajo, etc.)”. Para el 2010 la población con limitación permanente constituía el 12,9% de la población total y su proporción aumentaba por grupos etarios en la medida que aumentaba la edad. Estas limitaciones pueden afectar el ingreso a la fuerza de trabajo. Aunque la tasa de desempleo es similar a la de la población total como se observa en el Gráfico 30, pero al comparar también se observa que la tasa de empleo y de actividad son mucho menores.

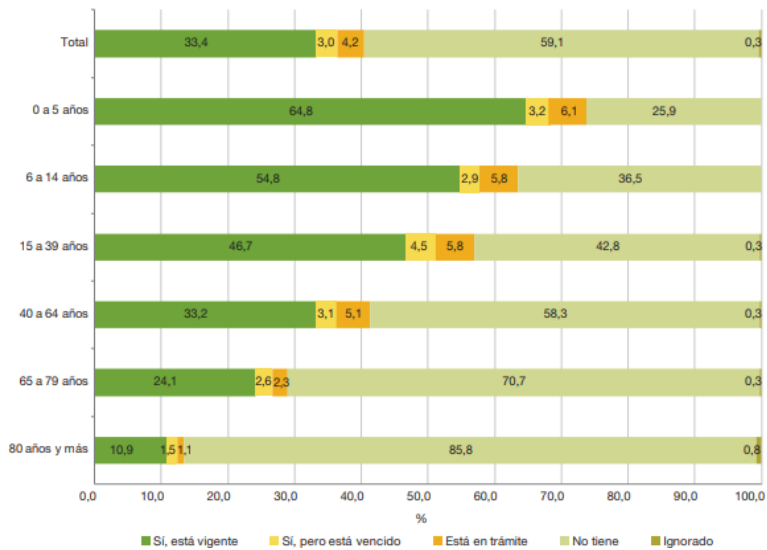
Gráfico 30: Tasas de actividad, de inactividad, de empleo y de desocupación, Distribuidas por sexo en población con dificultad de 14 años y más.



Fuente: INDEC. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad 2018.

En el gráfico 31 se observa la tenencia y vigencia del certificado de discapacidad de la población con discapacidad. En la medida que aumenta la edad se disminuye la posesión del Certificado Único de Discapacidad, lo que implica que las personas no pueden gozar de los beneficios que otorga la ley en términos de igualdad de oportunidades, incluyendo el acceso al trabajo.

Gráfico 31: Población con dificultad, distribuida por tenencia y vigencia del certificado de discapacidad y grupos de edad



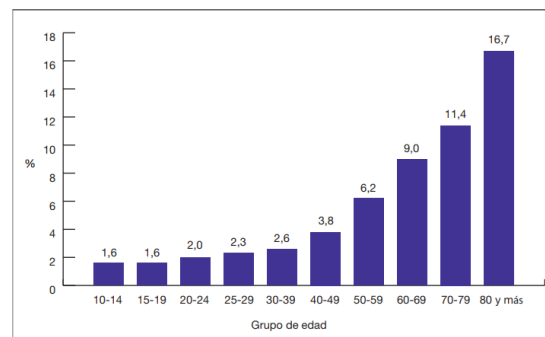
Fuente: INDEC Estudio Nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad 2018

En la medida que se aumenta el número de limitaciones de la persona, es más difícil su acceso al trabajo. El INDEC indica que el 9,4% de la población con discapacidad es analfabeta. A medida que aumenta la cantidad de dificultades que presenta la población de 10 años y más con dificultad, se incrementa el porcentaje de analfabetismo.

d. Pueblos originarios

De acuerdo con el censo 2010, la población originaria auto reconocida es de 955.032 personas en todo el país, lo que representa un 2,4% del total de la población nacional. En los últimos diez años la Argentina ha ejecutado políticas inclusivas respecto a los pueblos originarios, una población largamente vulnerada. Con base en estas políticas, se han mejorado sus condiciones de vida a partir de la inclusión observada en el analfabetismo, la salud y el sistema previsional. Entre 2005 y 2010 este grupo de personas tuvo un descenso progresivo de 2,3% de analfabetismo. Sin embargo, este sigue siendo mayor con relación a la población total (1,9%), ya que el 3,7% de las personas que se auto reconocen como originarias o descendientes de pueblos indígenas es analfabeta. Ahora bien, si se focaliza en el analfabetismo por grupos etarios (Gráfico 32) se observa que a medida que disminuye la edad de la población disminuye el alfabetismo, lo que da cuenta del progreso por implementación de políticas inclusivas.

Gráfico 32: Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios analfabeta de 10 años y más en viviendas particulares distribuidos por grupo de edad. Total del país. Año 2010



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

De igual forma, el Censo 2010 registró un aumento de 15,1% en la cobertura de salud de la población originaria desde el 2005, al igual que con las viviendas particulares, como se registra en los Gráficos 33 y 34. La población originaria que recibe jubilación y/o pensión alcanzó el 89,7%, pues cinco años se aumentó la cobertura en 29,3% desde el 2005.

Gráfico 33: Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios en viviendas particulares con cobertura de salud. Total del país. años 2004-2005 y 2010

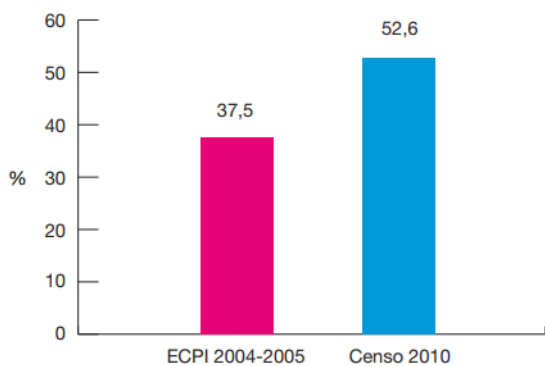
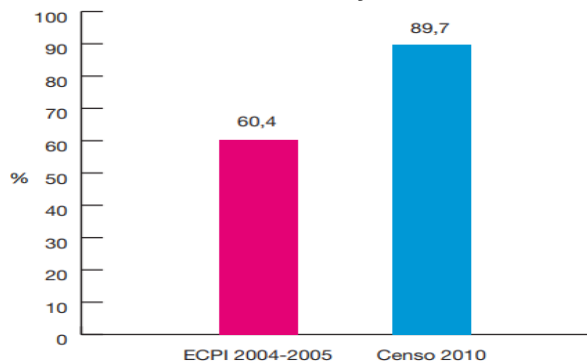


Gráfico 34: Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios de 65 años y más en viviendas particulares que percibe jubilación y/o pensión. Total del país. años 2004-2005 y 2010



Fuente: INDEC Encuesta complementaria de pueblos indígenas 2005'2005 y Censo Nacional de Población y Viviendas 2010

e. Población afrodescendiente

Las personas que se auto reconocen como afrodescendientes (censo 2010) son 149.493; o sea, un 0,4% de la población total. El 92% (137.533 personas) nació en la Argentina, es decir son afro-argentinos, y sólo el 8% (11.960 personas) declararon haber nacido en otro país. Este grupo poblacional también ha recibido beneficios, siendo que sólo el 1,4% del total de la población afrodescendiente de 10 años y más es analfabeta, un porcentaje menor al de la media nacional de la misma edad, que se ubica en 1,9%. El 91% de la población afrodescendiente de 65 años y más percibe jubilación y/o pensión, un poco menos (2,1%) de lo que se registra en la población total del país. En cuanto a racismo como el que se observa en otras partes del mundo, Argentina no se considera un país racista dado que es un país que comenzó a recibir migrantes de todos los continentes desde el siglo XIX.

f. Colectivo LGBTTTI (Lesbianas, Gays, Bisexual, Travestis, Transexual, Transgénero, Intersexual)

En 2012 la ley 26.743 estableció el derecho a la identidad de género de las personas, en tanto entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento de nacer. La ley también estableció el derecho al libre desarrollo personal, garantizando el goce de la salud integral independientemente de la identidad de género auto percibida de las personas, interpelando a los actores del sistema de salud público y privado. Además, apela al trato digno, introduciendo la obligatoriedad del respeto por la identidad de género adoptado por las personas.

Junto con la Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario sancionada en el 2010, estas dos leyes marcaron un cambio en cuanto al reconocimiento de derechos de estas minorías vulnerables. En este sentido, el Estado desde 2013 ha puesto a disposición los Programa Jóvenes con más y mejor Trabajo para personas de 18 a 24 años y el Seguro de Capacitación y Empleo para el resto de las personas en edad de trabajar. Ambos programas tienen por objeto mejorar la inserción en el mercado laboral y lograr la igualdad de acceso a un empleo digno. Ese mismo año se comenzó a implementar la "Línea de Inclusión Laboral para Personas Travestis, Transexuales y Transgéneros" que continúa vigente. La iniciativa tiene como metas la finalización de estudios formales, la formación profesional, y el desarrollo de proyectos de empleo independiente y entrenamientos laborales. Si bien el tema de la inclusión de las personas travestis, transexual y transgénero ha sido incluido en la agenda pública hace poco tiempo, ya existen leyes y programas que se articulan para

la inclusión laboral de estas personas. Sin embargo, estos avances no han subsanado por completo la vulnerabilidad de los colectivos LGBTTTTI. Al igual que en otras situaciones de su vida, las personas que pertenecen a este colectivo son sujeto de discriminación en el mercado laboral. Los datos estadísticos son muy escasos y hasta el momento no se ha hecho un relevamiento a nivel nacional de las condiciones de vida de estas personas.

Según un estudio realizado en La Matanza en 2012, solo el 2% de las personas travestis y trans encuestadas tenían un empleo formal. El 35% dijo que abandonaron la escuela porque las discriminaban; el 20% declaró no realizar ninguna actividad por la que obtenga dinero; 80% no tenía ningún tipo de cobertura médica. En esta encuesta, el 80% expresó dedicarse a actividades vinculadas a la prostitución (73%) y otras actividades de precaria estabilidad y de trabajo no formal. De las 24 provincias solo 4 tienen ley de cupo laboral travesti, trans: Buenos Aires, Chaco, Chubut y Río Negro. En ninguna está reglamentada. (Economía Femenita, 2019).

g. Migrantes

La salud de las personas migrantes ha tomado relevancia a nivel nacional y provincial en la Argentina dado el contexto regional con nuevas tendencias de migración, y el compromiso y solidaridad de los Estados de la Región en la formulación de políticas y programas que promuevan y protejan la salud de las personas migrantes y de las comunidades en su ciclo migratorio. A junio de 2019, el país fue receptor de 130.000 refugiados y migrantes de Venezuela.

La Argentina ha sido, desde sus orígenes como nación, un país receptor de migrantes. El Estado se constituyó como el gran impulsor de la política migratoria, basando ésta, en la idea de que las personas migrantes impulsaban el crecimiento de la nación. Las cifras indican que estas personas representan menos del 5% de la población del país y se estima que su trabajo contribuye con alrededor de un 4% del producto bruto interno (PBI). Más del 80% de ellas provienen de países limítrofes, a excepción de las personas venezolanas, que el año pasado superaron a la tradicional inmigración paraguaya y boliviana. Durante el año 2018, se tramitaron 221.892 radicaciones (84.575 permanentes y 137.317 temporarias). Las cinco primeras nacionalidades que ingresaron fueron venezolana, paraguaya, boliviana, colombiana y peruana.

En los últimos años, con la Ley Nacional de Migraciones N° 25.871, promulgada en el año 2004 y reglamentada en 2010, se introducen profundos avances en materia de garantías de derechos fundamentales para la población que migra a la Argentina, sin distinción de origen, raza o creencia. En su artículo N° 8, la ley prevé expresamente la prohibición de restringir o negar el acceso a la salud, la asistencia social o la atención sanitaria en virtud de la irregularidad migratoria en que pudiera encontrarse la persona.

A su vez, por vía reglamentaria (Decreto 616/2010) se dispuso:

- i) Que en todos los casos es suficiente, a los efectos de acreditar identidad, la documentación extendida por las autoridades del país de origen o los emitidos por los consulados en la República Argentina y
- ii) Que el propio Ministerio de Salud (ahora Secretaría de Gobierno de Salud) sea el encargado de dictar las normas y medidas necesarias para garantizar el acceso a la salud.

La República Argentina ha demostrado su compromiso en materia de derechos humanos, no solo con la ratificación de los principales tratados de derechos humanos, sino además con la jerarquización de estos, en la reforma constitucional llevada a cabo en el año 1994. Esto incluye el expreso reconocimiento a través de esa jerarquización del derecho a la salud y la obligación de adoptar por un lado acciones positivas para garantizarlo y por otro, medidas legislativas y de otra índole, destinadas a evitar la discriminación en el acceso a este derecho.

6. DETERMINANTES COMPORTAMENTALES

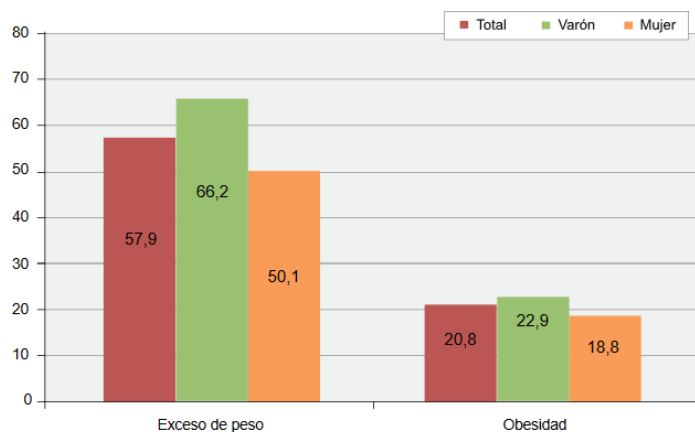
Como ya vimos anteriormente, las enfermedades no transmisibles están representadas principalmente por las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias. Estas patologías se asocian a una serie de factores de riesgo comunes, dentro de los cuales los más importantes son: la alimentación inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol(10).

6.1 Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en 2013 (11), mostró los siguientes resultados:

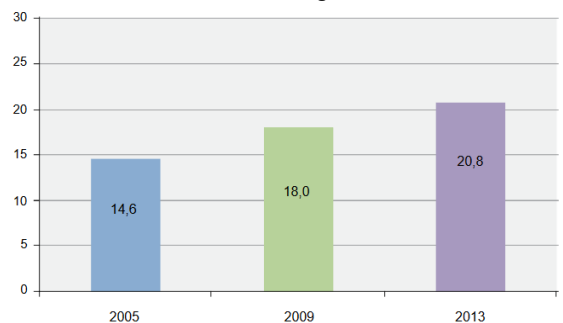
- **Salud general:** 2 de cada 10 personas evaluaron su salud como mala o regular. Este reporte se incrementó entre mujeres, a menor edad y a menor nivel de ingresos.
- **Actividad física:** existe una prevalencia de actividad física baja en 1 cada 2 personas, que se mantuvo estable con relación a la anterior encuesta de 2009 y resultó mayor entre mujeres.
- **Peso corporal:** 4 de cada 10 personas presentaron sobrepeso (57,9%) y 2 de cada 10 obesidad (20,8%). La prevalencia, tanto de sobrepeso, como de obesidad, resultó mayor entre hombres y a menor nivel educativo (Gráfico 35). Además, como se puede ver en el Gráfico 36 en 2013 aumentó un 42,5% la prevalencia de obesidad respecto del año 2005 (14,6% a 20,8%), con un incremento menos significativo desde 2009.

Gráfico 35: Prevalencia % de exceso de peso y obesidad según sexo. Población de 18 años y más en localidades de 5000 habitantes y más. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos FNFR 2013.

Gráfico 36: Prevalencia % obesidad según ediciones. Población de 18 años y más en localidades de 5000 habitantes y más. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos FNFR 2005, 2009 y 2013.

- **Dieta:** entre 2009 y 2013 disminuyó el porcentaje de población que agrega siempre sal a las comidas después de la cocción o al sentarse a la mesa, del 25,3% al 17,3%. El promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas fue de 1,9 por persona. No se evidenciaron diferencias sustanciales en el promedio diario de consumo desde 2009, según jurisdicción o nivel de ingresos.
- **Tabaco:** 1 de cada 4 personas afirmó consumir tabaco en la actualidad. La exposición habitual al humo de tabaco ajeno descendió respecto de ENFR 2009 (40,4% en 2009 y 36,3% en 2013). La exposición en lugares de trabajo bajó del 34% al 25% y en bares/restaurantes del 47,2% al 23,5% entre 2009 y 2013.

- **Presión arterial:** 9 de cada 10 adultos se controlaron la presión arterial en los últimos 2 años. La prevalencia de hipertensión (entre quienes se controlaron) también se mantuvo estable (34,1%).
- **Colesterol:** 8 cada 10 personas (hombres mayores de 34 años/mujeres mayores de 44 años) se midieron alguna vez el colesterol plasmático, sin cambios respecto de la ENFR 2009. De los que se controlaron, un tercio manifestó tener colesterol elevado.
- **Glucemia:** se mantuvo estable el control de glucemia con relación a la ENFR 2009, alcanzando a 8 de cada 10 personas de 18 años y más. 1 de cada 10 personas presentaron diabetes o glucemia elevada, sin cambios significativos con relación a la ENFR 2009.
- **Lesiones:** 7 de cada 10 personas que manejaron o viajaron en auto usaron cinturón de seguridad siempre, proporción mayor a la observada en la ENFR 2009. 1 de cada 10 personas condujeron habiendo bebido alcohol. 6 de cada 10 personas que manejaron o viajaron en moto usaron casco siempre.

El Boletín de Vigilancia de Enfermedades no transmisibles y Factores de Riesgo Obesidad: Determinantes, epidemiología, y su abordaje desde la salud pública (12), concluye que tanto hombres como mujeres tienen una mayor probabilidad de padecer esta condición cuanto mayor edad tienen. Asimismo, aquellos que trabajan más de 45 horas semanales (jornada laboral de 8hs o más) respecto de los que no tienen trabajo. Se observó que las mujeres ubicadas en el quintil más bajo de ingresos tienen mayor probabilidad de padecer obesidad que aquellas con mayores ingresos. Con respecto al nivel educativo, las personas que no han completado los estudios secundarios o menos también son quienes son más propensos a padecer obesidad.

6.2 Consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPreCoSP) de 2011 (Tabla 19) el consumo de alcohol es mayor que el de tabaco. Este consumo es mucho más frecuente en hombres que en mujeres (62,67% en hombres frente a 38,72% en mujeres, en el último mes), en el grupo de 16 a 34 años y con un nivel de instrucción terciario o universitario incompleto y más (13).

Tabla 19: Prevalencia de vida, de último año y del último mes de consumo de sustancias psicoactivas sociales por sexo, grupo de edad, nivel de instrucción y región. Localidades de 5,000 y más habitantes. Total, del país. Noviembre de 2011

Población de 16 a 65 años	Sustancias psicoactivas sociales								
	Prevalencia de vida ⁽¹⁾			Prevalencia del último año ⁽²⁾			Prevalencia del último mes ⁽³⁾		
	Total	Bebidas alcohólicas	Tabaco	Total	Bebidas alcohólicas	Tabaco	Total	Bebidas alcohólicas	Tabaco
Población total por sexo	83,56	77,75	52,89	73,38	66,18	32,48	61,09	50,57	28,91
Varones	88,49	84,65	59,44	80,89	75,19	37,75	71,80	62,67	33,91
Mujeres	78,72	70,99	46,47	66,01	57,35	27,32	50,59	38,72	24,01
Población total por grupo de edad	83,56	77,75	52,89	73,38	66,18	32,48	61,09	50,57	28,91
16 a 24 años	80,45	76,85	44,64	72,95	68,73	31,68	58,39	52,09	26,86
25 a 34 años	85,68	82,38	54,96	76,38	70,72	35,68	63,22	53,30	31,47
35 a 49 años	84,03	76,93	52,30	74,14	65,19	32,27	62,60	49,93	29,36
50 a 65 años	83,82	74,68	59,73	69,60	59,93	30,09	59,61	46,88	27,64
Población total por nivel de instrucción	83,56	77,75	52,89	73,38	66,18	32,48	61,09	50,57	28,91
Hasta primario incompleto	79,31	71,74	53,74	65,42	56,68	35,31	56,76	44,14	32,40
Primario completo y secundario incompleto	81,44	74,76	54,13	70,04	61,20	35,60	58,38	45,89	31,75
Secundario completo	83,77	77,81	53,23	74,13	66,55	32,35	61,06	50,05	29,30
Terciario o universitario incompleto y más	87,33	83,28	50,70	79,29	75,03	27,65	65,88	58,99	23,85
Total del país	83,56	77,75	52,89	73,38	66,18	32,48	61,09	50,57	28,91
Gran Buenos Aires	85,44	79,35	56,32	74,02	66,23	32,82	60,79	49,61	29,54
Pampeana	83,90	78,35	51,89	75,60	68,42	32,86	64,88	54,28	29,05
Noroeste	78,21	71,68	49,91	66,29	58,55	33,69	52,18	41,08	29,02
Noreste	79,34	74,15	41,42	68,64	63,63	24,65	54,98	47,28	21,98
Cuyo	86,34	81,82	54,68	77,07	71,46	34,32	64,78	55,70	31,25
Patagonia	82,33	75,62	57,00	71,66	64,34	34,62	61,56	51,55	30,83

(1) Prevalencia de vida: proporción de personas de 16 a 65 años que consumió alguna sustancia psicoactiva social en su vida respecto del total de personas del mismo grupo etario.

(2) Prevalencia del último año: proporción de personas de 16 a 65 años que consumió alguna sustancia psicoactiva social en el último año respecto del total de personas del mismo grupo etario.

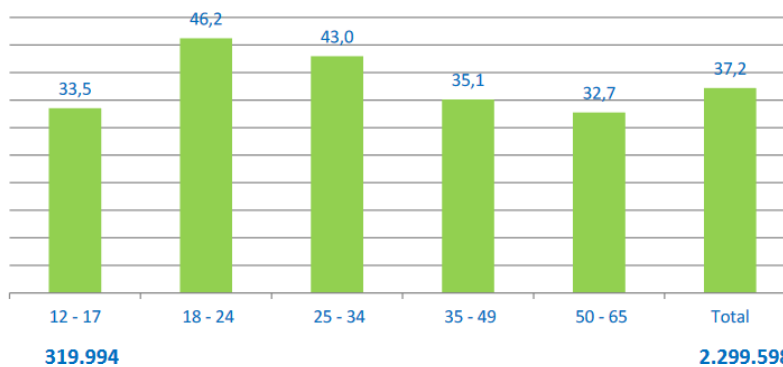
(3) Prevalencia del último mes: proporción de personas de 16 a 65 años que consumió alguna sustancia psicoactiva social en el último mes respecto del total de personas del mismo grupo etario.

Nota: las poblaciones de referencia son: total 22.520.925; varones: 11.144.769; mujeres: 11.376.156.

Fuente: INDEC. Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPreCoSP) 2011. Ministerio de Salud. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias.

En el caso del tabaco, un 28,91% declaró haber fumado en el último mes. Las diferencias entre hombres y mujeres no son tan acentuadas como para el alcohol, 33,91% y 24,01% respectivamente. El grupo de edad con mayores porcentajes es el de 25 a 49 años y parece haber un consumo mayor a menor nivel de instrucción. De acuerdo con el último estudio hecho por el SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación) en 2017, como se puede ver en el Gráfico 37, los grupos de edad con mayor riesgo a consumir alcohol son aquellos que tienen entre 18 a 24 años (46,2%) y entre 25 a 34 años (43%).

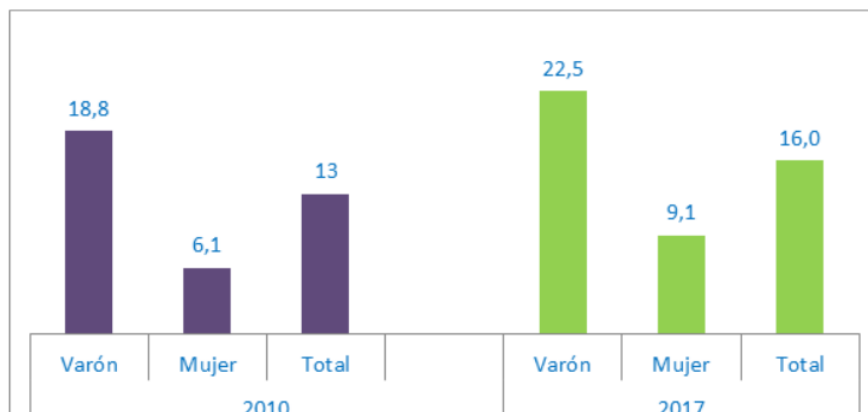
Gráfico 37: Tasa de incidencia anual en población en riesgo de consumir alcohol distribuidos por grupos de edad (porcentaje)



Fuente: SEDRONAR – Resumen de los resultados del estudio de 2017 de consumo de sustancias psicoactivas.

Además, tal como se observa en el Gráfico 38, la tendencia de consumo de alcohol perjudicial y de riesgo ha aumentado del año 2010 al 2017, siendo siempre superior en hombres. El 22,5% de los hombres son susceptibles de este consumo, casi un 4% más que en 2010. Esta misma tendencia se reflejó en las mujeres, mostrando que un 9% del total consumen alcohol de forma perjudicial y de riesgo, un 3% más que en 2010.

Gráfico 38: Tendencia del consumo de alcohol perjudicial y de riesgo (%), distribuidos por sexo. 2010-2017



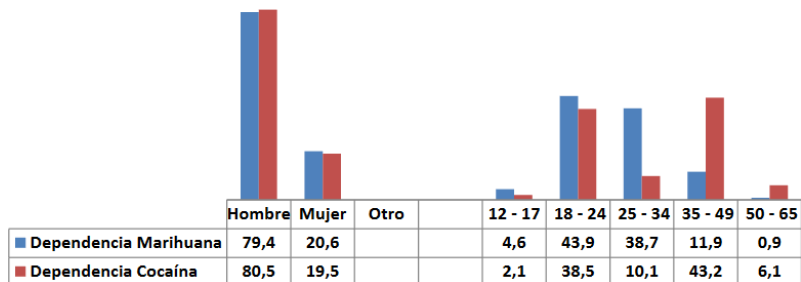
Fuente: SEDRONAR – Resumen de los resultados del estudio de 2017 de consumo de sustancias psicoactivas.

Este informe también revela que los hombres son quienes tienen un mayor riesgo de generar dependencia en drogas como la marihuana o la cocaína. Ello lo demuestra el Gráfico 39, que indica la presencia de indicadores de dependencia de estas drogas, y en el que se puede observar claramente la significativa diferencia entre hombres y mujeres respecto a estas drogas. Al realizar este mismo análisis por grupo etario, se observa que los grupos con mayor presencia de estos indicadores son aquellos que tienen entre 18 y 49 años. Sorprendentemente, se observa que el tipo de droga a la que están en mayor riesgo unos y otros grupos de edad varía según estos.

Por ejemplo, los jóvenes de 18 a 24 años tienen presencia de indicadores de dependencia a la marihuana y la cocaína en altos niveles (43,9% marihuana, 38,5% cocaína). Entre aquellos que tienen de 25 a 34 años la dependencia por

marihuana es relativamente menor, desciende en 5 puntos porcentuales, mientras que la dependencia a la cocaína cae dramáticamente en algo menos de 30 puntos porcentuales. Por el contrario, para el grupo etario de 35 a 49 años los porcentajes se invierten totalmente, arrojando un crecimiento porcentual del 33% para la dependencia a la cocaína, mientras que la dependencia a la marihuana cae, por su parte, alrededor de 25 puntos porcentuales respecto del grupo etario anterior (14).

Gráfico 39: Presencia de indicadores de dependencia a la marihuana y la cocaína



Fuente: SEDRONAR – Resumen de los resultados del estudio de 2017 de consumo de sustancias psicoactivas.

7. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y RIESGOS LABORALES

7.1 Seguridad social en Salud

El subsector de la Seguridad Social, uno de los tres que compone el Sistema de Salud de Argentina, está compuesto por las Obras Sociales Nacionales, otros regímenes especiales como las Obras Sociales del Personal de las Fuerzas Armadas, Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales y el Programa de Atención Médica Integral (PAMI). Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (incluyendo a monotributistas) y pasivos, y sus grupos familiares.

- Hasta 1998 la pertenencia a la Obra Social se encontraba asociada a la ocupación del afiliado. Desde entonces, es posible el cambio de afiliación.
- Su financiamiento proviene de un impuesto al salario del empleado y un aporte del empleador, actualmente 3% y 5% respectivamente. De lo recaudado, la AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos) retiene un 15% a aquellas obras sociales del personal de dirección y un 10% a las restantes, que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución, bajo la gerencia de la Superintendencia de Servicios de Salud cuya función es incorporar un componente de equidad en la distribución de recursos entre entidades. Asimismo, deduce gastos generados por afiliados de Obras Sociales en hospitales públicos.
- Las Obras Sociales provinciales brindan cobertura a los empleados de las administraciones provinciales, su financiamiento surge de los aportes salariales de los empleados públicos y las contribuciones de la provincia en su rol de empleador.
- El PAMI es la institución que brinda cobertura a la población jubilada y pensionada. Constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismo de pagos con prestadores privados y el sector farmacéutico. Su financiamiento proviene de aportes de salarios de trabajadores en actividad (3% aporte personal y 2% patronal), el aporte de trabajadores pasivos si superan el haber mínimo y contribuciones de Tesoro Nacional, que contribuyen el 20% de los ingresos.

Tabla 20. Cantidad de afiliados a Obras Sociales

	Obra Social	Titulares	Familiares	Totales	% Mercado
1	INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS	4.173.379	123.039	4.296.418	23%
2	OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES	1.173.224	869.179	2.042.403	11%
3	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	530.470	639.649	1.170.119	6%
4	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCIÓN	489.199	382.717	871.916	5%
5	OBRA SOCIAL UNIÓN PERSONAL DE LA UNIÓN DEL PERSONAL CIVIL DE LA NACIÓN	355.352	254.521	609.873	3%
6	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL TURISMO, HOTELERO Y GASTRONÓMICO	264.213	185.311	449.524	2%
7	OBRA SOCIAL DE EJECUTIVOS Y DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE EMPRESAS	280.984	106.121	387.105	2%
8	OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN OBRERA METALÚRGICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	203.822	162.803	366.625	2%
9	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF	119.285	154.130	273.415	1%
10	OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE	174.217	98.764	272.981	1%
11	OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA	158.604	104.425	263.029	1%

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud Argentina (2016)

En resumen, las principales características del subsector son la financiación a través de aportes y contribuciones, la afiliación obligatoria, y los efectores que son entidades propias y del sector público y privado. Datos surgidos del censo realizado en el año 2010 nos dan cuenta de que el 46% de la población de 40 millones declaró tener cobertura de obra social. En Argentina, hay en la actualidad 302 obras sociales. En la Tabla 20, se detalla el ranking de las principales por cantidad de afiliados.

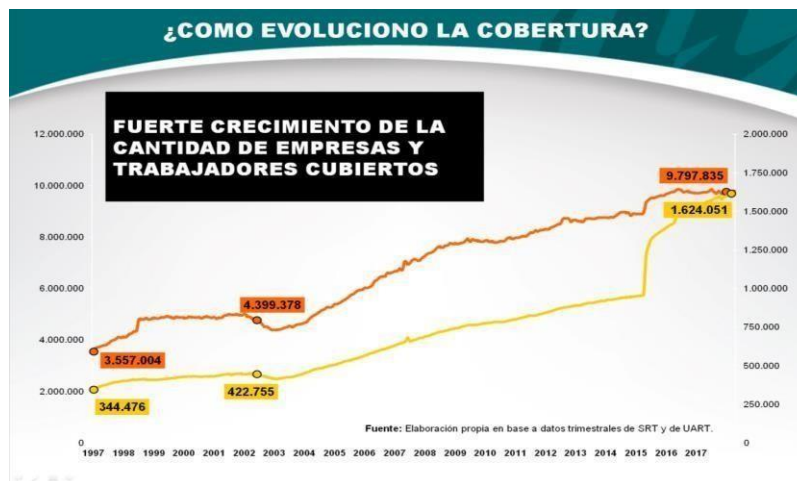
7.2 Riesgos laborales

El sistema de riesgos del trabajo, promulgado por ley desde julio de 1996, funciona como un sistema de aseguramiento de los riesgos del trabajo a cargo de las ART (Aseguradoras de Riesgos del Trabajo) que cubren a las empresas y al trabajador ante las consecuencias de los accidentes laborales. El sistema cubre a todos los trabajadores dependientes de cualquier sector de actividad económica, ya sea del ámbito privado como público, en todo el territorio nacional. Las rentas y las indemnizaciones están tarifadas y dependen del salario, el grado de incapacidad y edad del trabajador. Los empleadores están obligados a afiliarse a alguna de las ART que operan en el país. Se trata en general de Compañías de seguros, que deben ser autorizadas por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) y la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) para desarrollar este tipo de actividades. Existe también la posibilidad que el empleador opte por el autoseguro, cumplimentando ciertas normativas.

El costo del seguro está a cargo del empleador, en este sentido no existe aporte del trabajador. El empleador se compromete a pagar una tarifa de afiliación mensual, que se fija según el nivel de riesgo de la actividad en general y de la empresa en particular; y también depende de la cantidad de trabajadores. Las ART tienen la responsabilidad de desarrollar acciones tendientes a la mejora continua de la seguridad y la salud laboral en los establecimientos de sus empleadores afiliados, a través del apoyo y el asesoramiento para el cumplimiento de la normativa sobre la materia. La actividad preventiva es eje fundamental del sistema.

La Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo -LRT- (B.O. 13/9/95) prevé que desde el mismo momento en que un trabajador sufre un accidente laboral obtiene ante la primera manifestación invalidante de una enfermedad profesional, el otorgamiento de prestaciones que brinda la atención médica de su afección y al mantenimiento de sus ingresos económicos, denominadas prestaciones en especie y prestaciones dinerarias. De esta manera si se produce un accidente laboral, la ART se encarga de brindar las prestaciones médicas y del pago de los jornales caídos a partir del décimo día de la licencia del trabajador. También cubre las indemnizaciones a los familiares, en el caso de los accidentes mortales, y los accidentes in itinere (15).

Gráfico 40. Cantidad de empresas y trabajadores cubiertos, 1997-2017



Fuente: Elaboración propia de la SRT y la UART, 2017

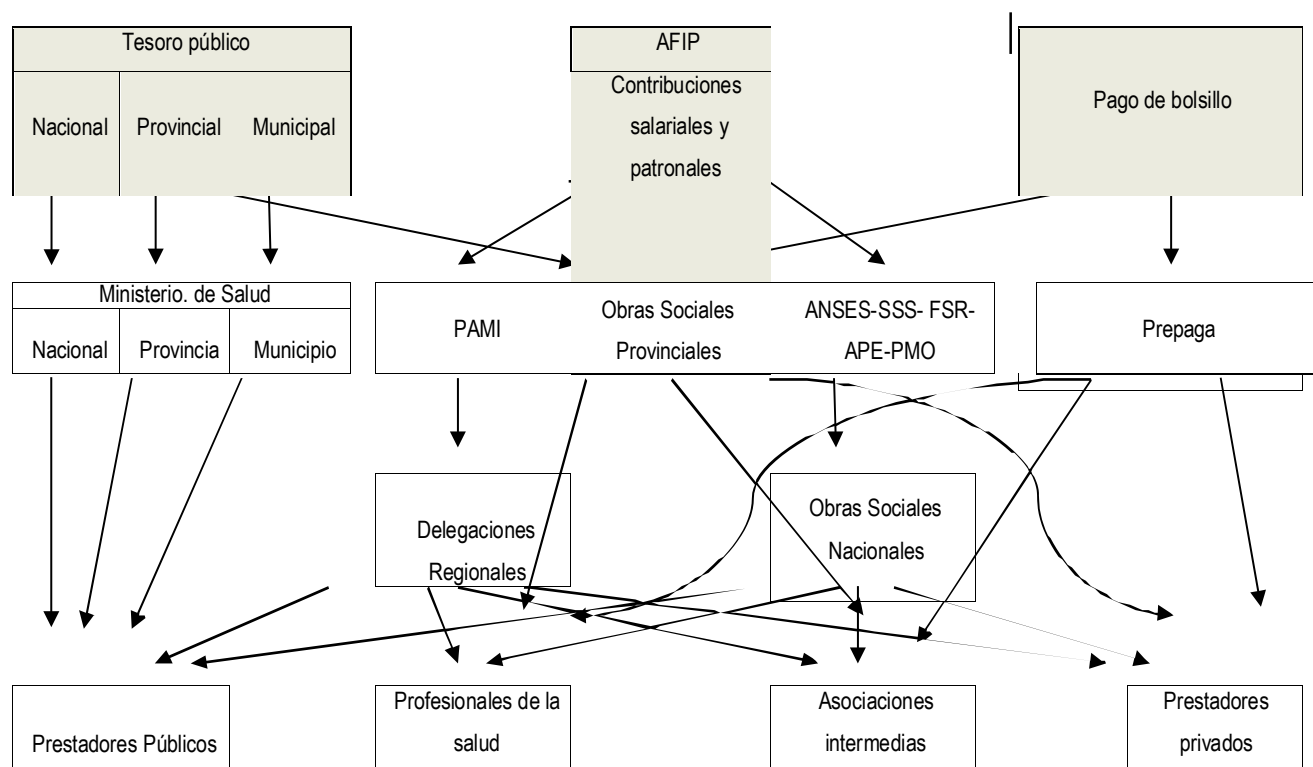
Como se observa en el Gráfico 40, el Sistema de Riesgos del Trabajo ha venido incrementado la afiliación y la cobertura de las empresas a lo largo de sus 21 años de existencia. A la fecha cubre a 9,7 millones de trabajadores y a 1,6 millón de empleadores afiliados. Recientemente se sumaron más de 400 mil que se desempeñan en casas particulares. Como resultado del trabajo coordinado de todos los actores (empleadores, trabajadores, sindicatos, ARTs y el Estado), el sistema consiguió bajar la frecuencia de los accidentes un 35% y reducir los fallecimientos en el lugar de trabajo en 70%. Esta baja se traduce en casi 12.000 vidas salvadas.

8. RECURSOS HUMANOS EN SALUD Y EN SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES

8.1 Características generales del Sistema de Salud en la Argentina

Argentina cuenta con un Sistema de Salud muy completo en cuanto a las prestaciones disponibles, pero muy fragmentado en cuanto a su financiamiento, dirección y accesibilidad. A pesar de ello, todos están fuertemente interrelacionados a nivel de la provisión, la calidad y la categorización de las prestaciones que brinda. Además del subsector de la Seguridad Social, descrito en el capítulo anterior, existen otros dos subsectores. En el Gráfico 41 se observa la organización del Sistema de Salud argentino.

Gráfico 41. Organización del Sistema de Salud argentino



Fuente: Maceira, Daniel (2002)

El subsector público: provee servicios de salud a toda la población de manera gratuita y los recursos que lo financian son derivados del sistema impositivo. Generalmente atiende la demanda de grupos sociales de bajos recursos y tiene presencia en zonas consideradas no rentables por el sector privado.

- La población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores.
- El subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal.
- La Nación asumió en los años 90 las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. En la práctica el rol es muy acotado ya que prácticamente no interviene en la política de salud nacional. Las provincias cuentan con autonomía respecto de las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones. A su vez, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia. De este modo, el subsector público de atención de la salud está compuesto por el Ministerio de Salud Nacional y los 24 Ministerios Provinciales (o equivalentes) y sus organismos dependientes centralizados y descentralizados en 2.172 municipios.

Resumen de principales características del subsector:

- *Financiación a través de impuestos.*
- *Gestión estatal, nacional, provincial y municipal.*
- *Cobertura a toda la población (para quienes no tienen cobertura, pero también atiende pacientes que aportan a Obras Sociales y prepagas).*
- *Efectores: hospitales y centros de salud.*

El subsector privado: está compuesto por distintos tipos de entidades que adoptan diferentes formas jurídicas. Incluye a prestadores de servicios médicos asistenciales, los financiadores o empresas de medicina prepaga (que funcionan

como seguros médicos), laboratorios de especialidades médicas, empresas de equipamientos e insumos médicos, farmacias y centros de diagnóstico, además de las instituciones privadas responsables de la formación de los recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no médicas que se desempeñan en el sector.

Resumen de principales características del subsector:

- *Empresas de medicina prepaga más gastos de bolsillo (pagos particulares, medicamentos).*
- *Afiliación voluntaria.*
- *Financiación: aportes individuales (primas, gastos de bolsillo).*
- *Efectores: la mayoría, entidades privadas.*

Aun sabiendo que la población y los dirigentes políticos adjudican gran parte de su preferencia hacia el sector público de salud, la atención médica está apoyada por el sector privado de salud. Suele pensarse que el sector privado en salud se centra en la Ciudad de Buenos Aires casi exclusivamente; pero también, del censo surge mucho protagonismo en el conurbano bonaerense, en el resto de la Provincia de Buenos Aires y en el interior del país gracias a la cobertura de las obras sociales. No obstante, uno de los principales problemas que aqueja a los servicios de salud en el país son los servicios de internación. Éste es un elemento fundamental para explicar la importancia económica de las clínicas y sanatorios privados en todo el territorio argentino. La mayoría son instituciones privadas, pequeñas y medianas, con fines de lucro. Según datos del Ministerio de Salud, el país cuenta con 18 mil instituciones de salud de las cuales 10 mil son privadas. De las privadas, 9 mil son con fines de lucro y pequeño tamaño que suelen tener un promedio de 36 camas. Aquellas que son privadas sin fines de lucro (grandes prestadores que pertenecen a obras sociales o asociaciones de comunidad) tienen un tamaño promedio de 92 camas.

8.2 Recursos humanos en Salud

El primer recurso de toda organización es el humano y es de todos reconocido que existe una crisis de recursos humanos en salud de orden global, y en los países de América Latina y el Caribe se evidencian desequilibrios en la estructura y composición de la fuerza de trabajo. La existencia de disparidades geográficas entre centros urbanos y zonas rurales escasamente pobladas son una característica común. Esto se puede observar en la Tabla 21, donde en el total del territorio argentino, la proporción es de 299 habitantes por médico y 2875 habitantes por enfermero. Los salarios bajos, la falta de reconocimiento, las condiciones laborales inapropiadas, entre otros, son factores fundamentales que incrementan la escasez de recursos humanos.

Tabla 21. Población, médicos y enfermeros y su relación

Habitantes	Médicos	Habitantes / Médicos	Enfermeros	Habitantes / Enfermeros	Médicos / Enfermeros
36.260.130	121.076	299	12.614	2.875	10

Fuente: Abramzon, Mónica (2005)

Otro problema grave que afronta nuestro país es la formación de profesionales de la salud. Existe una expansión importante de la oferta, sobre todo, de instituciones privadas con creación de carreras sin estudios adecuados que avalen su necesidad o calidad, falta de políticas de promoción de determinadas carreras estratégicas como enfermería.

8.3 Recursos humanos en Seguridad y Salud de los Trabajadores (SST)

Desde el 2015 la SRT emitió la resolución 3128/15, en la que establece que las ART deberán disponer, con carácter de servicio propio o contratado, de la infraestructura necesaria para proveer adecuadamente las prestaciones en especie previstas en la ley y que tal contratación podrá realizarse con las Obras Sociales. Por tanto, y con base en las normas vigentes, la SRT instauró un Registro de Prestadores Asistenciales con el fin de poder fiscalizar el otorgamiento oportuno e íntegro de las prestaciones en especie a cargo de las ART y los EMPLEADORES AUTOASEGURADOS (EA).

Posteriormente, en el 2009, se estableció la creación del Registro de Prestadores Médico Asistenciales de la Ley de Riesgos del Trabajo en el que deberán inscribirse los prestadores y profesionales médico-asistenciales, incluyendo como tales a las obras sociales, el cual funcionará en el ámbito y bajo la supervisión de la SRT.

En función de todo ello, se reglamentó el mencionado registro con el objetivo de constituir un instrumento que posibilite un control cualitativo y cuantitativo más eficiente sobre el otorgamiento de las prestaciones médico-asistenciales en el ámbito del Sistema de Riesgos del Trabajo. Con base en estos y otros aspectos la SRT resolvió un articulado (ver Anexo 1) que incluía un formulario de registro de prestadores médicos asistenciales.

Dicho formulario fue enviado a las distintas ART y colectado por la SRT luego de que cada aseguradora cumpliera la resolución, mencionando el informe de su red de prestadores. La gran cantidad de información surgida de dicha resolución permite la generación de una importante base de datos que nos posibilita a realizar un análisis pormenorizado de la situación actual en relación con la cantidad y calidad de prestadores de Medicina Laboral en el ámbito geográfico de la República Argentina.

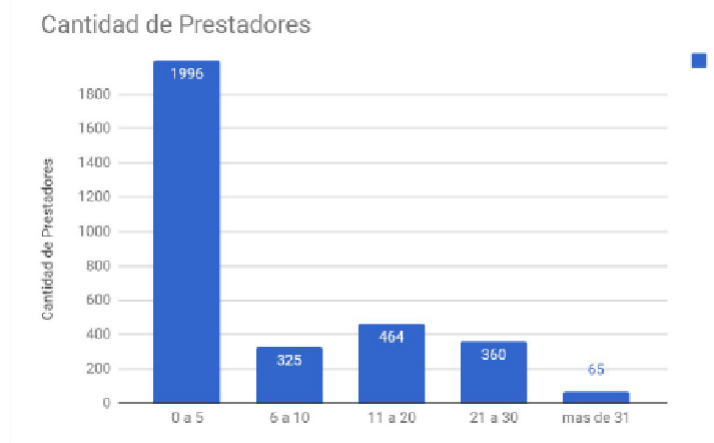
Con base en estos datos se realizó una estratificación que permite definir la complejidad de las instituciones que brindan prestaciones médicas para la atención de la salud ocupacional.

Para estratificar graficar y georreferenciar los datos surgidos de la resolución 3128 se definieron los siguientes estratos de acuerdo con la cantidad de servicios prestados por los establecimientos:

- Establecimientos con 0 a 5 servicios declarados.
- Establecimientos con 6 a 10 servicios declarados.
- Establecimientos con 11 a 20 servicios declarados.
- Establecimientos con 21 a 30 servicios declarados.
- Establecimientos con más de 31 servicios declarados.

En el Gráfico 42 se observa que los establecimientos con 0 a 5 servicios declarados constituyen la gran mayoría de la cantidad de prestadores. La frecuencia decrece con el aumento de los servicios declarados, excepto para los de 11 a 20, que son los segundos más frecuentes.

Gráfico 42. Cantidad de Prestadores según cantidad de servicios declarados



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la SRT

De igual forma con base en esta información se obtuvieron los primeros gráficos georreferenciados de los establecimientos prestadores de salud laboral del país. En el Anexo 2 se aprecia la distribución geográfica de cada una de las categorías de los establecimientos.

La difusión de la Ergonomía se muestra aún en una etapa inicial en nuestro país, tal como se aprecia en el Gráfico 43 donde se puede ver la cantidad de ergónomos registrados en la Asociación de Ergonomía Argentina (ADEA) (16).

Gráfico 43. Distribución de ergónomos registrados en ADEA



Fuente: ADEA

En consonancia con otros análisis de distribución de recursos médicos (17), se puede ver que la distribución de efectores que presentan los gráficos guarda estrecha relación con la densidad poblacional de la República Argentina, que fuera graficada en capítulos anteriores. De esta manera queda evidenciada una amplia y variada oferta de prestadores médicos de todo tipo de complejidad en la zona centro del país, mientras que lugares como el norte del país presentan una moderada oferta de prestadores de salud ocupacional. Finalmente, la Patagonia argentina, si bien es un área de muy baja densidad poblacional, evidencia una baja cantidad de prestadores.

En su política y servicios de asesoramiento técnico, la OIT ha propuesto como indicador de referencia razonable, estimar el número de inspectores del trabajo por el número de trabajadores, el cual debería ser de aproximadamente:

- un inspector por cada 10.000 trabajadores en los países industriales con economías de mercado;
- un inspector por cada 15.000 trabajadores en los países con economías en fase de industrialización;
- un inspector por cada 20.000 trabajadores en los países con economías en transición, y
- un inspector por cada 40.000 trabajadores en los países menos desarrollados.

En la Tabla 22, se observan los distintos instrumentos (inspectores, profesionales del Programa de Organismos Públicos y preventores) que constituyen los distintos organismos de SST. Argentina se encuentra en el rango de un inspector por cada 20.000 trabajadores.

El número de especialistas en Medicina del Trabajo alcanza los 3504 profesionales, lo cual representa una tasa de 8,21 cada 100.000 habitantes. De este total de especialistas en Salud Laboral, 2.660 son hombres y 844 son mujeres lo cual representa el 75,9 y 24,1% respectivamente (18).

Tabla 22: Instrumentos, perfil y cantidad de los distintos organismos. 2015

ORGANISMO	INSTRUMENTO	PERFIL	CANTIDAD
SRT	Inspectores	Licenciados y Técnicos en Higiene y Seguridad e Ingenieros.	126
SRT	Profesionales del Programa de Organismos Públicos	Licenciados y Técnicos en Higiene y Seguridad e Ingenieros.	21
Administraciones del Trabajo Local (ATL)	Inspectores	Idem ant	616
ART	Preventores	Idem ant	1600

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la SRT

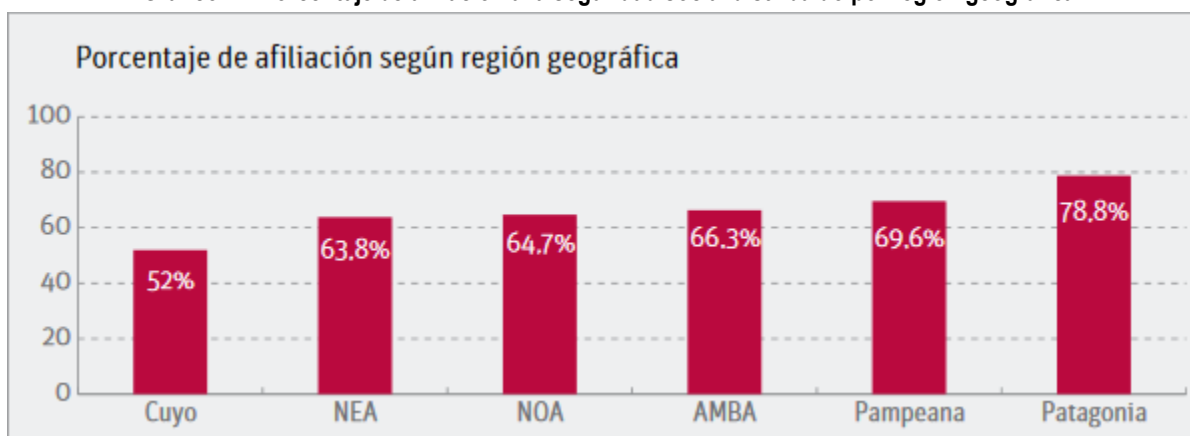
9. COBERTURA DE LOS SERVICIOS DESALUD

El buen acceso a la salud es de vital importancia para una sociedad. En Argentina periódicamente se realiza la Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud para relevar los datos que son de uso indispensable para la implementación de políticas orientadas a lograr mayor eficiencia y equidad.

Dos tercios de los encuestados (66,6%) están afiliados a algún sistema de protección de la salud. El porcentaje general de afiliación baja al pasar del grupo de hasta 14 años al de 15 a 29, probablemente a causa de la desaparición de la protección automática cuando los jóvenes alcanzan la mayoría de edad. De allí en adelante la afiliación crece, para llegar a un notorio 92% entre las personas de 60 años y más (efecto de la cobertura del PAMI [Programa de Atención Médica Integral]). La afiliación es mayor entre quienes tienen estudios superiores mientras que, al considerar los quintiles de ingreso familiar, el sector de más altos ingresos casi duplica en afiliación al de más bajos ingresos.

Si consideramos la región geográfica de los encuestados (Gráfico 44), el mayor porcentaje de afiliación se presenta en la Patagonia (79%), mientras el menor valor se observa en Cuyo (52%).

Gráfico 44. Porcentaje de afiliación a la seguridad social distribuido por región geográfica



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la SRT

En la Argentina, la mayor parte de la población cuenta con cobertura de obra social y/o entidades de medicina prepaga que contratan a prestadores médicos privados para que sus afiliados accedan a los servicios. Los habitantes del país que tienen como única vía de acceso a la atención médica a través del hospital público son sin dudas la minoría.

Datos surgidos del censo realizado en el año 2010 nos dan cuenta de que el 46% de la población de 40 millones, declaró tener cobertura de Obra Social, como vimos anteriormente, y un 16% de empresa de medicina prepaga incluyendo aquellos que siendo afiliados a obra social derivan aportes (alrededor del 11%). Si bien no hay un ranking publicado de

las empresas de medicina prepaga, es de conocimiento que OSDE, Swiss Medical, Galeno, Omint y Medicus lideran acaparando aproximadamente un 60% del mercado.

En materia de riesgos laborales, teniendo presente la infraestructura detallada y georreferenciada en el Anexo 2, y los reportes de las ART allegados por la UART, se estima que las prestaciones en especie fueron de más de 6,4 millones de prestaciones asistenciales, distribuidas por: consultas médicas (2.885.780), atención farmacéutica (1.354.305), estudios complejos (136.236), días de internación (347.031), radiografías (1.167.332), sesiones de rehabilitación (7.021.878) y traslados (3.117.704). Los casos calificados fueron 553.053, los trabajadores rehabilitados 392.896 y los trabajadores recalificados 8.762.

10. BASE POLÍTICA Y REGULATORIA

La salud y seguridad en el trabajo (SST) en el país está organizada mediante dos marcos normativos básicos: el de prevención (establecido en el Decreto Ley 19.587/1972 de Higiene y Seguridad en el Trabajo, Boletín Oficial 28/04/1972) y el de reparación (creado por la Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo, -LRT- B.O. 13/09/1995). Este último también aborda aspectos de prevención de los riesgos integrando ambos marcos normativos.

El marco preventivo establecido en el Decreto Ley 19.587/1972, en su art. 4° dispone que: *“La higiene y seguridad en el trabajo comprenderá las normas técnicas y medidas sanitarias, precautorias, de tutela o de cualquier otra índole que tengan por objeto: proteger la vida, preservar y mantener la integridad psicofísica de los trabajadores; prevenir, reducir, eliminar o aislar los riesgos de los distintos centros o puestos de trabajo; estimular y desarrollar una actitud positiva respecto de la prevención de los accidentes o enfermedades que puedan derivarse de la actividad laboral”.*

Esta Ley cuenta, a su vez, con un entramado de normas reglamentarias específicas: para la actividad industrial (Decreto N° 351/79); para la actividad de la construcción (Decreto N° 911/96); para la actividad agraria (Decreto N° 617/96); y para la actividad minera (Decreto N° 249/07).

A partir de la sanción de la Ley N° 24557 en el año 1995, se crea el actual Sistema de Riesgos del Trabajo. Con su entrada en vigencia a partir del 01 de julio de 1996, además de los empleadores y el Estado (Nacional, Provincial), entran en juego las Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (ART). El Decreto N° 170/96 Reglamentario de la Ley N° 24 557, establece las obligaciones que deben cumplimentar cada uno de los actores del Sistema de Riesgos del Trabajo: las ART y los empleadores (Anexo 3).

El organismo controlador del efectivo cumplimiento del derecho a la salud y seguridad de los trabajadores y el buen funcionamiento del Sistema de Riesgos del Trabajo, es la Superintendencia de Riesgos de Trabajo (SRT), creada por la Ley N° 24 557 del año 1995.

Para llevar adelante los ejes de trabajo de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, se implementaron los siguientes Programas de Focalización a los que ingresan los empleadores, en función de la situación específica de cada uno respecto a las condiciones y medio ambiente de trabajo. Estos programas les confieren una serie de obligaciones tanto a los empleadores como a las ART con el objeto mejorar los ambientes de trabajo para asegurar el bienestar físico y mental de los empleados en su lugar de trabajo (más detalles en Anexo4):

- **Programa para la Reducción de los Accidentes Mortales** (Resoluciones SRT N° 1721/04 y N°1392/05)
- **Programa de Investigación de Accidentes Graves y Mortales** (Resolución SRT N°230/03)
- **Programa para Empleadores con Siniestralidad Elevada PyMEs** (Resoluciones SRT N° 01/05 y N° 1579/05)
- **Programa para Empleadores con Siniestralidad Elevada** (Resolución SRT N° 363/16)
- **Programa de Prevención sector Construcción** (Resoluciones SRT N° 1642/2009; N° 51/97; 35/98; 319/99 y N° 552/01 y Decreto 911/1996).

- **Programa de Prevención Grupo Básico** (Resoluciones SRT N°552/01)
- **Planificación Anual Materia de Prevención por ART** (Resolución SRT N°771/13)
- **Programa CyMAT**
- **Programa de fortalecimiento de las Condiciones de Salud y Seguridad en el Trabajo en Organismos Públicos** (Resolución SRT N° 1068/10)
- Trabajos en conjunto con el M.T.E. y S.S.:
 - a. **Talleres Protegidos de Producción** (Ley N° 26.816): Régimen Federal de Empleo Protegido para personas con discapacidad y a solicitud del MTEySS.
 - b. **Régimen Crédito Fiscal**: Resolución Secretaría de Empleo (MTESS) N° 847/15.
 - c. **Programa Nacional de Prevención por Rama de Actividad -PRONAPRE**

La SRT adoptó como marco referencial las "Directrices sobre Sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo ILO OSH 2001", de la Oficina Internacional del Trabajo a través de la Resolución SRT 103/2005. A posteriori, mediante la Resolución SRT 523/2007 aprobó las "Directrices Nacionales para los Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo", elaboradas con el fin de poder ayudar a las organizaciones en la implementación de Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

En Anexo 5 se puede ver el listado de Leyes, Decretos y Resoluciones del Ministerio de trabajo y la SRT; Resoluciones de la de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, de la Superintendencia de Seguros de la Nación y de la Secretaría de Seguridad Social; diversas Disposiciones y Protocolos y Programas; así como legislación específica de Construcción, Agricultura, Minería y Servicios de SST.

Adhesión a políticas internacionales de Seguridad Social

En 2009 se aprobó la Estrategia Iberoamericana de Salud y Seguridad en el Trabajo 2010- 2013, y Argentina refrendó su compromiso con la misma firmando el 27 de abril del año 2010 el "Acuerdo para la implementación en la República Argentina de la Estrategia Iberoamericana de Salud y Seguridad en el Trabajo", celebrado entre el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS), la SRT, la Confederación General del Trabajo (CGT), la Central de los Trabajadores de la Argentina (CTA), la Confederación Sindical de Trabajadores y Trabajadoras de las Américas (CSA) y la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS). Dicha estrategia iberoamericana partió de un diagnóstico inicial del estado de la población trabajadora respecto a sus condiciones de trabajo, empleo, salud, mecanismos de participación y demás aspectos vinculados con el desarrollo del bienestar de la población trabajadora.

El 27 de abril de 2011 se firmó un Acuerdo para desarrollar acciones conjuntas para implementar la "Estrategia Argentina de Salud y Seguridad en el Trabajo (EASST) 2011-2015", el cual fue rubricado por el MTESS, la SRT, la Confederación General del Trabajo (CGT), la Central de los Trabajadores de la Argentina (CTA) y las organizaciones empresarias representadas por la Confederación Argentina de la Mediana Empresa (CAME), la Confederación General Empresaria de la República Argentina (CGE-RA) y la Unión Industrial Argentina (UIA). El plan de acción de dicha estrategia va precedido de un bosquejo con los ejes de la Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo para formalizar en los términos del Convenio 155 de OIT, dado que la Estrategia Iberoamericana de Salud y Seguridad en el Trabajo prevé que las estrategias nacionales sean incorporadas en las políticas públicas. Los objetivos generales de la EASST buscaban incrementar la cobertura de la protección de la salud y seguridad en el trabajo a sectores y colectivos de trabajadores no incluidos en el sistema de riesgos del trabajo; fortalecer el sistema de Riesgos del Trabajo adecuando su contenido a los fallos dictados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, reduciendo el litigio y otorgando previsibilidad para las prestaciones previstas en el mismo. También avanzar en el protagonismo de los agentes sociales en la Salud y Seguridad en el Trabajo, en la mejora de la cultura preventiva y mejorar los sistemas de información y registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como incrementar la cooperación y la colaboración regional en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Impulsando estrategias de mejora continua de la salud y seguridad en el trabajo, el 6 de mayo de 2015 se firmó la “II Estrategia Argentina de Salud y Seguridad en el Trabajo 2015–2019” y su “Plan de Acción”, la cual además de ser suscrita por los titulares de las organizaciones sindicales y empresariales, las autoridades del MTESS y la SRT, fue rubricada por los Secretarios Generales de la OISS de la Asociación Internacional de la Seguridad Social y de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (Convenio MTESS N° 46/2015).

Sus objetivos eran reducir la accidentabilidad laboral a través de la prevención de los riesgos; continuar potenciando el desarrollo de la cultura preventiva; incrementar la cobertura del sistema de riesgos del trabajo; avanzar en las encuestas de condiciones de trabajo y salud; fortalecer los sistemas de información y registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; favorecer la participación de los agentes sociales; garantizar estructura suficiente de fiscalización; regular y controlar los aspectos de salud y seguridad en el trabajo en las relaciones de subcontratación; desarrollar la vigilancia preventiva de la salud de los trabajadores; maximizar el uso de herramientas digitales para optimizar el diagnóstico, la planificación y el control; avanzar en el desarrollo normativo; promover un enfoque de salud integral de los trabajadores; mejorar las prestaciones médicas y la gestión ante Comisiones Médicas; propender a la disminución del litigio; y, progresar en el fortalecimiento institucional.

Nuevas reformas legislativas

La implementación de la Ley 27.348 complementaria de la Ley sobre Riesgos de Trabajo, plantea un nuevo escenario que apunta a reducir los índices de judicialización en materia riesgos laborales, y establece que, dentro del ámbito de la SRT, el Consejo Consultivo Permanente deberá remitir un anteproyecto de Ley de Protección y Prevención Laboral conforme a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Trabajo de la Nación. Esta se vislumbra como una oportunidad para armonizar la política de prevención de los daños a la salud y la integridad de la vida de los trabajadores.

Otra legislación relacionada a SST: legislación internacional

Respecto a la inspección del trabajo, Argentina ha ratificado los dos convenios prioritarios de la OIT en esta materia: el N° 81 (aprobado mediante Ley 14.329) y el N° 129 específico para la agricultura (aprobado por Ley 22.609). La transposición de ambos convenios se encuentra en las leyes 25.212 del Pacto Federal del Trabajo y 25.877 de Ordenamiento Laboral. Para articular la acción normativa con la inspección, la SRT ha dictado una serie de normas para implementar programas “focalizados” de fiscalización en materia de prevención de riesgos del trabajo. En el Anexo 7 se puede observar los Convenios de OIT en materia de Salud y Seguridad del Trabajo (SST) que Argentina ratificó.

Por otra parte, entre otros tratados internacionales ratificados por Argentina, mediante la Ley 23.313 (B.O. del 13/05/1986) se aprobaron los pactos internacionales de derechos económicos, sociales y culturales, y de derechos civiles y políticos, adoptado por Resolución 2200 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 19.12.66. Los convenios, protocolos y convenciones suscriptos por la República Argentina constituyen el punto de partida de un nuevo ordenamiento normativo a nivel nacional y provincial con el objeto de garantizar los compromisos contraídos en los foros internacionales, como por ejemplo, el proyecto de MERCOSUR, Leyes contra el Cambio Climático de las Naciones Unidas, Leyes de Residuos o Contaminación por Hidrocarburo, el Convenio de Estocolmo con sus Leyes acerca de Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs) o el Protocolo de Montreal con las Leyes acerca del Ozono (más detalles en Anexo 8).

En cuanto al Proyecto de Directrices de Salud y Seguridad en el Trabajo en el MERCOSUR, éste consta de 16 principios y normas para que los Estados Parte, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores, formulen, planifiquen, implementen, controlen y evalúen periódicamente, un Sistema Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, que garantice una mejora continua de las condiciones y medio ambiente de trabajo. Este proyecto de directrices sobre salud y seguridad en el trabajo fue incluido en la Declaración Sociolaboral del MERCOSUR 2015,

firmada por las presidentas y los presidentes de los Estados Parte del Mercado Común del Sur, en Brasilia, 17 de julio de 2015, como artículo 25 (ver Anexo 11).

11. MARCOINSTITUCIONAL

En el marco institucional de la salud y seguridad en el trabajo podemos diferenciar dos Sistemas (ver Tabla 23). Por un lado, el Sistema de Riesgos del Trabajo, cuya entidad rectora es el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; y por el otro lado, el Sistema de Salud bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Ambos sistemas están conformados por organismos de vigilancia y control. Para el caso del SRT, es la Superintendencia de Riesgos del Trabajo y las Administraciones Provinciales del Trabajo, y los operadores y prestadores de servicios, las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, tal cual se observa en la Tabla 23.

Tabla 23. Marco institucional de la salud y seguridad en el trabajo en Argentina

	SISTEMA DE RIESGOS DEL TRABAJO	SISTEMA DE SALUD
Entidades rectoras	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social	Ministerio de Salud
Vigilancia y control	Superintendencia de Riesgos del Trabajo Administraciones Provinciales del Trabajo Superintendencia de Seguros de la Nación	Superintendencia de Servicios de Salud
Operadores y prestadores de servicios	Aseguradoras de Riesgos del Trabajo	Obras Sociales
Instancias dirimitorias	Comisiones Médicas	Superintendencia de Servicios de Salud
Asesores	Comité Consultivo Permanente de la Ley sobre Riesgos del Trabajo Consejo Federal del Trabajo	
Entidades adscritas	Centro de Información sobre Salud y Seguridad en el Trabajo Centros de Control de Venenos	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)
Participación social	Programa Nacional de Prevención por Rama de Actividad - PRONAPRE	Ej. Centros de Integración Comunitaria (Pcia. Bs. As.), Centros de Gestión y Participación (CABA)

Fuente: Elaboración propia SRT

Para el caso del Sistema de Salud, la vigilancia está a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud y la Superintendencia de Seguros de la Nación, mientras que las Obras Sociales son las entidades prestadoras de servicios de salud. Para ambos sistemas, las Comisiones Médicas sirven como instancias definitivas.

Ambos sistemas cuentan con órganos asesores. En el caso del Sistema de Riesgos del Trabajo, el Comité Consultivo Permanente de la Ley sobre Riesgos del Trabajo y el Consejo Federal del Trabajo son las entidades asesoras; y el Centro de Información sobre Salud y Seguridad en el Trabajo y los Centros de control de venenos, son las entidades adscritas. Para el caso del Sistema de Salud, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica se constituye en la entidad adscrita al Sistema de Salud.

Finalmente, ambos sistemas cuentan con espacio de participación social, en los que hay lugar para la participación de los trabajadores en forma multipartita, como en el caso del PRONAPRE. Y para el sistema de salud, en los Centros de Integración Comunitaria (en Provincia de Buenos Aires), y los Centros de Gestión y Participación (en Ciudad Autónoma de Buenos Aires). En ambos casos, este puede ser el escenario oportuno para abordar las problemáticas de los trabajadores informales y a poblaciones en condición de vulnerabilidad.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En general, el panorama nacional de la salud de los trabajadores muestra que Argentina cuenta con:

- a) Un marco institucional sólido para atender la salud de los trabajadores, que a primera vista lo coloca en un punto de desarrollo de moderado a avanzado sobre el tema, aunque se observan oportunidades de mejora y mayor eficacia en diferentes aspectos.
- b) Un marco legal y regulatorio sobre salud y seguridad en el trabajo, seguridad social, el sistema de protección de riesgos del trabajo y el sistema nacional de salud, bastante amplios y nutridos, aunque por la organización político-administrativa del país, también presenta algunas oportunidades de mejora en materia de cobertura y acceso a los servicios. Por ejemplo, la información recabada podría sugerir que hay un cuerpo sólido y coordinado para la inspección, vigilancia y control altamente eficientes, pero los datos de obtenidos en materia de recursos humanos para salud y SST no parecen ser suficientes.
- c) Tiene muchas ventajas en favor de la salud de los trabajadores, aunque no todos los trabajadores reciben el beneficio de esas ventajas, generando diferentes grados de inequidad, como es el caso de los trabajadores en condición de desempleo, informalidad y precariedad, cuya tendencia indica que van en ascenso.

Pese a los aspectos positivos anteriormente mencionados, la salud de la fuerza de trabajo de Argentina está siendo afectada por los determinantes sociales, ambientales y comportamentales de la salud, tales como: la pobreza, las inequidades de género, la discapacidad, el desempleo, el empleo informal y el trabajo precario, la cobertura parcial de servicios de salud ocupacional, las normas laborales y sanitarias dispersas, desactualizadas o descoordinadas, las coberturas de inspección laboral y sanitaria que no llegan a todos los lugares de trabajo, y la exposición persistente a peligros en el lugar de trabajo. Es decir, en todos los lugares donde hombre y mujeres se pueden afectar por las ENTs en el trabajo.

Se observa un Sistema de Salud excesivamente fragmentado, aspecto que dificulta el acceso a los servicios de salud. Incluso dentro del subsistema de atención de riesgos del trabajo, existe una división clara entre la atención de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y exámenes preventivos. El eje rector que puede permitir la unificación de los distintos subsistemas de la seguridad social (trabajo y salud), tiene que ver con la generación de condiciones que les permita centrar la atención en las personas, con una fuerte base en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Por ejemplo, mediante la integración de Servicios Básicos de Salud Ocupacional en el conocimiento y las competencias para el personal de Atención Básica del Sistema de Salud.

Por todo lo anterior, las recomendaciones que se derivan del Panorama son de gran utilidad para la formulación de un **Plan Nacional de Salud de los Trabajadores de Argentina**, en el que se pueda abordar la problemática detectada. En este sentido y con el fin de atender la situación actual de la salud de los trabajadores, se propone tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- 1) Fortalecer los marcos de referencia políticos, legales e institucionales, así como la coordinación y el trabajo articulado entre las distintas instituciones de los sistemas de salud y de riesgos del trabajo en pro de la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores. Esto con el fin de armonizar la visión que se tiene de la salud integral de la persona en el sistema de riesgos del trabajo, y la salud del trabajador en el sistema de salud.
- 2) Fortalecer las capacidades nacionales para prevenir los accidentes y las enfermedades profesionales, mediante la prevención de exposiciones peligrosas en ambos entornos: el lugar de trabajo y la vida diaria, tanto a nivel urbano como a nivel rural, especialmente en zonas con baja densidad demográfica.
- 3) Crear e implementar una cultura de prevención mediante la puesta en marcha de diferentes estrategias específicas, tales como:

- Inclusión de la temática de salud de los trabajadores y de Seguridad y Salud en el Trabajo en las currículas de todos los niveles de educación básica y superior, para preparar a los niños y los jóvenes con conocimientos básicos y específicos de seguridad en el trabajo.
 - Fomentar los procesos de inducción a los procesos de trabajo para que el trabajador nuevo o joven pueda asumir sus responsabilidades entendiendo los posibles riesgos para su salud.
 - Regular, vigilar y analizar de salud de los trabajadores con énfasis en estrategias de prevención de las Enfermedades No Transmisibles, las Enfermedades transmisibles y las lesiones externas.
 - Realizar campañas de salud para el público general relacionados con las zonas productivas y sus riesgos para la ST, y cuando sea del caso, procurar la capacitación capacitar con enfermeras y médicos.
 - Incluir capacitación sobre las condiciones que determinan la ST incluyendo las condiciones de trabajo, a nivel social y comunitario para llegar a los trabajadores informales.
 - Regular la realización de capacitaciones en prevención de riesgos y salud ocupacional por parte de las ART.
- 4) Fortalecer y difundir el sistema de información para la salud y el bienestar de los trabajadores, que atienda la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, el monitoreo y la investigación de las enfermedades, los accidentes y las muertes ocupacionales, teniendo presente condiciones especiales tales como:
- Desarrollar programas de vigilancia epidemiológica ocupacional que atiendan las exposiciones peligrosas y los riesgos específicos a los que pueda estar expuesto el trabajador.
 - Buscar la forma de extender la vigilancia epidemiológica después del retiro de la actividad laboral, con el fin de hacer seguimiento a la ST.
 - En el caso de trabajadores expuestos a cancerígenos o enfermedades de larga existencia, promover la extensión del derecho a reclamar más allá de dos años, especialmente para las enfermedades de larga latencia.
- 5) Fortalecer las alianzas entre el Gobierno, los empleadores, los trabajadores, y otros actores sociales interesados, como un paso fundamental de política pública que permita asegurar que la Sociedad-como-un-todo, actúe en pro de la prevención de los riesgos del trabajo y las ENTs.
- 6) Fortalecer las capacidades nacionales para la detección, diagnóstico y reporte de las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo, mediante el fortalecimiento de la formación de recursos humanos en medicina del trabajo y las demás ciencias de la salud ocupacional (higiene ocupacional o industrial, seguridad industrial, toxicología ocupacional, ergonomía, etc.)
- 7) Atender y abordar la problemática de los riesgos psicosociales, mediante el fortalecimiento de la formación y capacitación de talento humano, para implementar programas de atención, detección y manejo de los problemas de salud mental en el trabajo. SE recomendó dar particular énfasis a la fuerza de trabajo del sector de la salud.
- 8) Generar hasta donde sea posible, un sistema de gestión en salud unificado para el acceso de los trabajadores en general (formales e informales).
- 9) Buscar mecanismos para capacitar a los migrantes como un elemento adicional en el proceso de gestión de su documentación.
- 10) Regular la realización de capacitaciones en prevención de riesgos y salud ocupacional por parte de las ART.

REFERENCIAS

1. Finkelstein Juliana Z, Duhau Mariana, Speranza Ana, Marconi Élida, Escobar Paola. Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [consultado el 24 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325
2. Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA)
3. Ministerio de Salud, Sistemas de Información en Salud.
4. Situación de la Fiebre Amarilla en Argentina; COFESA, Ministerio de Salud
5. Sala de situación epidemiológica de la Enfermedad de Chagas en Argentina: Avances en el control, 2012. Spillmann Cynthia, Burrone Soledad, Coto Héctor. Programa Nacional de Chagas, Ministerio de Salud de la Nación. Rev. Arg. de Salud Pública, vol.4, N° [consultado el 15 de junio del 2013]
6. Gould Ignacio T y otros; Medicina (B. Aires) vol.73 n°.2, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, abr. 2013. Leishmaniasis visceral en la Argentina. Notificación y situación vectorial (2006-2012)
7. Boletín de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación. Argentina
8. Relevamiento de indicadores estadísticos en materia de Seguridad Vial en Argentina. Agencia Nacional de Seguridad Vial Observatorio de Seguridad Vial. 2010
9. INDEC. <http://www.indec.gov.ar/indicadores-sociodemograficos.asp#to>
10. Boletín de Vigilancia n8. Ministerio de Salud de la Nación. 3° Encuesta nacional de factores de riesgo de Enfermedades no transmisibles
11. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera Edición. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015 Impreso en Argentina http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
12. Boletín de Vigilancia. Enfermedades no transmisibles y Factores de Riesgo. Obesidad: Determinantes, epidemiología, y su abordaje desde la salud pública. (Febrero 2016). Ministerio de Salud de la Nación – Presidencia de la Nación. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2016-2_boletin-de-vigilancia-8.pdf
13. Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPreCoSP) – 2011 INDEC - Ministerio de Salud. Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Recuperado de: https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=32&id_tema_3=67
14. Resumen de los resultados del estudio de 2017 de consumo de sustancias psicoactivas 2017 SEDRONAR. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/1.pdf>
15. <http://www.uart.org.ar/~uart/panorama-general-del-sistema-de-riesgos-del-trabajo/>
16. <http://www.adeargentina.org.ar/adea-asociados.php>
17. ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. AUTORÍA: Pilar Navarro Pérez (1), Antonio Jesús Contreras Sánchez (2), M^a del Carmen Junco Gómez (3), Pablo Sánchez Villegas (4), Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido (5), Nuria Luque Martín
18. ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. AUTORÍA: Pilar Navarro Pérez (1), Antonio Jesús Contreras Sánchez (2), M^a del Carmen Junco Gómez (3), Pablo Sánchez Villegas (4), Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido (5), Nuria Luque Martín Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y en colaboración con el Ministerio de Salud de la Nación Argentina [Consultado el 23 de noviembre del 2015]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/navarrop-y-otros-demografia-medica-argentina-2015.pdf>

Bibliografía CAP. 6

1. OMS Subsanan las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. (Español) Ediciones Journal, SA, La Stampa S. A. Buenos Aires, Argentina (2009) Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

2. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre la Salud de los Trabajadores, 2015-2025, Documento CD54-10, Rev.1 Washington, USA 2017. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33983>
3. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. (Eds.) Employment, work and health inequalities: A global perspective. Barcelona, España: Icaria Editorial, S.A.; 2015
4. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario Resultados definitivos Serie B N° 2. Tomo 1. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf
5. Mercado de Trabajo. Indicadores socioeconómicos (EPH). Primer Trimestre 2017. Informes Técnicos vol. 1 n° 103: Trabajo e Ingresos vol. 1 n° 4. Recuperado de: http://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/cuadros_indicadores_eph_06_17.xls
6. Condiciones de Vida. Informes Técnicos vol. 3 n° 83: Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos. Vol. 3 N° 7. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_indicadores_hogares_02_18C09991E48B.pdf
7. Valorización mensual de la Canasta Básica Alimentaria y de la Canasta Básica Total. Julio 2017. Informes Técnicos vol. 1 n° 146: Condiciones de vida vol. 1 n° 10. Recuperado de: http://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/canasta_08_17.pdf
8. Estadísticas sobre Seguridad Social – 3° trimestre 2018. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/seguridadsocial/estudios>
9. Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)
10. Oxford Poverty and human development index, 2014 [cited 2019 Nov 8]. Available from: <https://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/OPHIWP111.pdf>
11. Global Multidimensional Poverty Index: illuminating inequalities. 2019 United Nations Development Programme and Oxford Poverty and Human Development Initiative, 2019
12. PNUD. Índices e Indicadores de Desarrollo Humano: actualización estadística 2018. Argentina Human Development Index 2018. Recuperado de: <http://hdr.undp.org/en/2018-update>
http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_summary_human_development_statistical_update_sp.pdf
13. Las mujeres en el mundo del trabajo. Septiembre 2017. Dirección de Equidad de Género e Igualdad de Oportunidades en el Trabajo Subsecretaría de Políticas, Estadísticas y Estudios Laborales Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/inam/areas-de-intervencion/mujer-trabajo-y-empleo>
14. Mujeres en el mercado de trabajo argentina 2018. Dirección General de Estudios Macroeconómicos y Estadísticas Laborales – Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Recuperado de: http://www.trabajo.gob.ar/downloads/estadisticas/mujeres_mercado_de_trabajo_argentino-3trim2017.pdf
15. Derechos laborales de Mujeres y Varones. Comisión Tripartita de Igualdad de Trato y Oportunidades entre Varones y Mujeres en el Mundo Laboral (CTIO). Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Recuperado de: http://trabajo.gob.ar/downloads/igualdad/100610_cuadernillo2.pdf
16. Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultado definitivo 2018. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf
17. Mapa de la Discriminación. Segunda Edición. Segunda serie de estadísticas sobre discriminación en Argentina. Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo (INADI), 2014
18. Esperanza de vida al nacer, total (años). Recuperado de: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2017&locations=AR-US&start=1960&view=chart>
19. Feminindex. 2019. Recuperado de: <http://economiafeminita.com/>

ANEXOS

ANEXO 1

Artículos para el control sobre el otorgamiento de las prestaciones médico-asistenciales en el ámbito del Sistema de Riesgos del Trabajo.

ARTICULO 1° — Apruébanse los contenidos mínimos que serán requeridos para constituir el Registro de Prestadores Médico Asistenciales de la Ley de Riesgos del Trabajo, creado por el Decreto N° 1.694 de fecha 5 de noviembre de 2009, que, como Anexo, forma parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO 2° — Establécese que, a los efectos de la presente resolución, revisten el carácter de Prestadores Médico Asistenciales los Establecimientos Médicos Asistenciales, los Profesionales Médicos Asistenciales y los Prestadores de Diagnóstico, Rehabilitación y Recalificación Profesional propios y/o contratados, que brinden los servicios destinados a otorgar las prestaciones en especie médico asistenciales previstas en el artículo 20 de la Ley N°24.557.

ARTICULO 3° — Las ASEGURADORAS DE RIESGOS DEL TRABAJO (A.R.T.) y los EMPLEADORES AUTOASEGURADOS (E.A.) deberán inscribir en el citado Registro a sus Prestadores Médico Asistenciales, consignando los servicios que estos brinden, de acuerdo con los requisitos establecidos en el Anexo de la presente resolución.

ARTICULO 6° — Facúltase a la Subgerencia de Control de Prestaciones Médicas para dictar las normas operativas, aclaratorias y complementarias de la presente resolución, a fin de relevar la estructura y complejidad de los Prestadores Médico Asistenciales y evaluar la calidad de las prestaciones que estos brindan como condición de permanencia en el Registro. Como anexo se publicó también el siguiente formulario de registro de prestadores médicos asistenciales.

Tipo	Nombre del campo	Descripción	Necesario para la Aceptación del Registro
Númerico	Cart*	Código de A.R.T./E.A. otorgado por la SRT	Obligatorio
Númerico	CUIT*	CUIT del prestador médico	Obligatorio
Númerico	Código de Establecimiento Empresa	Según Matriz Única	Obligatorio
Fecha	Fecha inicio prestador	Fecha en la cual inicia la relación con el prestador médico	Obligatorio
Fecha	Fecha cese Prestador	Fecha en la cual cesa la relación con el prestador médico	Obligatorio
Númerico	Clinica Médica	Determina si el prestador brinda el servicio de Clínica Médica a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Urgencias	Determina si el prestador brinda el servicio de Urgencias a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Traumatología	Determina si el prestador brinda el servicio de Traumatología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Cardiología	Determina si el prestador brinda el servicio de Cardiología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Neurología	Determina si el prestador brinda el servicio de Neurología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Oftalmología	Determina si el prestador brinda el servicio de Oftalmología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Toxicología	Determina si el prestador brinda el servicio de Toxicología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Nefrología	Determina si el prestador brinda el servicio de Nefrología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Dermatología	Determina si el prestador brinda el servicio de Dermatología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Quemados	Determina si el prestador brinda el servicio de Quemados a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Neumología	Determina si el prestador brinda el servicio de Neumología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Terapia Intensiva	Determina si el prestador brinda el servicio de Terapia Intensiva a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Psicología	Determina si el prestador brinda el servicio de Psicología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Psiquiatría	Determina si el prestador brinda el servicio de Psiquiatría a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Fisioanálisis	Determina si el prestador brinda el servicio de Fisioanálisis a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Kinesioterapia	Determina si el prestador brinda el servicio de Kinesioterapia a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Medicina Laboral	Determina si el prestador brinda el servicio de Medicina Laboral a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Diagnóstico por imágenes	Determina si el prestador brinda el servicio de Diagnóstico por imágenes a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Otorrinolaringología	Determina si el prestador brinda el servicio de ORL a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Neurocirugía	Determina si el prestador brinda el servicio de Neurocirugía a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Cirugía General	Determina si el prestador brinda el servicio de Cirugía General a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Acompañamiento Terapéutico	Determina si el prestador brinda el servicio de Acompañamiento Terapéutico a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Terapia Ocupacional	Determina si el prestador brinda el servicio de Terapia Ocupacional a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Enfermería	Determina si el prestador brinda el servicio de Enfermería a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Recalificación	Determina si el prestador brinda el servicio de Recalificación a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Osteonstitosis	Determina si el prestador brinda el servicio de Osteonstitosis a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Asistencia Domiciliaria	Determina si el prestador brinda el servicio de Asistencia Domiciliaria a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Trabajo de Alta Complejidad	Determina si el prestador brinda el servicio de Trabajo de Alta Complejidad a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Farmacología	Determina si el prestador brinda el servicio de Farmacología a la ART/EA	Obligatorio
Númerico	Otros	Determina si el prestador brinda OTROS servicios a la ART/EA	Obligatorio
Texto	Guardia	Determina si el prestador brinda el servicio de Guardia a la ART/EA	Obligatorio

ANEXO 2

Gráficos georreferenciados de Prestadores de Salud Laboral del país.

Distribución de Prestadores de Baja Complejidad



Distribución de Prestadores con 1 a 5 servicios declarados



Gráfico 4. Distribución de Prestadores con 6 a 10 servicios declarados
Distribución de Prestadores de Baja/Mediana Complejidad



Gráfico 5. Distribución de Prestadores con 11 a 20 servicios declarados
Distribución de Prestadores de Mediana/Alta Complejidad.

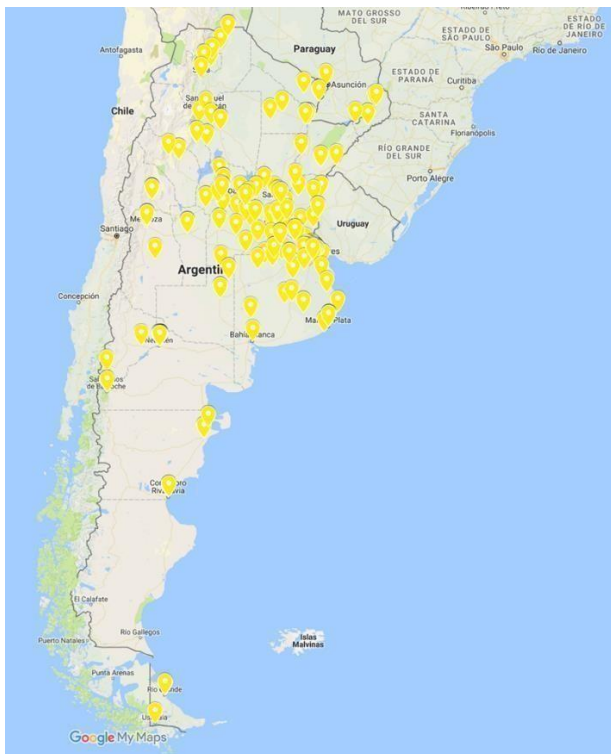


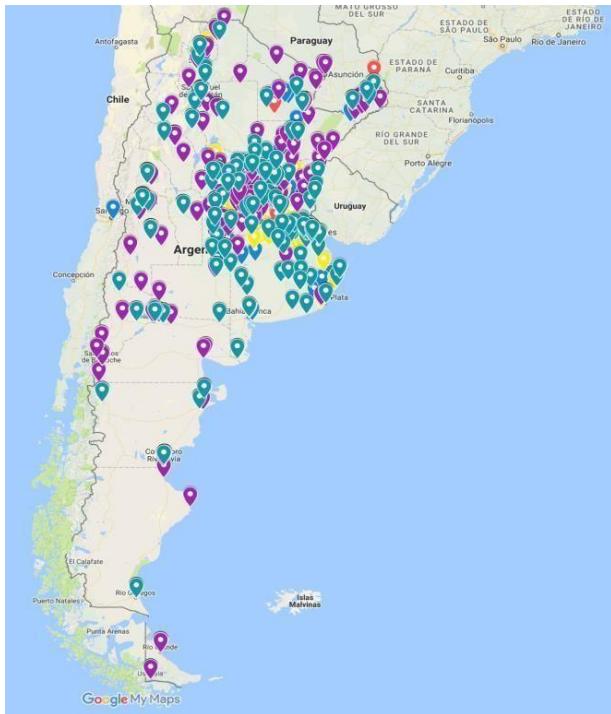
Gráfico 6. Distribución de Prestadores con 21 a 30 servicios declarados

Distribución de Prestadores de Alta Complejidad



Gráfico 7. Distribución de Prestadores con más de 31 servicios declarados

Distribución Total del de Prestadores de Servicios de Salud Laboral en Argentina



ANEXO 3

Obligaciones de las A.R.T.:

Art. 18. — (Reglamentario del artículo 31, punto 1, inciso e) de la Ley N° 24.557) — Las aseguradoras deberán brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica a los empleadores afiliados, en las siguientes materias:

- a. Determinación de la existencia de riesgos y sus potenciales efectos sobre la salud de los trabajadores en el o los establecimientos del ámbito del contrato.
- b. Normativa vigente en materia de higiene y seguridad en el trabajo.
- c. Selección de elementos de protección personal.
- d. Suministro de información relacionada a la seguridad en el empleo de productos químicos y biológicos.

Art. 19. — Las aseguradoras deberán realizar actividades permanentes de prevención de riesgos y control de las condiciones y medio ambiente de trabajo. A tal fin deberán:

- a. Vigilar la marcha del Plan de Mejoramiento en los lugares de trabajo, dejando constancia de sus visitas y de las observaciones efectuadas en el formulario que a tal fin disponga la Superintendencia de Riesgos de Trabajo.
- b. Verificar el mantenimiento de los niveles de cumplimiento alcanzados con el Plan de Mejoramiento.
- c. Brindar capacitación a los trabajadores en técnicas de prevención de riesgos.
- d. Promover la integración de comisiones paritarias de riesgos del trabajo y colaborar en su capacitación.
- e. Informar al empleador y a los trabajadores sobre el sistema de prevención establecido en la Ley sobre Riesgos del Trabajo y el presente decreto, en particular sobre los derechos y deberes de cada una de las partes.
- f. Instruir, a los trabajadores designados por el empleador, en los sistemas de evaluación a aplicar para verificar el cumplimiento del Plan de Mejoramiento.
- g. Colaborar en las investigaciones y acciones de promoción de la prevención que desarrolle la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- h. Cumplir toda obligación que establezca la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Art. 27. — Los exámenes médicos previstos en el artículo 23 del Decreto 351/79 serán realizados por la aseguradora con la que contrate el empleador. Dichos exámenes serán sin cargo para el empleador, a excepción de los exámenes pre ocupacionales de trabajadores que no se incorporen a la empresa, o que habiéndose incorporado permanezcan bajo la dependencia del empleador por un período inferior a TRES (3) meses

Obligaciones de los empleadores:

Art. 28. — (Reglamentario del artículo 31, punto 2 de la Ley N° 24.557) — Los empleadores estarán obligados a:

- a. Permitir el ingreso a su establecimiento, dentro de los horarios de trabajo y sin necesidad de previa notificación, del personal destacado por las aseguradoras, cuando concurra en cumplimiento de las funciones previstas en la Ley sobre Riesgos del Trabajo y en el contrato de afiliación suscripto.
- b. Suministrar a las aseguradoras la información necesaria para evaluar, desarrollar y controlar el Plan de Mejoramiento.
- c. Cumplir el programa de capacitación acordado con la aseguradora.
- d. Poner en conocimiento de los trabajadores el Plan de Mejoramiento.
- e. Brindar adecuada capacitación a los trabajadores respecto de los riesgos inherentes a sus puestos de trabajo.
- f. Cumplir con los planes acordados con las aseguradoras y con las actividades programadas para prevenir los riesgos del trabajo.
- g. Proveer a la aseguradora toda la información que requiera a los fines de la determinación de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional.
- h. Cumplir toda otra obligación que establezca la Superintendencia de Riesgos de Trabajo.

ANEXO 4

Para llevar adelante estos ejes de trabajo, se implementaron los siguientes Programas de Focalización a los que ingresan los empleadores, de acuerdo a las condiciones específicas de cada uno respecto a las condiciones y medio ambiente de trabajo. Estos programas les confieren una serie de obligaciones tanto a los empleadores como a las ART con el objeto mejorar los ambientes de trabajo para asegurar el bienestar físico y mental de los empleados en su lugar de trabajo:

Programa para la Reducción de los Accidentes Mortales: (Resoluciones SRT N° 1721/04 y N° 1392/05) El programa tiene una duración de un (1) año. En el año 2016 alcanzó a 491 casos.

Programa de Investigación de Accidentes Graves y Mortales: (Resolución SRT N° 230/03) Durante el año 2016 se registraron 491 casos de accidentes mortales y 9.456 accidentes graves.

Programa para Empleadores con Siniestralidad Elevada PyMEs: (Resolución SRT N° 20/18) Al programa ingresan aquellos empleadores que tienen una serie de características particulares:

- Empleadores con un promedio anual de 11 a 49 trabajadores.
- Empleadores con un índice de incidencia superior 30% respecto del índice de incidencia del tamaño y la actividad del estrato al que pertenecen - CIIU a 3 dígitos.
- Empresas que computen accidentes laborales con más de 10 días de baja, todas las enfermedades profesionales y accidentes con incapacidades (Con menos de 10 días).
- No se contemplan accidentes mortales.
- No se contemplan accidentes "in itinere".
- Cada Muestra tiene una duración de 2 años. La última Muestra alcanzó a 1.500 empresas.

Programa para Empleadores con Siniestralidad Elevada: (Resolución SRT N° 363/16) Al programa ingresan aquellos empleadores que tienen una serie de características particulares:

- Empleadores con un promedio anual igual o mayor a 50 trabajadores.
- Empleadores con un índice de incidencia superior 30% respecto del índice de incidencia del tamaño y la actividad del estrato al que pertenecen - CIIU a 3 dígitos
- Empresas que computen accidentes laborales con más de 10 días de baja, todas las enfermedades profesionales y accidentes con incapacidades (Con menos de 10 días).
- No se contemplan accidentes mortales.
- No se contemplan accidentes "in itinere".

Cada Muestra tiene una duración de 2 años. La última Muestra alcanzó a 1.756 empresas.

Programa de Prevención sector Construcción: (Resoluciones SRT N° 1642/2009; N° 51/97; 35/98; 319/99 y N° 552/01 y Decreto 911/1996) Actualmente en Argentina se registran 25.000 empleadores con 35.000 Avisos de Obra ejecutándose y emplean a 250.000 trabajadores.

Programa de Prevención Grupo Básico: (Resoluciones SRT N° 552/01) El programa alcanza a todos aquellos empleadores que no se encuentran en programas focales. Dado el volumen del universo de empresas, operativamente se focalizan empresas con riesgo higiénico y las de actividad agraria.

Define estructuras de datos de avisos de obra de la construcción.

Planificación Anual Materia de Prevención por ART: (Resolución SRT N° 771/13) Tiene por objeto el control sobre los sistemas de gestión de las áreas de prevención de las 20 ART's y 5 Entidades Autoaseguradas que actualmente se encuentran habilitadas en Argentina.

Programa CyMAT Desde el año 2016 se está llevando a cabo un trabajo conjunto con Comisiones Médicas para la evaluación de puestos de trabajo relacionados con Enfermedades Profesionales.

Programa de fortalecimiento de las Condiciones de Salud y Seguridad en el Trabajo en Organismos Públicos: (Resolución SRT N° 1068/10) A través de la firma de Convenios de Cooperación Institucional, la SRT brinda asistencia profesional y capacitación integral a los agentes del Estado Nacional, Provincial y Municipal.

Trabajos en conjunto con el MTEy SS

Talleres Protegidos de Producción. (Ley N° 26.816) Régimen Federal de Empleo Protegido para personas con discapacidad y a solicitud del MTEySS. Total de inspecciones a realizar: 269 Talleres Protegidos de Producción.

Régimen Crédito Fiscal. Resolución Secretaría de Empleo (MTESS) N° 847/15. Total inspecciones a realizar: 125 establecimientos.

Programa Nacional de Prevención por Rama de Actividad - PRO.NA.PRE: Es un programa destinado al desarrollo y la programación de políticas activas de prevención primaria, secundaria y terciaria para cada sector de actividad económica, para ello se programa la conformación de Comisiones Cuatripartitas. Sus principales funciones son:

- Relevamiento de los riesgos, cargas y exigencias específicas del sector en cuestión, guías de observación de problemas, mediciones instrumentales, entre otras.
- Elaboración de Mapas de Riesgos por jurisdicción, por provincia y a nivel nacional
- Relevamiento de estudios médicos resultantes de los exámenes pres ocupacionales y periódicos del sector.
- Participación en la elaboración de políticas de prevención primaria, secundaria y terciaria y sus programas de ejecución.
- Manuales de buenas prácticas.
- Desarrollo de programas de vigilancia epidemiológica en salud y seguridad en el trabajo y de monitoreo de las políticas preventivas.

Los sectores de actividades que actualmente participan son:

Industria Automotriz	Camiones Cereales	Camiones Agua Gaseosa
Industria Cuero	Industria Eléctrica	Industria Frigorífica
Industria Láctea	Industria Metalmecánica	Transporte de Pasajeros
Minería	Industria Petrolera	Yerba Mate
Trenes Señaleros	Trenes maquinistas	Mensajería en Moto
Hotelería	Vial	Trabajo Rural
Pesca en Altura	Trabajo Portuario en Muelle	Trabajo Portuario en Agua
Elaboración de Té	Madera (Misiones – Corrientes)	Chacinados
Tabaco	Aceiteros	

Leyes-Decretos-Resoluciones de Ministerio de trabajo-SRT

-Ley (Decreto Ley) 19.587/1972 de Higiene y Seguridad en el Trabajo (B.O. 28/04/1972) Ley 24.557 sobre Riesgos del Trabajo. (B.O. 04/10/1995)

-Ley 26.773: Régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. (B.O. 26/10/2012)

-Ley 26.940: Promoción del Trabajo Registrado y Prevención del Fraude Laboral. (B.O. 02/06/2014)

-Ley 26.941: Sustitúyase el artículo 5° de Capítulo 2 del Anexo II "Régimen General de Sanciones por Infracciones Laborales" al Pacto Federal del Trabajo, ratificado por la ley 25.212. (B.O. 02/06/2014)

-Ley 26.941: Marco legal de la actividad actuarial. Artículo 15: Aplicación del régimen previsto por la

-Ley sobre Riesgos del Trabajo 24.557, sus modificatorias y complementarias. (B.O. 26/11/2015)

-Ley 27.323: Modifícase el artículo 75 del Régimen de Contrato de Trabajo aprobado por la ley 20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias. (B.O. 15/12/2016)

-Ley 27.348 Complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo. (B.O. 24/02/2017)

Decretos

-Decreto 4159/1973: Declárase "Día de la Higiene y Seguridad en el Trabajo" en la República Argentina, el día 21 de abril de cada año. (B.O. 06/07/1973)

-Decreto 351/1979: Reglamentación de la Ley 19.587 de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Derógase el Decreto 4160/73. (B.O. 22/5/1979)

-Decreto 506/1995: Facúltase al Ente Nacional Regulador Nuclear (ENRN) a dictar normas en materia de seguridad radiológica y nuclear. El ENRN asumirá todas las atribuciones y funciones asignadas a la CNEA por Dec. 842/58, Art. 79 del Dec. 5423/57 y Art. 62 del Dec. 351/79. (B.O. 17/04/1995)

-Decreto 170/1996: Reglamentación de Ley 24.557 de Riesgos del Trabajo. Obligaciones de los actores sociales en materia de Prevención. (B.O. 26/2/1996)

-Decreto 708/1996: Establécese que podrán acceder al régimen de auto seguro los empleadores que califiquen en el segundo nivel de cumplimiento de la normativa de higiene y seguridad, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 8° del Decreto N° 170/ 96. (B.O. 05/08/1996)

-Decreto 491/1997: Incorpórense al ámbito de aplicación y al sistema creado por la Ley N° 24.557 a los trabajadores domésticos, a los vinculados por relaciones no laborales y a los trabajadores autónomos. Modificación de los Decretos 334/96, 717/96 y 1338/96. (B.O. 04/06/1997)

-Decreto 1278/2000: Modifícase la Ley N° 24.557 y su modificatoria. (B.O. 03/01/2001). En materia de Prevención el art. 1° sustituye los apartados 2, 3, 4 y 5 del art. 4° de la Ley N° 24.557.

-Decreto 410/2001: Reglamentación de la LRT. Su art. 1° (reglamentario del art. 4° de la LRT y sus modificatorias) faculta a SRT para determinar criterios y parámetros de calificación de empresas o establecimientos considerados críticos. (B.O. 17/04/2001)

-Decreto 2239/2002: Plan de Inclusión de Empleadores para integrar en la normativa establecida por la LRT, a los empleadores que adeuden sumas al Fondo de Garantía, incorporando en dicho ámbito de protección a sus trabajadores e intensificando las medidas de prevención en riesgos laborales. (B.O. 07/11/2002)

-Decreto 1694/2009: Incrementéense los montos de las Prestaciones Dinerarias. Créase el Registro de Prestadores Médico Asistenciales. (B.O. 06/11/2009)

-Decreto 1720/2012: Constitución de entidades Aseguradoras de Riesgos del Trabajo sin fines de lucro. "ART-MUTUAL". (B.O. 20/09/2012)

-Decreto 472/2014: Apruébese la reglamentación de la Ley 26.773. Facúltase a la SRT a dictar las normas complementarias. Aplicación a las contingencias referidas en el art. 17, ap. 5, de la Ley 26.773. (B.O. 11/04/2014)

-Decreto 467/2014: Reglamentase la Ley 26.844 para el Personal de Casas Particulares. Artículo 74: Reparación y prevención de riesgos del trabajo. (B.O. 16/04/2014)

-Decreto 762/2014: Reglamentación de la Ley sobre Riesgos del Trabajo 24.557 y sus modificaciones, Empresas de Servicios Eventuales y Empresas Usuarias. (B.O. 30/05/2014)

-Decreto 1714/2014: Reglamentación de la Ley 26.940. Registro Público de Empleadores con Sanciones Laborales. Alícuotas del Régimen de Riesgos del Trabajo, criterios y parámetros sobre alta siniestralidad. Funciones del Comité de Seguimiento. (B.O. 01/10/2014)

-Decreto 1475/2015: Determinación de las Contingencias e Incapacidades. Intervención de las Comisiones Médicas. Trámite y recursos. Modifícase el Decreto 717/96. (B.O. 31/07/2015)

-Decreto 1801/2015: Prorrogase desde el 1° de agosto de 2015 y por el término de 12 meses el plazo establecido en el artículo 30 de la Ley 26.940. (B.O. 08/09/2015)

-Decreto 616/2016 Reglamentase la Ley 27.203 de la Actividad Actoral. Artículo 3: Encomiéndese a la Superintendencia de Servicios de Salud, SRT y a la Superintendencia de Seguros de la Nación, a establecer los lineamientos de cobertura previstos en los arts. 13 y 15 de la Ley 27.203. (B.O. 26/04/2016)

-Decreto 946/2016. Prorrogase por el término de doce meses el plazo establecido en el art. 30 de la Ley 26.940 de Promoción del Trabajo Registrado y Prevención del Fraude Laboral. (B.O. 19/08/2016)

Resoluciones del Ministerio de Trabajo

-Res. 523/1995 MTSS: Modifícase el Art. 58 del Anexo I del Decreto 351/79 sobre Provisión de Agua Potable (B.O. 26/12/1995)

-Res. 759/2014 MTESS: Procedimiento del Decreto 762/2014 respecto de los trabajadores eventuales asignados a las Empresas Usuarias. Contratos de afiliación de las Empresas de Servicios Eventuales celebrados con anterioridad a la entrada en vigencia del Decreto 762/2014. Notificación a las Empresas Usuarias. (B.O. 31/07/2014)

-Res. 1062/14 MTESS: Personal de Casas Particulares. Adecuación de las remuneraciones horarias y mensuales mínimas para el Personal comprendido en el Régimen establecido por la Ley N° 26.844. Categorías. (B.O. 02/10/2014)

Resoluciones de la de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo

-Res. 239/1996 SRT: Apruébense los requisitos para las constancias de las visitas a los establecimientos que realicen las Arts., de acuerdo al Decreto 170/96. (B.O. 08/01/1997)

Res. 10/1997 SRT: Procedimiento para la comprobación y juzgamiento de los incumplimientos a la LRT por parte de las Arts. y empleadores auto asegurados. (B.O. 18/02/1997)

-Res. 25/1997 SRT: Procedimiento para la comprobación y juzgamiento de los incumplimientos por parte de los empleadores a la LRT y normas de higiene y seguridad. (B.O. 11/04/1997)

Res. 47/1997 SRT: Defínanse los conceptos de Gastos de Prevención a los efectos del cálculo de Índice de Gastos de Prevención (IP) art. 5° Res. SSN 25.174/97. (B.O. 14/07/1997)

-Res. 113/2002 SRT: Adhiérase a la declaración del día 28 de abril, como el "Día Nacional en Memoria de los Trabajadores Fallecidos y Heridos en Ocasión del Trabajo". (B.O.06/05/2002)

-Res. 230/2003 SRT: Obligación de los empleadores asegurados y de los empleadores auto asegurados de denunciar todos los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a su ART y a la SRT. Obligación de investigar los accidentes mortales, enfermedades profesionales y los accidentes graves. Derógase la Res. 23/97 SRT (B.O. 20/05/2003)

Res. 311/2003 SRT: Apruébese el Reglamento de Higiene y Seguridad en el Trabajo para el Sector de Televisión por Cable. (B.O. 07/07/2003)

-Res. 760/2003 SRT: Declárase a la semana comprendida entre el 21 y el 28 de abril de cada año "La Semana Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo". (B.O. 02/12/2003)

-Res. 592/2004 SRT: Apruébese el Reglamento para la Ejecución de Trabajos con Tensión en Instalaciones Eléctricas Mayores a Un Kilovolt. Establéese que los empleadores deberán poner a disposición de las comisiones de higiene y seguridad los Planes de Capacitación para la habilitación de los trabajadores que lleven a cabo las tareas mencionadas. (B.O. 06/07/2004)

-Res. 635/2008 SRT: Implementase el sistema de "Ventanilla Electrónica", como parte de los procesos de control y de gestión de trámites entre las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, los Empleadores Auto asegurados y la SRT. (B.O. 26/06/2008)

Resoluciones de la Superintendencia de Seguros de la Nación

-Res. 35.550/2011 SSN: Seguro de responsabilidad civil por accidentes del trabajo y enfermedades laborales complementario a riesgos amparados Ley N° 24.557. (B.O. 16/02/2011)

Resoluciones de la Secretaría de Seguridad Social

-Res. 16/2015 SSS: Fijase la tarifa sustitutiva del Convenio de Corresponsabilidad Gremial celebrado entre la UATRE y diversas entidades representativas de la producción de yerba mate de las Provincias de Misiones y Corrientes, homologado por la Res. SSS 3/2015. (B.O. 15/05/2015)

Resoluciones Conjuntas SRT y SSN

-Res. Conj. SRT 981/2015 y SSN 39150/2015: Fijese como alícuota para la cobertura de los riesgos del trabajo, de aquellos trabajadores incluidos en el Convenio de Corresponsabilidad Gremial de la Actividad Yerbatera de las provincias de Misiones y Corrientes. (B.O. 07/05/2015)

Disposiciones de la ex DNHST

-Disposición 2/1983 DNHST: Clarifícase los conceptos sobre sistemas de higiene personal que regula el Decreto 351/79. Aclárense los alcances del art. 42 del Anexo I. (B.O. 30/8/1983)

-Disp. DNHST 79/1987: Establécese que las inspecciones deberán efectuarse con la presencia de representantes de la empresa, de la Comisión Interna Sindical y/o de los representantes obreros de la Comisión de Higiene y Seguridad. (B.O. 04/03/1988). Modificada según Disp. 40/88 DNHST (B.O. 21/06/1988)

Disposiciones de la ex GCFyA - SRT

-Disp. 10/2003 GCFyA - SRT: Información que deberán suministrar las ART sobre promoción y fiscalización de las normas de Higiene y Seguridad, y su actualización conforme lo establecido en las Res. 2 y 66/96 SRT. (08/07/2003)

Disposiciones de la ex GPyC - SRT

-Disp. 001/05 GPyC - SRT: Información que deberán suministrar los Empleadores Auto asegurados sobre el cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad. (21/01/2005)

Circulares de la ex GPyC – SRT

-Circular GPyC – SRT 001/04: Informe de Investigación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Deróguense las Circulares SP 001/99 y GCFyA 003/03. Dejase sin efecto la Nota SP 3400/98. (04/06/2004)

-Circular GPyC – SRT 005/04: Informe de Investigación de Accidentes de Trabajo. Aclárense determinadas obligaciones establecidas en la Circular GPyC 001/04. (23/10/2004)

Algunos aspectos vinculados a la normativa general:

Protocolos

-Res. 84/2012 SRT: Protocolo para la Medición de la Iluminación en el Ambiente Laboral. (B.O. 30/01/2012)

-Res. 85/2012 SRT: Protocolo para la Medición del nivel de Ruido en el Ambiente Laboral. (B.O. 30/01/2012)

-Res. 861/15 SRT: Protocolo para Medición de Contaminantes Químicos en el Aire de un Ambiente de Trabajo. (B.O. 23/04/2015)

-Res. 886/15 SRT: Protocolo de Ergonomía. (B.O. 24/04/2015)

-Res. 900/15 SRT: Protocolo para la Medición del valor de puesta a tierra y la verificación de la continuidad de las masas en el Ambiente Laboral. (B.O. 28/04/2015)

-Res. 3345/15 SRT: Establéense límites máximos para las tareas de traslado de objetos pesados, y para las tareas de empuje o tracción de objetos pesados. Definiciones. (B.O. 29/09/2015)

-Disposición 1/2016 de la Gerencia de Prevención (SRT): Prorrogase por el término de doce (12) meses los plazos establecidos en el punto 5 del Anexo III de la Resolución SRT 886/2015. (B.O. 11/04/2016)

Programa de Promoción de la Investigación, Formación y Divulgación sobre Riesgos del Trabajo

-Res. 390/2013 SRT: Créase el “Programa de Promoción de la Investigación, Formación y Divulgación sobre Riesgos del Trabajo”.

Derogase la Res. SRT 512/2001, sus modificatorias y complementarias, Res. SRT 839/2005, 446/2006, 555/2007, 534/2008, y 443/2009. (B.O. 08/02/2013)

-Res. SRT 1440/2008, 100/2009 y 1450/2010: Designense integrantes del Comité Evaluador del Programa de Promoción de la Investigación, Formación y Divulgación sobre Riesgos del Trabajo. (B.O. 30/12/2008, 06/02/2009 y 08/10/2010)

Sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo

-Res. 222/1998 SRT: Apruébese el contenido de los formularios de evaluación para alcanzar el Cuarto nivel de cumplimiento de normas de prevención. (B.O. 02/12/1098)

-Res. 103/2005 SRT: Adóptense las "Directrices sobre Sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo" de la Oficina Internacional del Trabajo-OIT. (B.O. 01/02/2005)

-Res. 523/2007 SRT: Apruébense las "Directrices Nacionales para los Sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo". (B.O. 17/04/2007)

-Res. 1629/2007 SRT: Apruébese el "Reglamento para el Reconocimiento de implementación de los Sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo". (B.O. 26/10/2007)

Construcción

-Decreto 911/1996: Reglamento de Higiene y Seguridad para la Industria de la Construcción. (B.O. 14/08/1996)

-Res. 231/1996 SRT: Reglamentación del Decreto 911/1996. (B.O. 27/11/1996)

-Res. 51/1997 SRT: Establéese que los empleadores deberán comunicar la fecha de inicio de todo tipo de obra y confeccionar el Programa de Seguridad para cada obra que inicien. (B.O. 21/07/1997)

-Res. 35/1998 SRT: Establéese un mecanismo para la coordinación en la redacción de los Programas de Seguridad, su verificación y recomendación de medidas correctivas en las obras de construcción, a los efectos de cumplimentar los arts. 2 y 3 de la Res. 51/1997. (B.O. 06/04/1998)

-Res. 319/1999 SRT: Establéese que en aquellos casos en que desarrollaran actividades simultáneas dos o más contratistas o subcontratistas, los comitentes deberán llevar a cabo las acciones de coordinación de Higiene y seguridad. Los empleadores que realicen obras de carácter repetitivo y de corta duración confeccionarán y presentarán ante su ART, un Programa de Seguridad. (B.O. 15/09/1999)

-Decreto 144/2001: Ampliense las facultades conferidas por el Decreto 911/96 a la SRT, en relación con el dictado de normas complementarias y de actualización, de acuerdo con las innovaciones tecnológicas que se produzcan en la industria de la construcción. (B.O. 13/02/2001)

-Res. 1642/2009 SRT: Créase la Comisión de Trabajo para Empresas con Establecimientos que Registren Alta Siniestralidad en la Actividad de la Construcción. (B.O. 25/11/2009)

-Res. 550/2011 SRT: Establéese un mecanismo de intervención más eficiente para las etapas de demolición de edificaciones existentes, excavación para subsuelos y ejecución de submuraciones, con el fin de mejorar las medidas de seguridad preventiva, correctiva y de control en las obras en construcción. (B.O. 29/04/2011)

-Disposición 1/2011 de la Gerencia de Prevención (SRT): Establéese que a los efectos de comunicar a esta SRT los Avisos de Obra entregados por los empleadores a sus ART, según lo prescripto en los artículos 12 y 13 de la Res. SRT 552/2001, las A.R.T. deberán seguir las indicaciones establecidas en el Anexo que forma parte integrante de la presente disposición. Derogase la Circular GCFyA 002/2003. (B.O. 21/06/2011)

-Res. 503/2014 SRT: Establéese que cuando se ejecuten trabajos de movimiento de suelos, excavaciones manuales o mecánicas a cielo abierto superiores a 1,20 m de profundidad, para la ejecución de zanjas y pozos y todo otro tipo de excavación no incluida en la Res. SRT 550/2011, el Empleador debe adoptar determinadas medidas de prevención. (B.O. 14/03/2014)

Agro

-Decreto 617/1997: Reglamento de Higiene y Seguridad para la Actividad Agraria. (B.O. 11/07/1997)

-Ley 25.739: Apruébese el Convenio sobre la seguridad y la salud en la agricultura, 2001 –núm. 184–. (B.O. 24/06/2003) Ratificado 26 de junio de 2006

-Res. 11/2011 de la Comisión Nacional de Trabajo Agrario (CNTA): Condiciones Generales de Trabajo para trabajadores agrarios temporarios, cíclicos y estacionales. (B.O. 11/04/2011)

-Res. 46/2011 CNTA: Condiciones Generales de Trabajo para trabajadores agrarios temporarios que se desempeñan en la actividad Semillera. (B.O. 16/08/2011)

-Ley 26.727: Apruébase el Régimen de Trabajo Agrario. Título VII: De la seguridad y los riesgos en el trabajo (B.O. 28/11/2011)

Minería

-Decreto 249/2007: Reglamento de Higiene y Seguridad para la Actividad Minera: (B.O. 23/03/2007)

Servicios de Salud y Seguridad en el Trabajo

-Res. 313/1983 MT: Dispónese la Habilitación de Técnicos en la Especialidad para el ejercicio del cargo a que se refiere el Art. 35° del Anexo I del Decreto 351/79. (B.O. 11/05/1983)

-Res. 483/1989 MTSS: Aclarase la expresión "Graduados Universitarios". Derógase la Res. 1006/79 MT. (B.O. 27/6/1989)

-Decreto 1338/1996: Servicios de Medicina y de Higiene y Seguridad en el Trabajo. Trabajadores equivalentes. Deróguense los Títulos II y VIII del Decreto 351/79. (B.O. 28/11/1996). *Art. 11 modificado por art. 24 del Decreto 491/1997. (B.O. 04/06/1997)*

-Res. 201/2001 SRT: Establécese que los profesionales inscriptos en el Registro Nacional de Graduados Universitarios en Higiene y Seguridad y los Técnicos en Higiene y Seguridad necesitarán contar con el número de registro oportunamente obtenido más la certificación de su especialidad emitida por los Consejos y/o Colegios Profesionales de Ley de la jurisdicción que correspondan. Deróguense los arts. 2, 3, 4 y 5 y el Anexo I de la Res. 29/98. (B.O. 20/04/2001)

-Res. 693/2004 SRT: Adoptase el Código Internacional de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional, aprobado por la Junta Directiva de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH). (B.O. 09/08/2004)

-Res. 1830/2005 SRT: Sustitúyase el Art. 16 del Decreto 911/96 en relación con los graduados universitarios habilitados para dirigir las prestaciones de Higiene y Seguridad en la industria de la construcción. (B.O. 26/09/2005)

Res. 905/2015 SRT: Establécese las funciones que deberán desarrollar los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y de Medicina del Trabajo en cumplimiento con el Decreto 1338/96. Créase el "Registro Digital Único de Legajos de Salud". (B.O. 04/05/2015)

Exámenes Médicos / Enfermedades Profesionales

-Decreto 658/1996: Apruébase el Listado de Enfermedades Profesionales, previsto en el art. 6°, inc. 2 de la Ley N° 24.557. (B.O. 27/06/1996)

-Decreto 1167/2003: Modifícase el Listado de Enfermedades Profesionales previsto en el art. 6°, inc. 2, ap. a) de la Ley N° 24.557. (B.O. 03/12/2003)

-Laudó 405/1996 MTESS: Apruébase el Manual de Procedimiento para el Diagnóstico de las Enfermedades Profesionales. (B.O. 14/06/1996)

-Res. 1141/2004 SRT: Derógase la Res. 490/03, que dispuso el relevamiento de riesgo de enfermedades profesionales por parte de las ART y Autoasegurados. (B.O. 26/10/04)

-Res. 840/2005 SRT: Créase el Registro de Enfermedades Profesionales. Procedimientos a seguir para la denuncia de enfermedades profesionales. Información que las ART y empresas autoaseguradas deben remitir a la SRT. (B.O. 26/04/2005)

-Res. 37/2010 SRT: Establécese los exámenes médicos en salud que quedarán incluidos en el sistema de riesgos del trabajo. Deróganse las Res. SRT 43/97, 28/98 y 54/98. (B.O. 27/01/2010)

-Res. 1389/2010 SRT: Modificación de la Res. SRT 840/2005, mediante la cual se creó el Registro de Enfermedades Profesionales. (B.O. 23/09/2010)

-Res. 301/2011 SRT: Consideránse parámetros para determinar trabajadores "susceptibles al ruido". (B.O. 31/03/2011)

-Decreto 49/2014: Modifícase el Listado de Enfermedades Profesionales previsto en el art. 6°, inc. 2, ap. a) de la Ley N° 24.557. Sustitúyese el Anexo I del Decreto 659/96 (Tabla de Evaluación de Incapacidades Laborales). Modifícase el Decreto 590/97. (B.O. 20/01/2014).

-Res. 3327/2014 SRT: Apruébase el Procedimiento para la denuncia de Enfermedades Profesionales y el Procedimiento para la Solicitud de Baja de Enfermedades Profesionales denunciadas al "Registro de Enfermedades Profesionales". Deróganse la Res. SRT 1601/2007 y la Instrucción SRT 2/2010. Establécese la entrada en vigencia de la presente resolución a partir del 1 de enero de 2015. (B.O. 11/12/2014)

-Res. SRT 525/2015: Apruébase el “Procedimiento administrativo para la denuncia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales” (anexo I) y los “Modelos de los formularios” (anexo II). Deróganse los artículos 2°, 3°, 4°, 7° y los Anexos I, II y III de las Res. SRT 840/2005 y 1389/2010. (B.O. 27/02/2015)

-Res. 270/2015 MTESS: Establécense medidas antidiscriminatorias y motivo de denuncia por violación de las Leyes Nros. 23.592, 23.798 y 25.326, la exigencia de realización de estudios de laboratorio con el objeto de detectar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o V I H. en los postulantes a trabajador o trabajadora dentro de los exámenes pre ocupacionales. (B.O. 08/05/2015)

-Res. 475/2017 SRT: Apruébase el “Manual de Codificación de Enfermedades Profesionales”. Deróguese la Disposición de la Gerencia General (G.G.) N° 69 de fecha 09 de septiembre de 2002. (B.O. 24/04/2017)

ANEXO 6

Anexo I: Convenio fundamentales de O.I.T. ratificados por Argentina.

Código	Convenio	Fecha	Estatus
C029 - P029	Convenio sobre el trabajo forzoso, 1930 (num 29) - <i>Protocolo de 2014 sobre el trabajo forzoso, 1930 ratificado el 09 de noviembre 2016 (en Vigor)</i>	14 de Marzo de 1950	En vigor
C087	Convenio sobre la libertad sindical y la protección al derecho de sindicación, 1948 (num 87)	18 de Enero 1960	En vigor
C098	Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949 (num 98)	24 de Septiembre 1956	En vigor
C100	Convenio sobre igualdad de remuneración, 1951 (num 100)	24 de Septiembre 1956	En vigor
C105	Convenio sobre la abolición del trabajo forzoso, 1957 (num 105)	18 de Enero 1960	En vigor
C111	Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (num 111)	18 de Junio 1968	En vigor
C138	Convenio sobre la edad mínima, 1973 (num 138) - <i>Edad mínima especificada: 16 años.</i>	11 de Noviembre 1996	En vigor
C182	Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, 1999 (un 182)	5 de Febrero 2001	En vigor

Anexo II: Convenios de Gobernanza ratificados por Argentina.

Código	Convenio	Fecha	Estatus
C081	Convenio sobre la inspección del trabajo, 1947 (num 81)	17 de Febrero 1955	En vigor
C129	Convenio sobre la inspección del trabajo (Agricultura), 1969 (num 129)	20 de Junio 1985	En vigor
C144	Convenio sobre la consulta tripartita (normas internacionales del trabajo), 1976 (num 144)	13 de Abril 1987	En vigor

Anexo III: Convenios Técnicos ratificados por Argentina.

Código	Convenio	Fecha	Estatus	Nota
C001	Convenio sobre las horas de trabajo (industria), 1919 (num 1)	30 de Noviembre 1933	En vigor	
C002	Convenio sobre el desempleo, 1919 (num 2)	30 de Noviembre 1933	En vigor	
C003	Convenio sobre la protección de la maternidad, 1919 (num 3)	30 de Noviembre 1933	En vigor	
C004	Convenio sobre el trabajo nocturno (mujeres), 1919 (num 4)	30 de Noviembre 1933	No está en vigor	Derogado por decisión de la Conferencia Internacional del Trabajo en su 106.a reunión 2017

C005	Convenio sobre la edad mínima (industrial), 1919 (num 5)	30 de Noviembre 1933	No está en vigor	Denuncia automática el 11 Noviembre 1997 por Convenio C138
C006	Convenio sobre el trabajo nocturno de los menores (industria), 1919 (num 6)	30 de Noviembre 1933	En vigor	
C007	Convenio sobre la edad mínima (trabajo marítimo), 1920 (num 7)	30 de Noviembre 1933	No está en vigor	Denuncia automática el 11 Noviembre 1997 por Convenio C138
C008	Convenio sobre las indemnizaciones de desempleo (naufragio), 1920 (num 8)	30 de Noviembre 1933	No está en vigor	Denuncia automática el 28 de Mayo 2015 por Convenio MLC, 2006
C009	Convenio sobre la colocación de la gente de mar, 1920 (num 9)	30 de Noviembre 1933	No está en vigor	Denuncia automática el 28 de Mayo 2015 por Convenio MLC, 2006
C010	Convenio sobre la edad mínima (agricultura), 1921 (num 10)	26 de Mayo 1936	No está en vigor	Denuncia automática el 11 Noviembre 1997 por Convenio C138
C011	Convenio sobre el derecho de asociación (agricultura), 1921 (num 10)	26 de Mayo 1936	En vigor	
C012	Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo (agricultura), 1921 (num 12)	26 de Mayo 1936	En vigor	
C013	Convenio sobre la cerusa (pintura), 1921 (num 13)	26 de Mayo 1936	En vigor	
C014	Convenio sobre el descanso semanal (industrial), 1921 (num 14)	26 de Mayo 1936	En vigor	
C015	Convenio sobre la edad mínima (pañoleros y fogoneros), 1921 (num 15)	26 de Mayo 1936	No está en vigor	Derogado por decisión de la Conferencia Internacional del Trabajo en su 106.a reunión 2017
C016	Convenio sobre el examen médico de los menores (trabajo marítimo), 1921 (num 16)	26 de Mayo 1936	No está en vigor	Denuncia automática el 28 de Mayo 2015 por Convenio MLC, 2006
C017	Convenio sobre la indemnización por accidentes de trabajo, 1925 (num 17)	14 de Marzo 1950	En vigor	
C018	Convenio sobre las enfermedades profesionales, 1925 (num 18)	24 de Septiembre 1956	En vigor	
C019	Convenio sobre la igualdad de trato (accidentes del trabajo), 1925 (num 19)	14 de Marzo 1950	En vigor	
C020	Convenio sobre el trabajo nocturno (panaderías), 1925 (num 20)	17 de Febrero 1955	No está en vigor	Denunciado el 11 de Marzo 1981

C021	Convenio sobre la inspección de los emigrantes, 1926 (num 21)	14 de Marzo 1950	No está en vigor	Derogado por decisión de la Conferencia Internacional del Trabajo en su 107.a reunión 2018
C022	Convenio sobre el contrato de enrolamiento de la gente de mar, 1926 (num 22)	14 de Marzo 1950	No está en vigor	Denuncia automática el 11 Noviembre 1997 por Convenio C138
C023	Convenio de la repatriación de la gente de mar, 1926 (num 23)	14 de Marzo 1950	No está en vigor	Denuncia automática el 11 Noviembre 1997 por Convenio C138
C026	Convenio sobre los métodos para la fijación de salarios mínimos, 1928 (num 26)	14 de Marzo 1950	En vigor	
C027	Convenio sobre la indicación del peso en los fardos transportados por barco, 1929 (num 27)	14 de Marzo 1950	En vigor	
C030	Convenio sobre las horas de trabajo (Comercio y oficinas), 1930 (num 30)	14 de Marzo 1950	En vigor	
C031	Convenio sobre las horas de trabajo (minas de carbón), 1931 (num 31)	24 de Septiembre 1956	No está en vigor	No ha entrado en vigor
C032	Convenio sobre la protección de los cargadores de muelle contra los accidentes (revisado), 1932 (num 32)	14 de Marzo 1950	En vigor	
C033	Convenio sobre la edad mínima (trabajos no industriales), 1932 (num 33)	14 de Marzo 1950	No está en vigor	Denuncia automática el 11 Noviembre 1997 por Convenio C138
C034	Convenio sobre las agencias retribuidas de colocación, 1933 (num 34)	14 de Marzo 1950	No está en vigor	Denuncia automática el 11 Noviembre 1997 por Convenio C138
C035	Convenio sobre el seguro de vejez (industria, etc.), 1933 (num 33)	17 de Febrero 1955	En vigor	
C036	Convenio sobre el seguro de vejez (agricultura), 1933 (num 36)	17 de Febrero 1955	En vigor	
C041	Convenio (revisado) sobre el trabajo nocturno (mujeres) 1934 (num 41)	14 de Marzo 1950	No está en vigor	Derogado por decisión de la Conferencia Internacional del Trabajo en su 106.a reunión 2017
C042	Convenio sobre enfermedades profesionales (revisado), 1934 (num 42)	14 de Marzo 1950	En vigor	
C045	Convenio sobre el trabajo subterráneo (mujeres), 1935 (num 45)	14 de Marzo 1950	En vigor	
C050	Convenio sobre el reclutamiento de trabajadores indígenas, 1936 (num 50)	14 de Marzo 1950	No está en vigor	Derogado por decisión de la Conferencia Internacional del Trabajo en su 107.a reunión 2018
C052	Convenio sobre las vacaciones pagadas, 1936 (num 52)	14 de Marzo 1950	En vigor	

C053	Convenio sobre los certificados de capacidad de los oficiales, 1936 (num 53)	17 de Febrero 1955	No está en vigor	Denuncia automática el 28 de Mayo 2015 por Convenio MLC, 2006
C058	Convenio (revisado) sobre la edad mínima (trabajo marítimo), 1936 (num 58)	17 de Febrero 1955	No está en vigor	Denuncia automática el 28 de Mayo 2015 por Convenio MLC, 2006
C068	Convenio sobre la alimentación y el servicio de fonda (tripulación de buques) 1946 (num 68)	24 de Septiembre 1956	No está en vigor	Denuncia automática el 28 de Mayo 2015 por Convenio MLC, 2006
C071	Convenio sobre las pensiones de la gente de mar, 1946 (num 71)	17 de Febrero 1955	En vigor	
C073	Convenio sobre el examen médico de la gente de mar, 1946 (num 73)	17 de Febrero 1955	No está en vigor	Denuncia automática el 28 de Mayo 2015 por Convenio MLC, 2006
C077	Convenio sobre el examen médico de los menores (industria), 1946 (num 77)	17 de Febrero 1955	En vigor	
C078	Convenio sobre el examen médico de los menores (trabajos no industriales), 1946 (num 78)	17 de Febrero 1955	En vigor	
C079	Convenio sobre el trabajo nocturno de los menores (trabajos no industriales), 1946 (num 79)	17 de Febrero 1955	En vigor	
C080	Convenio sobre la revisión de los artículos finales 1946 (num 80)	14 de Marzo 1950	En vigor	
C088	Convenio sobre el servicio de empleo, 1948 (num 88)	24 de Septiembre 1956	En vigor	
C090	Convenio (revisado) sobre el trabajo nocturno de los menores (industria) 1946 (num 90)	24 de Septiembre 1956	En vigor	
C095	Convenio sobre la protección del salario, 1949 (num 95)	24 de Septiembre 1956	En vigor	
C096	Convenio sobre las agencias retribuidas de colocación (revisado), 1949 (num 96)	24 de Septiembre 1956	En vigor	
C102	Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (num 102)	27 de Julio 2016	En vigor	
C107	Convenio sobre las poblaciones indígenas y tribuales, 1957 (num 107)	18 de Enero 1960	No está en vigor	Denuncia automática el 03 de Julio 2001 por Convenio C169
C115	Convenio sobre la protección contra las radiaciones, 1960 (num 115)	16 de Junio 1978	En vigor	
C124	Convenio sobre el examen médico de los menores (trabajo subterráneo), 1965 (num 124)	20 de Junio 1985	En vigor	
C135	Convenio sobre los representantes de los trabajadores, 1971 (num 135)	23 de Noviembre 2006	En vigor	
C139	Convenio sobre el cáncer profesional, 1974 (num 139)	15 de Junio 1978	En vigor	
C142	Convenio sobre el desarrollo de los recursos humanos, 1975 (num 142)	15 de Junio 1978	En vigor	
C150	Convenio sobre la administración del trabajo, 1978 (num 150)	20 de Febrero 2004	En vigor	

C151	Convenio sobre las relaciones de trabajo en la administración pública, 1978 (num 151)	21 de Enero 1987	En vigor	
C154	Convenio sobre la negociación colectiva, 1981 (num 154)	29 de Enero 1993	En vigor	
C155	Convenio sobre la seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (num 155)	13 de Enero 2014	En vigor	
C156	Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981 (num 156)	17 de Marzo 1988	En vigor	
C159	Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas invalidad), 1983 (num 159)	13 de Abril 1987	En vigor	
C169	Convenio sobre los pueblo indígenas y tribales, 1989 (num 169)	03 de Julio 2000	En vigor	
C177	Convenio sobre el trabajo a domicilio, 1996 (num 177)	31 de Julio 2006	En vigor	
C184	Convenio sobre la seguridad y salud en la agricultura, 2001 (num 184)	26 de Junio 2006	En vigor	
MLC, 2006	Convenio sobre el trabajo marítimo, 2006 (MLC, 2006)	28 de Mayo 2014	En vigor	
	Enmiendas de 2014 al MLC, 2006	18 de Enero 20017	En vigor	
	Enmiendas del 2016 al MLC, 2006	08 de Enero 2019	En vigor	
	Enmiendas del 2018 al MLC, 2006	26 de Diciembre 2020	No está en vigor	Periodo en desacuerdo formal hasta Junio 2020
C187	Convenio sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (num 187)	13 de Enero 2014	En vigor	
C188	Convenio sobre el trabajo en la pesca, 2007 (num 188)	15 de Septiembre 2011	En vigor	
C189	Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (num 189)	24 de Marzo 2014	En vigor	

ANEXO 7

Normas legales dictadas por otros organismos que regulan temas relacionados con la salud y el trabajo:

MERCOSUR

-Ley 25.841: Apruébase un Acuerdo Marco sobre Medio Ambiente del MERCOSUR, suscripto en Asunción.

Cambio Climático

-Ley 24.295: Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático.

-Ley 25.438: Apruébase el Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, adoptado en Kioto - Japón.

-Ley 27.137: Apruébase la Enmienda de Doha al Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, suscripta en Doha —Estado de Qatar— el 8 de diciembre de 2012.

Consentimiento Fundamentado Previo (PIC)

-Ley 25.278: Apruébase el Convenio de Rotterdam sobre el Procedimiento de Consentimiento Fundamentado Previo Aplicable a Ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos Objeto de Comercio Internacional.

Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs)

-Ley 26.011: Convenio de Estocolmo -Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs).

Ozono

-Ley 23.724: Apruébase el Convenio de V Ley 23.778: Apruébase el Protocolo de Montreal relativo a sustancias que agotan la capa de ozono suscripto el 16/9/87

-Ley 24.040: Disposiciones para la aplicación del Anexo "A" del Protocolo de Montreal relativo a las sustancias agotadoras de la capa de ozono (Control de Fabricación y Comercialización).

-Ley 25.389: Apruébanse las enmiendas al Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono.

-Ley 24.418: Aprobación de una enmienda del Protocolo de Montreal relativo a sustancias que agotan la capa de ozono.

-Ley 24.167: Enmienda del Protocolo de Montreal relativo a sustancias que agotan la capa de ozono.

-Ley 26.106: Apruébase la Enmienda del Protocolo de Montreal Relativo a las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono, adoptada en Beijing, el 3 de diciembre de 1999.

Residuos

-Ley 23.922: Apruébase el Convenio sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, suscripto en Basilea, Suiza.

-Ley 26.664: Apruébase la Enmienda al Convenio de Basilea sobre el Control de los Movimientos Transfronterizos de los Desechos Peligrosos y su Eliminación, adoptada por la Tercera Reunión de la Conferencia de las Partes que tuvo lugar en Ginebra — Confederación Suiza— el 22 de setiembre de 1995.

-Ley 21.947: Convenio sobre prevención de la contaminación del mar por vertimiento de desechos y otras materias.

-Ley 23.922: Aprobación Convenio sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, suscripto en Basilea, Suiza.

-Ley 21.947: Convenio sobre prevención de la contaminación del mar por vertimiento de desechos y otras materias.

-Ley 25.612 de Gestión integral de residuos industriales y de actividades de servicios. Ley 25. 018 Régimen de gestión de residuos radiactivos.

-Ley 24.051 de Residuos Peligroso.

Se realizaron convenios colectivos con cláusulas específicas sobre salud y seguridad.

Contaminación por Hidrocarburos

-Ley 25.137: Apruébanse el Protocolo de 1992 que enmienda el Convenio Internacional sobre Responsabilidad Civil Nacida de Daños Debidos a Contaminación por Hidrocarburos, 1969 y el Protocolo de 1992 que enmienda el Convenio Internacional sobre la Constitución de un Fondo Internacional de Indemnización de Daños Debidos a Contaminación por Hidrocarburos, 1971, adoptados en Londres, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

Seguridad Nuclear

-Ley 24.776: Apruébase la Convención sobre Seguridad Nuclear, suscripta en la ciudad de Viena, Austria, el 20 de setiembre de 1994.

-Ley 25.279: Apruébase la Convención conjunta sobre Seguridad en la Gestión del Combustible Gastado y sobre Seguridad en la Gestión de Desechos Radiactivos.

-Ley 25.313: Apruébanse el Protocolo de Enmienda de la Convención de Viena sobre Responsabilidad Civil por Daños Nucleares y la Convención sobre Indemnización Suplementaria por Daños Nucleares. Leyes de presupuestos mínimos de protección ambiental según Artículo 41 de la Constitución Nacional

-Ley 25.018: Programa Nacional de Gestión de Residuos Radiactivos.

-Ley 25.612: Gestión integral de residuos de origen industrial y de actividades de servicio.

-Ley 25.670: Gestión de los PCBs, en todo el territorio de la Nación.

-Ley 25.675: Principios de la política ambiental.

-Ley 25.688: Preservación de las aguas, su aprovechamiento y uso racional.

-Ley 25.831: Régimen de libre acceso a la información pública ambiental. Transporte de Materiales Peligrosos.

-Res. 157/93 ST: Evaluación Psicofísica y Expedición de la Licencia Nacional Habilitante de las personas que realicen tareas de conducción de vehículos afectados al transporte de materiales peligrosos por carretera (B.O. 04/04/93).

-Ley 24.449 de Tránsito. - Decreto 779/95: Reglamentación de la Ley 24.449 de Tránsito.

-Res. 195/97 SOPYT: Incorpóranse normas técnicas al Reglamento General para el Transporte de Mercancías Peligrosas por Carretera, aprobado por Decreto N° 779/95.

ANEXO 8

MERCOSUR

Este proyecto de directrices sobre salud y seguridad en el trabajo fue incluido en la Declaración Sociolaboral del MERCOSUR 2015, firmada por las Presidentas y los Presidentes de los Estados Partes del Mercado Común del Sur, en Brasilia, 17 de julio de 2015, como artículo 25 (ver Anexo).

1. Los Estados Parte deberán, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y trabajadores, formular, planificar, implementar, controlar y evaluar periódicamente, un sistema nacional de salud y seguridad en el trabajo, que garantice la mejora continua de las condiciones y del ambiente del trabajo.
2. Las instituciones gubernamentales responsables del sistema de salud y seguridad en el país deberán crear canales permanentes de consulta a las representaciones de trabajadores y empleadores que permitan su participación efectiva en la elaboración e implementación de políticas nacionales de condiciones y medio ambiente de trabajo.
3. El sistema de seguridad y salud deberá disponer de mecanismos de notificación obligatoria de los accidentes y enfermedades laborales que permitan la elaboración de estadísticas anuales sobre la materia, debiendo estar disponibles para el conocimiento del público interesado.
4. Los Estados Parte deberán instituir, mantener y fortalecer los servicios de inspección de trabajo, dotándolos de los recursos materiales y legales necesarios para que hagan posible un desempeño efectivo en el control de las condiciones y el medio ambiente de trabajo para una protección adecuada de la salud física y psíquica de los trabajadores.
5. El sistema de salud y seguridad en el trabajo deberá prever el acceso a la orientación, educación, formación e información en materia de salud y seguridad en el trabajo, disponibles para trabajadores, empleadores y especialistas del área.
6. El sistema de salud y seguridad en el trabajo deberá prever la participación de trabajadores y empleadores en el ámbito de las empresas con el objetivo de prevenir accidentes y enfermedades originadas en el trabajo, de forma de hacer compatible, permanentemente, el trabajo con la preservación de la vida y la promoción de la salud de los trabajadores.
7. La legislación y las prácticas nacionales deberán garantizar que la fabricación, uso, cesión a título oneroso o gratuito de máquinas, equipamientos y tecnologías, sean seguros.
8. La adopción de medidas de protección contra los riesgos ocupacionales y el sistema de salud y seguridad en el trabajo deberán crear condiciones que privilegien las acciones de carácter colectivo. Cuando las medidas colectivas no fueren suficientes para el control de riesgos, o mientras estuvieren siendo implementadas o en situaciones de emergencia, las empresas deberán proporcionar a los trabajadores, gratuitamente, equipos de protección individual adecuados para los riesgos y en perfecto estado de conservación y funcionamiento e instruirlos para su uso.
9. El sistema de seguridad y de salud deberá crear controles adecuados de sustancias, procedimientos y tecnologías que, en base a la evidencia científica, puedan producir efectos graves sobre la salud de los trabajadores.
10. Las legislaciones nacionales deberán prever que las empresas extranjeras instaladas en los países del MERCOSUR deben cumplir las mismas condiciones de salud y seguridad que las empresas del MERCOSUR. Los Estados Parte promoverán que cuando estas empresas dispongan de estándares superiores en sus casas matrices o filiales, estos sean aplicados en los países del MERCOSUR.
11. La legislación y las prácticas nacionales deberán garantizar que los trabajadores puedan negarse a desarrollar sus actividades laborales siempre que existan condiciones de riesgo grave e inminente, sin perjuicio para ellos, de acuerdo a la legislación y usos nacionales.
12. Los Estados Parte reconocerán el derecho a la información de los trabajadores sobre los riesgos permanentes en los diversos procesos de trabajo y las medidas adoptadas para su control o eliminación.
13. La legislación y las prácticas nacionales deberán prever los servicios competentes de salud y seguridad en el trabajo con el objetivo de asesorar a los empleadores y trabajadores en la prevención de los accidentes y enfermedades profesionales.

ANEXO 9

Misión, visión y objetivos del Ministerio de Salud de la República Argentina

- Compete al Ministerio de Salud, asistir al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en todo lo inherente a la salud de la población y a la promoción de conductas saludables de la comunidad;
- Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia;
- Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional;
- Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud;
- Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud consensuado que cuente con la suficiente viabilidad social;
- Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica;
- Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquellos que ya pertenecen;
- Intervenir en su ámbito, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas;
- Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo;
- Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del deporte;
- Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y medios de transporte internacional;
- Entender en el ejercicio del poder de policía sanitaria en lo referente a productos, equipos e instrumental vinculados con la salud, e intervenir en la radicación de las industrias productoras;
- Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica;
- Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas;
- Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social y del sector privado;
- Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados;
- Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes;
- Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales;
- Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud;
- Intervenir en la normatización, registro, control y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia, en coordinación con el Ministerio de Economía y Producción;
- Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva o asistencial;
- Intervenir, en su ámbito, en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia a necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor;
- Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud;
- Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud;
- Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir su resultado;
- Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios para disminuir las asimetrías de información;

- Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud;
- Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud;
- Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud;
- Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial;
- Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital;
- Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología;
- Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno-infantiles, tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil;
- Entender en la elaboración de los planes de las campañas sanitarias destinadas a lograr la erradicación de enfermedades endémicas, rehabilitación de enfermos y detección y prevención de enfermedades no transmisibles;
- Intervenir, en su ámbito, en el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud tendiente a lograr la protección de las comunidades aborígenes y todo otro servicio sanitario;
- Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades;
- Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones;
- Entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales-determinados en situación de riesgo;
- Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograr la readaptación y reeducación del discapacitado e inválido;
- Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661;
- Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepaga;
- Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir y/o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del Poder Ejecutivo Nacional con competencia en la materia.

Visión y valores de la Superintendencia de Servicios de Salud de la República Argentina

Visión: transformar a la Superintendencia de Servicios de Salud en un Organismo a la vanguardia de las nuevas tendencias en materia de salud, fortaleciendo su carácter integrador y articulador de las políticas del área, centralizando su accionar en el bienestar de las personas; con la voluntad de trascender lo nacional para convertirse en un órgano referencial en ámbitos internacionales.

Valores:

- SOLIDARIDAD para fortalecer el principio rector que sustenta el Sistema Nacional del Seguro de Salud, en post de garantizar el acceso a las prestaciones médico-asistenciales a los usuarios del sector.
- TRANSPARENCIA en la implementación de las políticas de gestión, facilitando y promoviendo el conocimiento público y el libre acceso a toda aquella información inherente a esta Superintendencia de Servicios de Salud.
- INNOVACIÓN como condición esencial para generar un cambio significativo en los procesos, mediante la implementación de nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), que faciliten la toma de decisiones y garanticen la eficiencia y eficacia de los mismos.
- ÉTICA en el cumplimiento de las funciones desempeñadas por cada miembro de la Organización.
- SENSIBILIDAD para recibir, comprender y resolver con celeridad, las demandas de los usuarios del Sistema.

ANMAT

Objetivos:

- Autorizar y registrar la elaboración y comercialización de especialidades medicinales, productos para diagnóstico y cosméticos, así como su actualización y modificaciones.
- Fiscalizar los establecimientos dedicados a la elaboración, importación, fraccionamiento y/o comercialización de los productos mencionados, además de establecer las normativas y especificaciones técnicas que deben reunir.
- Controlar la composición, calidad, eficacia e inocuidad de los productos de su competencia.
- Autorizar, registrar, controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los alimentos, incluyendo los suplementos dietarios, así como los materiales en contacto con los alimentos. Todo ello, en coordinación con las jurisdicciones sanitarias federales y las delegaciones del INAL.
- Participar en la elaboración y actualización de normas.
- Autorizar, registrar, controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los productos de uso doméstico, así como también los materiales en contacto éstos.
- Autorizar dispositivos de uso médico, materiales y equipos de uso en medicina humana.
- Formular y aplicar normas que aseguren la calidad de los procesos de producción, importación y depósito de los dispositivos de uso médico.
- Vigilar los efectos indeseables, falta de eficacia y calidad de los productos de su incumbencia, mediante el desarrollo de redes de información que reúnen las notificaciones que realizan profesionales, instituciones y usuarios, a través de los Sistemas Nacionales de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia y Vigilancia Alimentaria.
- Comunicar y difundir, a los profesionales y al público en general, la información que resulta relevante para la salud, mediante publicaciones periódicas y no periódicas.
- Promover que la investigación clínica de nuevos medicamentos en la Argentina sea efectuada en base a la "Buena Práctica para Estudios de Farmacología Clínica", cumpliendo con normas éticas de alcance internacional y bajo un programa específico de inspección.
- Autorizar la publicidad de medicamentos de venta libre, suplementos dietarios y dispositivos de uso médico para facilitar y orientar a los consumidores.