

## LA SALUD Y EL TRABAJO

\* Saúl Franco Agudelo

### INTRODUCCION

Como producto de reformulaciones en el conocimiento y la práctica, médicos motivados por las limitaciones del modelo médico convencional, por los importantes aportes de las ciencias sociales en el campo de la salud, y más directamente por las crecientes luchas de los trabajadores en defensa de mejores condiciones de salud, se viene configurando un marco de referencia conceptual de la relación Salud - Trabajo más científico y comprensivo y de grandes implicaciones teórico - prácticas.

Si bien es cierto que desde mediados del siglo pasado se vienen haciendo importantes aportes en este sentido, es preciso reconocer que las prácticas y los consiguientes desarrollos teóricos se han incrementado considerablemente en las últimas dos décadas de nuestro siglo.

El presente material no pretende resumir los trabajos realizados sobre el tema sino resaltar algunos de los hechos y conceptos que más contribuyan a comprender la dinámica de la revelación Salud - Trabajo y a estimular el urgente trabajo en esta dirección.

### 1. LAS EVIDENCIAS TRAGICAS DE LA RELACION SALUD TRABAJO

Una forma simple y dramática de iniciar el seguimiento de la relación que nos ocupa es mirar algunos acontecimientos y cifras que traducen su saldo negativo. Basta con mirar aun superficialmente los periódicos o los informes de los funcionarios estatales y de las agencias de seguros para evidenciar la magnitud del problema. Empecemos por algunos episodios nuestros. El 26 de noviembre de 1975, 13 obreros de la empresa textil Coltejer, perdieron la vida despedazados por miles de metros cúbicos de soda cáustica hirviendo al venirse a tierra los tanques que la contenían.

Al amanecer del jueves 14 de junio de 1977, casi un centenar de mineros del carbón de la Mina El Silencio en Amagá perecieron bajo tierra por la explosión del gas en los socavones. El 17 de enero del presente año una explosión de gas metano a 5.800 metros de la entrada del túnel de Chuza en la represa de Chingaza costó la vida de 12 trabajadores de la empresa constructora y heridas de consideración a un número aún mayor. Episodios similares se repiten cotidianamente en diferentes partes del mundo del trabajo.

Según el informe del Señor Ministro de Salud Pública de Colombia al Congreso de la República en 1979 - 1980 en relación con el grupo de trabajadores. "... los accidentes representan la segunda causa de mortalidad en este grupo y generan una estancia hospitalaria el doble de larga que el resto de hospitalizaciones: los ocurridos en el sitio de trabajo producen gastos comparables con el producto nacional bruto".(1).

En los Estados Unidos, según datos del Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar, entre los obreros "... las muertes alcanzan la respetable cifra de 100.00 al año, a la vez que las muertes por accidente laboral ascienden aproximadamente a 28.000" (2). En las minas de carbón del mismo país "muere un obrero día por medio. Cada año fallecen 4.000 mineros a causa de neumoconiosis, enfermedad que, además, padece uno de cada cinco hombres de los que trabajan en las minas" (2 p. 116 - 117) Curiosamente "todavía la cantidad de dinero por minero gastado en los Estados Unidos para estudiar las formas de incrementar la salud ocupacional de los mineros y su seguridad es sólo un doceavo de la gastada para el efecto en la mayoría de los países europeos" (3)

En el Istmo Centroamericano según un boletín de la OPS se presentaron entre 1971 y 1976 un total de 19.330 intoxicaciones por insecticidas.

\* Médico, Magister en Medicina Social — Profesor Facultad de Medicina U. de A., Centro de Investigaciones Médicas.

con un promedio anual de 3.221 casos y una mortalidad variante entre 1.5 y 250/o (4).

La anterior, claro está, sólo nos ilustra la relación salud - trabajo en la medida en que la polaridad salud enfermedad se desenvuelve dentro de la polaridad más amplia vida - muerte. Hasta aquí la ejemplificación demuestra bien la relación muerte - trabajo. Veamos algo en cuanto a la relación enfermedad - trabajo.

En Colombia en el cuatrienio 1974 - 1978 "Estudios epidemiológicos en empresas extractivas y manufactureras muestran resultados como los siguientes: prevalencia de fibrosis pulmonar en el 150/o de los mineros del carbón y en el 90/o de los de industrias metálicas básicas. Enfermedades pulmonares en los trabajadores de la industria textil y en la de asbesto, con prevalencia de 280/o y 230/o respectivamente. En plantas procesadoras de plomo, intoxicación crónica hasta en el 230/o de los operadores. Pérdida auditiva en más del 700/o de los obreros expuestos al ruido. El empleo de plaguicidas constituye un severo riesgo por la toxicidad que estos representan para las personas.

En el 340/o de los trabajadores de empresas fumigadoras se ha encontrado absorción de órgano - fosforados, desconociéndose los efectos en la población campesina" (5). Y recurriendo a cifras relativamente tan antiguas como las de la encuesta nacional de morbilidad de 1966 el mismo informe del Ministerio de Salud reconoce la ocurrencia anual de 1.900.000 accidentes de trabajo, con incapacidad en el 570/o de los casos y un costo aproximado de 63.000 millones de pesos.

En los Estados Unidos "Según los funcionarios federales de salud, la epidemiología demuestra que por lo menos el 200/o —y quizás el 400/o— de todos los casos de cáncer son causados por carcinógenos ocupacionales, el área más descuidada de la investigación ambiental en el cáncer" (3 p.: 229). En el mismo país entre los jornaleros del campo la expectativa de vida es de cuarenta y nueve años, es decir, un 200/o inferior a la media del país. Entre ellos la mortalidad infantil supera en un 600/o a la media nacional" (2. p: 117).

En 1973 la Organización Internacional del Trabajo, informaba que: "En muchos países los riesgos del trabajo son mayores que los riesgos de la guerra. Cada año 100.000 trabajadores pierden la vida y 1.500.000 quedan inválidos como resultado de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales" (6).

La misma OIT afirma que: "Se calcula que en

1979 trabajan en el mundo 52 millones de niños menores de 15 años de edad, de los cuales 3.1 millones lo hacen en América Latina que, al respecto, es la cuarta región en orden de importancia, después del Sudeste de Asia (29 millones), Africa (9.7 millones) y el Este de Asia (9.1 millones); de los 3.1 millones de niños que trabajan en América Latina, 2 millones son trabajadores familiares no remunerados" (7).

Esta primera mirada, plana y global del problema, evidencia algo sabido y pasivamente aceptado: que el trabajo puede matar y enfermarnos, o, mejor, que hay una alta probabilidad de enfermar y morir por motivos directamente vinculados a nuestro trabajo. Tal evidencia es importante establecerla, pero aporta relativamente poco si no empezamos a indagar acerca de los conceptos y realidades en juego en la descripción hecha.

¿Qué es el trabajo? ¿Qué es la enfermedad? ¿De qué factores depende la morbilidad desigual y la también desigual expectativa de vida entre quienes desempeñan trabajos diferentes y —más específicamente— entre quienes trabajan y quienes viven del trabajo de los demás? Es preciso entonces introducir nuevos elementos al análisis para que la evidencia anterior supere el amarillismo y para que la comprensión posibilite nuevas acciones.

## 2. PROCESO DE TRABAJO Y PROCESO DE SALUD - ENFERMEDAD.

En el lenguaje común de la Salud Ocupacional el trabajo es generalmente mirado como un problema de tipo ambiental circunscrito estrictamente al sitio de trabajo y evaluado fundamentalmente en términos económicos. Un buen ejemplo de esta concepción está contenido en el texto con el cual el Ministerio de Salud de Colombia introduce el tema de la Salud Ocupacional en el informe cuatrienal ya citado: "Los daños causados por agentes químicos-físicos, biológicos y mecánicos en sectores industriales constituyen un problema digno de atención, por la peligrosidad de los riesgos para la salud de los trabajadores y el impacto en la economía del país" (5).

Desde esta perspectiva la Salud Ocupacional ha estado dominada por la búsqueda de agentes en la esfera del proceso técnico del trabajo y más específicamente en los factores ambientales del mismo; por una concepción causal predominante biológica, y por un enfoque individual del problema (8). Así mirada y ejercida, la Salud Ocupacional es totalmente coherente con el conocimiento y la práctica médicos aun dominantes en nuestra sociedad. Un planteamiento alternativo requiere, en consecuencia, superar positiva-

mente - dialécticamente - la circunscripción ambientalista del trabajo, la mirada individual y la causalidad meramente biológica.

## 2.1. EL PROCESO DE TRABAJO

El trabajo no es la acción de un individuo enfrentado aisladamente a una naturaleza abstracta y muerta en un medio ambiente fatal y neutro a la vez. No. Según el capítulo V de El Capital. (9) el trabajo es un proceso entre el hombre y la naturaleza: un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza con el fin de apoderarse de los materiales de ella bajo una forma útil para su propia vida. El trabajo es una actividad orientada a un fin y en la cual el hombre materializa su idea previa.

Al transformar la naturaleza, el hombre se transforma a sí mismo, transforma su propia naturaleza. "Gracias al trabajo, la especie Homo Sapiens ha nacido, se ha desarrollado y sigue transformándose" (10).

Contiene el proceso de trabajo tres elementos simples: la actividad orientada a un fin (o sea el trabajo mismo), su objeto (la tierra, las materias primas, todas las cosas que el trabajo procesa), y los medios de trabajo (instrumentos que sirven de vehículo para la acción del hombre sobre el objeto). Cada elemento es básico y su forma de participación en el proceso amplía el análisis de la realidad. Los medios de trabajo, por ejemplo, caracterizan el trabajo específicamente humano y su tipo, creación y uso diferencian una época de otra. Todo el trabajo humano se orienta a la elaboración de un producto útil, de un valor de uso, productos que no son sólo el resultado sino además la condición para que el proceso de trabajo se siga dando.

Desde esta perspectiva se supera el reduccionismo medio-ambientalista y se reubica el problema del trabajo. Este aparece como una categoría social (11). Su realidad es un proceso que acontece no entre individuos y dependiente de voluntades individuales también, sino entre hombres como seres sociales. Las formas de realizarse el proceso van cambiando según las diferentes épocas. **Es un proceso histórico.**

En la sociedad en que vivimos - una sociedad capitalista- el determinante fundamental del proceso de trabajo es una organización en torno al proceso general de acumulación del capital, lo que conlleva formas distintas de explotación de la fuerza de trabajo.

Estas formas se traducen en modalidades diferentes de consumo de la fuerza de trabajo, y tales moda-

lidades son elemento determinante en el reconocimiento del proceso de salud y enfermedad, tal como lo veremos un poco más adelante. Merece descartarse, por sus implicaciones en la salud de los trabajadores, que en el modo capitalista de producción el proceso de trabajo presenta dos particularidades importantes: por una parte el obrero, al trabajar bajo el control del propietario, pierde el control del proceso; de otra, el producto del trabajo es propiedad del capitalista, no del trabajador, éste ha perdido la propiedad inclusive de lo único que le quedaba que era su fuerza de trabajo.

En los problemas de stress y fatiga ambos fenómenos van a tener gran importancia, tal como ya ha sido estudiado (12-13-14-15-8).

En íntima relación con los procesos de trabajo se encuentra el consumo. Está constituido por el conjunto de bienes naturales y medios de subsistencia sociales producidos a los que tienen acceso las diferentes clases sociales.

Los consumos varían con los mismos procesos de producción. El momento productivo y el de consumo configuran el proceso de reproducción social. Tal como plantea Jaime Breilh (16) estas diferentes formas de trabajo son esenciales desde el punto de vista epidemiológico por cuanto: condicionan las modalidades del desgaste tanto físico como síquico; determinan la intensidad y frecuencia de exposición de beneficios y riesgos del trabajo y su ambiente; mediante el salario condicionan la calidad y cantidad de los consumos; y, finalmente determinan las formas de trabajo familiar complementarias requeridas.

Esta síntesis sobre los elementos fundamentales del proceso de trabajo permite algunas reflexiones iniciales que a la vez contribuyen a desagregar los enunciados generales.

En primer lugar: el sujeto del que se habla no es un hombre individual aislado e invariable sino el conjunto de trabajadores, con diferentes niveles de capacitación, responsabilidad y autoridad frente al proceso del trabajo; trabajadores que viven y expresan momentos sociales diferentes y que participan de una manera desigual de los productos del trabajo. En segundo lugar: la naturaleza de que se habla no es el objeto de la poesía o la literatura ecologista; es la materia en diferentes momentos de elaboración, con diferente composición estructural con diversos grados de dificultad y riesgo para su procesamiento; es la misma naturaleza, pero en momentos y condiciones muy diferentes, la que enfrentan el minero del carbón, el escultor, el obrero textil,

el programador de computador, el investigador de laboratorio o de campo. En tercer lugar: la relación del sujeto con la naturaleza no es, como frecuentemente se cree, una relación directa, inmediata; entre el sujeto y la naturaleza se interponen un orden de posesiones y apropiaciones, una estructura de poder, una racionalización del proceso mismo de relación. El sujeto no se relaciona entonces con la naturaleza que quiere en las condiciones que desea, sino con la naturaleza que le es asignada y en las condiciones que se le impongan por un orden social y económico que él no controla. Cuarto: El fin al cual se orienta no es el bien de la humanidad siempre y en abstracto; obedece también a un orden de intereses y prioridades históricamente determinados, y, en nuestra sociedad, generalmente determinados por el poder y la ganancia. Finalmente, el trabajo no comprende sólo el momento productivo; la recreación, los consumos, todo el espacio reproductivo hace también parte del proceso de trabajo y sus implicaciones en el campo específico de la salud son importantes.

Los anteriores elementos constituyen bases mínimas para un abordaje más comprensivo del trabajo. Antes de intentar establecer su correlación con el proceso de salud enfermedad, y más específicamente, con este proceso al interior de la clase obrera, conviene sintertizar algunas reflexiones básicas en torno a la cuestión de salud y enfermedad.

## 2.2. EL PROCESO DE SALUD Y ENFERMEDAD

Hace ya cien años que las teorías originadas por los grandes descubrimientos de Koch, Pasteur, Klebs y sus contemporáneos y seguidores fueron configurando lo que ha venido a llamarse el "paradigma etiopatogénico". Según este modelo la enfermedad es infección o daño producido por un agente específico sobre un huésped individual que se encuentra en un medio ambiente determinado. La capacidad explicativa del paradigma, el notorio avance que representaba sobre el oscurantismo de varios siglos, la eficacia que iba demostrando en el ataque a los agentes identificados y por tanto en la rápida recuperación de la fuerza de trabajo, y su coherencia con los intereses, valores y conocimientos de quienes por entonces concentraban el dinero y el poder, lograron imponerlo y convertirlo en dominante. Tal como afirma en otro trabajo: "El modelo permitía concentrar el problema sobre la individualidad del fenómeno, del sujeto y del agente. Garantizaba la exclusión de cualquier causalidad no biológica o, en el mejor de los casos, le reservaba un espacio penumbroso, no científico" (17).

Desde la misma época en que el modelo enuncia-

do brevemente se impuso, se empezaron a levantar diferentes voces -la de Virchow fue una importante- que lo confrontaban. La enfermedad no era sólo infección. El germen no podía ser considerado como causa única. Si él sólo podía actuar ante determinadas condiciones, como la miseria o la desnutrición, por ejemplo, la teoría resultaba incompleta y unilateral. Esta vertiente de pensamiento y práctica médica ha tenido importantes avances en las últimas décadas de este siglo, acelerados tanto por el desarrollo de las ciencias sociales, como por la insuficiencia y limitaciones intrínsecas del paradigma confrontado, y por los avances teóricos y políticos de los trabajadores.

La salud y la enfermedad no son fenómenos aislados sino polos de un proceso histórico y social que se desenvuelve al interior de la polaridad mayor vida-muerte y en el ámbito no de las individualidades sino de las colectividades. La naturaleza social de la enfermedad no es verificable en el caso clínico aislado sino en el modo característico de enfermar y morir de grupos humanos, más exactamente, de las clases sociales. Como afirma Cristina Laurell, la enfermedad "es social en la medida en que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico" (18). Y el momento histórico no es propiamente la variación cronológica sino, precisamente, la variación en los medios de producción y en la organización social derivada del proceso de trabajo (19). Al mismo tiempo la enfermedad tiene su momento de expresión individual, pero ni se genera ni se agota totalmente en la individualidad misma. "La patología individual producida como consecuencia de determinado trabajo es síntoma, el emergente a través del cual se expresan no sólo las contradicciones entre individuo y medio ambiente, sino que es, fundamentalmente, la instancia de concreción y manifestación de antagonismos y contradicciones sociales" (20).

Si bien es cierto que se está avanzando en esta reconceptualización del proceso salud-enfermedad, no lo es menos que aún falta mucho camino por recorrer, tanto en la formulación teórica como en la investigación demostrativa y, sobre todo, en la configuración y ejecución de prácticas alternativas. No obstante los elementos resumidos permiten comprender mejor la relación que nos ocupa: proceso de trabajo y proceso salud-enfermedad y, partiendo de algunos ejemplos, señalar vetas de trabajo importante.

Existe una probabilidad de sobrevivir y un riesgo de enfermar y morir diferencial en función predominantemente de la clase social, es decir, de la vinculación al proceso de reproducción social y a la organización social por él generada. Al respecto hay abun-

dantes ejemplos. Ya vimos como en los Estados Unidos la expectativa de vida entre los jornaleros del campo es un 20o/o inferior a la media del país y como entre ellos la mortalidad infantil supera en un 60o/o a la media nacional. Hugo Behm, estudiando los determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina (21), encontró, entre otras cosas, que el riesgo de morir durante los dos primeros años está directamente relacionado con la ocupación del padre; la probabilidad de que un niño proletario urbano muera antes de los dos años de edad es cuatro veces mayor que la del hijo de la alta o mediana burguesía; el riesgo de un niño campesino es cinco veces mayor. Aunque el concepto de "clase social" utilizado por los censos de Inglaterra corresponde mejor a nivel de capacitación y dirección en el trabajo, los datos de W.A.Wilson, citados por Berlinguer (22) y presentados en el Cuadro No. 1 sobre "mortalidad (sic) por clases en diferentes períodos de este siglo son bastante ilustrativos. Los trabajadores no calificados y los desempleados mantienen el más alto índice de mortalidad; el grupo de profesionales y dirigentes mantiene generalmente los más bajos índices, y existe una significativa diferencia entre los índices de este grupo y el de los desocupados.

El cuadro No. 2, tomado del trabajo realizado en un sector automotriz de México (8) pone de presente

las diferencias del perfil patológico en función del tipo de vinculación al proceso productivo. En la muestra estudiada -obreros de DINA- predominan las enfermedades infecciosas y las directamente relacionadas con el trabajo, que resultaron ser responsables del 50o/o de la patología encontrada; la mezcla de ambas patologías -infecciosas y más directamente laborales- resalta también la no dependencia total del proceso técnico de trabajo y la importancia de los consumos; llama también la atención, no obstante, el franco predominio de la traumatología. En el segundo grupo -derechohabientes de la medicina familiar- que incluyen padres, esposas e hijos de los obreros directos, el perfil está marcado por las enfermedades infecciosas; las traumáticas apenas sí aparecen. En el tercer grupo -la población general del Estado en cuya área queda la empresa estudiada- todo el perfil está dominado por las enfermedades infecciosas, con la particularidad de la presencia de tres entidades inmunoprevenibles. En su conjunto el cuadro pone de presente cómo la relación no es mecánica entre un aspecto del proceso de trabajo y el perfil patológico y al mismo tiempo resalta la importancia de diferentes estratificaciones al interior de una misma clase, generando una complejidad mayor, pero reafirmando la relación fundamental proceso de trabajo — clase social — proceso salud enfermedad.

#### CUADRO No. 1

##### MORTALIDAD MASCULINA ENTRE LOS 20 Y LOS 64 AÑOS SEGUN "CLASES SOCIALES" INGLATERRA 1921 - 1953

Período/ Clases Sociales	I	II	III	IV	V	Desocupados
1921 - 1923	82	94	95	101	125	---
1930 - 1932	90	94	97	94	111	135
1949 - 1953	98	86	101	102	118	124
Clases Sociales	I	Comprende a profesionales y dirigentes.				
	II	Comprende a técnicos calificados.				
	III	Comprende a obreros especializados y capataces.				
Medida 100	IV	Comprende a trabajadores de calificación mediana.				
	V	Abarca a los trabajadores no calificados.				

Fuente: Wilson, W. A. en: Berlinguer Giovanni. Medicina y Política. Círculo de estudios 1977. P. 19.

EL PROBLEMA DE LA SALUD EN DINA

DIEZ PRIMEROS DIAGNOSTICOS EN LA MUESTRA ESTUDIADA, EN LA CONSULTA FAMILIAR DEL IMSS EN CIUDAD SAHAGUN Y EN EL ESTADO DE HIDALGO (SSA)

NUMERO DE ORDEN	MUESTRA ESTUDIADA	MEDICO FAMILIAR ** IMSS SAHAGUN	ESTADO DE HIDALGO *** SSA
I	Amigdalito – faringitis	Enf. Diarréicas	Gastroenteritis
II	Gastroenteritis y colitis Infecciosas y/o parasitarias	Faringitis aguda	Procesos respiratorios
III	Trauma miembroso super.	Amigdalitis aguda	Disentería amibiana
IV	Miositis y dorsolumbalgias por posición y/o esfuerzo	Infecciones agudas de vías respiratorias superiores.	Escabiosis.
V	Trauma de miembros Inf.	Torcedura y esguince de tobillo y pie	Tosferina
VI	Artritis y artropatías	Conjuntivitis y oftalmía	Sarampión
VII	Neurosis	Diabetes mellitus	Tuberculosis
VIII	Conjuntivitis	Amibiasis	Gonorrea
IX	Gastritis no infecciosa	Gastritis y duodenitis	
X	Dermatitis	Infecciones de vías urinarias	

\* Fuente: Expedientes del IMSS Cd. Sahagún, Hgo.  
 \*\* Fuente: Registros diarios de consulta. IMSS Cd. Sahagún, Hgo.  
 \*\*\* Fuente: Servicios coordinados de salud, Estado de Hidalgo, 1978.

Evidentemente el sujeto del cuadro no son los individuos, sino colectividades de diverso tipo, tal como ocurre -o debe ocurrir- en un abordaje médico-social. En la medida en que cambian los modos de producción, se modifican diferencialmente para las clases las expectativas de vida y los tipos y modos de enfermar y morir. El incremento de las entidades relacionadas con el desgaste físico y síquico de la fuerza de trabajo y la disminución de las enfermedades infecciosas entre los obreros de los países capitalistas más industrializados ilustran parcialmente la afirmación. Pero en este campo, como en muchos otros, es más lo por investigar que lo ya probado.

La determinación social, vía proceso de reproducción social, sobre los perfiles de morbi-mortalidad esbozados parece estar clara, pero ciertamente requiere mayores desarrollos que permitan establecer las

mediaciones y profundizar la relación biológico-social.

3. LA SALUD Y EL TRABAJADOR

La medicalización de la salud y del complejo salud-enfermedad ha producido entre muchas nefastas consecuencias la concentración del poder, el saber y el qué hacer sanitario en manos de una estructura jerárquica encabezada y dominada por los médicos y compartida en diferentes grados con las demás profesiones para-médicas y el resto de los trabajadores de la salud. Mediante leyes, escuelas, exámenes, títulos, salarios, andamiajes administrativos y asistenciales, la sociedad ha ido delegando el problema de la salud. Y de la expropiación masiva se ha ido llegando a la monopolización con el consiguiente encarecimiento de la transmisión del saber cautivo, de la prestación

del servicio tecnificado y ultraspecializado, y de la búsqueda de nuevos conocimientos.

La salud de los trabajadores no ha escapado al modelo médico dominante. También ella les ha sido expropiada y se ha convertido en objeto de conocimiento y de acción para los agentes del modelo. Estos, a su vez, han reducido con demasiada frecuencia el problema de la salud de los trabajadores al del reintegro de éstos en el menor tiempo y con los más bajos costos a su sitio de trabajo, o a la prevención de los riesgos físicos, químicos y mecánicos más inmediatos en el medio mismo del trabajo.

Como un subproducto de la concepción y la práctica médica dominantes en la sociedad, los obreros han reducido su accionar en el campo de la salud fundamentalmente a dos frentes. El primero, negociar su salud; el segundo, luchar por mayores "recursos sanitarios". La negociación del primer frente tiene una larga historia de la que resulta como saldo la conversión en dinero o especies de las negaciones de la salud obrera. Indemnizaciones por partes o funciones corporales perdidas; una bonificación salarial para quienes tienen que aceptar trabajar en temperaturas extremas, en altísimos grados de exposición a tremendos riesgos; una porción mayor de proteínas en las comidas de las fábricas para los expuestos a riesgos específicos; una sobrerremuneración para quienes tienen que alterar sus ciclos vitales sometidos a turnos rotativos de trabajo; un aumento salarial por aceptar morir más rápido al incrementarse los ritmos del trabajo. De este tipo de negociaciones están llenos los apartados respectivos -cuando los hay- de los pliegos de peticiones y las resultantes convenciones colectivas.

En el otro frente las luchas se han concretado de un lado en conseguir atención médica, camas hospitalarias, médicos de empresas, medicamentos a precios un poco menos irracionales que los del mercado, servicios de enfermería; de otro lado, las luchas ciertamente se han orientado en algunos casos a garantizar medios de trabajo y de vivienda obrera más sanos y condiciones laborales menos alienantes. Los costos de estas conquistas han sido altos no sólo para los empresarios sino -y principalmente- para los obreros. Sólo después de la masacre de las bananeras firmó la Empresa Frutera un convenio en el cual se comprometía a construir hospitales, mejorar las condiciones sanitarias de las casas de los trabajadores y construir escuelas (23). Y sólo después de grandes tragedias mineras algunas empresas del ramo han introducido mínimos equipos de seguridad y mejorado en algo las condiciones de trabajo.

Con todo, el logro de mayor repercusión social

de este frente de lucha obrera por la salud han sido los cuestionados y cuestionabilísimos Institutos de Seguros Sociales, cuya problemática no es propiamente el tema de este material.

Considero como punto de partida para una reanálisis de la relación del trabajador con su salud la identificación del trabajador mismo como sujeto y protagonista de su propia salud. Este enunciado requiere desagregarse. En primer lugar: la salud de la que aquí se trata es tanto un objeto de conocimiento científico, de práctica social y de la lucha política, como momento de un proceso contradictorio mayor: vida-muerte, salud-enfermedad. En consecuencia la identificación del trabajador como sujeto y protagonista de su propia salud implica: la recuperación por él y para él de la posibilidad y el derecho al conocimiento de los procesos básicos y las condiciones determinantes de su salud; el señalamiento por parte del trabajador mismo de las prácticas más convenientes y necesarias para mejorar las condiciones de salud, así éstas no coincidan con las convencionalmente impulsadas y ejercidas por el modelo médico dominante, implica también la autonomía del trabajador para determinar los frentes en los cuales debe librar la lucha por su salud.

En segundo lugar: el trabajador del que aquí se trata no es cada obrero individual y aislado en cualquier lugar de trabajo del mundo. Si de tal obrero se tratara, la reapropiación de la salud planteada en nada superaría planteamientos tales como los de Iván Illich (24). Se trata, entonces, del trabajador como totalidad pensante, actuante y socialmente articulada por su específica ubicación dentro del proceso de producción y las relaciones por él determinadas. Y la expresión mejor para totalidad sigue siendo la de clase social.

Por tanto, el trabajador sujeto y protagonista de su salud no es otro que la clase obrera en las condiciones y con las particularidades propias de los momentos históricos, las regiones y las formas organizativas diferentes.

Finalmente: a los médicos y trabajadores de la salud corresponde también replantear su ubicación y su papel dentro de la problemática de la salud de los trabajadores. Tanto la aproximación paternalista como las posiciones de presunto desconocimiento o de prepotencia teórica y total lejanía en la práctica, van siendo superadas por los desarrollos mismos de la situación obrera y por las insuficiencias intrínsecas del conocimiento y la acción médica convencionales. Múltiples experiencias en diferentes regiones vienen poniendo a prueba una nueva manera de aproximarse,

entender y colaborar los trabajadores; de la salud en la lucha de los trabajadores por su salud. Una siquiátra italiana hace importantes aportes en el replanteamiento de la relación médico-paciente a partir de su trabajo en fábricas (25). Y a mayor escala, es muy valioso en contenidos y cargado de vitalidad el polémico libro que recoge la discusión de obreros y trabajadores de la salud italianos a principios de la década pasada sobre la reubicación del problema de la salud en el conjunto de la acción política de la clase obrera (26). La salud de los trabajadores debe constituirse "en el centro de cada problema médico, científico y político", afirma allí Giulio Maccanaro, pues es claro que sin una perspectiva política -tanto de los trabajadores de la salud comprometidos con la salud de los trabajadores, como de los trabajadores como protagonistas de su salud- todo el esfuerzo y el replanteamiento se ahogaría en el academicismo o se asfixiaría en la anarquía o la frustración de las buenas voluntades indefinidamente sumadas.

#### 4. ALGUNAS TAREAS PRIORITARIAS EN NUESTRO MEDIO

La magnitud alarmante del problema de salud de los trabajadores, las limitaciones teóricas y prácticas con que es frecuentemente trabajado por los pocos que a él se dedican, la casi ausencia del mismo dentro de los programas de formación del personal médico y paramédico como consecuencia del mínimo interés real de la sociedad por el abordaje de tan espinosa situación, y el todavía deficiente nivel de conciencia obrera sobre la realidad, el significado y las implicaciones de su derecho -generalmente negado- a la salud, señalan un complejo de acciones de urgente ejecución entre nosotros y que cobijan desde replanteamientos teóricos, capacitación técnica, reorientación de actividades, hasta reformulaciones de orientación técnica y nivel de compromiso político.

Aceptando el riesgo de sólo enunciar sin mayores desarrollos algunas de tales tareas más urgentes, conviene hacerlo apuntando además que todas ellas se pueden y deben emprender inmediatamente sin caer en un cómodo inmovilismo.

El listado básico puede ser algo así:

4.1. Superar el medioambientalismo en el problema de la salud ocupacional y abrir el enfoque y la práctica hacia un más amplio concepto del proceso de trabajo y de los procesos de salud y enfermedad de los trabajadores.

4.2. Investigar la propia realidad en el campo de la salud de los trabajadores. Esto implica desde investigaciones descriptivas para reconocer frecuencia y magnitud de riesgos y su materialización en accidentes, incapacidades e invalideces, hasta investigación en los procesos fisiológicos, psicológicos y sociales del trabajo, e investigación-acción que explore nuevas modalidades de aproximación al saber en las que los trabajadores no sean sólo objeto sino sujetos del saber y la acción en salud.

4.3. Introducir e intensificar la formación en lo relativo a la salud de los trabajadores. Al respecto es necesario, dentro de la reformulación de los contenidos, objetivos y programas de la formación de médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos y auxiliares en el campo de la salud, introducir el tema de la salud de los trabajadores no sólo como una materia más, un conjunto de técnicas novedosas o un tranquilizante de la conciencia individual y social, sino como uno de los ejes orientadores de una nueva concepción del conocimiento y la práctica (27). Al mismo tiempo es necesaria la contribución de expertos y técnicos comprometidos en la formación de los trabajadores en lo relacionado con su salud como problema científico, técnico y político.

4.4. Un trabajo organizado e interdisciplinario. Es decir: no bastan las voluntades individuales y las acciones coyunturales. Se requiere un trabajo programado, sistemático, constante. Su mejor coordinación debe ser la de las organizaciones obreras y su gestación y desarrollo no debe producirse lejos del propio acontecer obrero. Pero además es necesario el aporte de las diferentes ramas del conocimiento (biológico, matemático, socioeconómico) y de la técnica. Persistir en el aislamiento del conocimiento médico-biológico sólo conseguirá aplazar las soluciones y mantener unas condiciones absolutamente adversas al objetivo buscado de la salud de los trabajadores.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Colombia. Ministerio de Salud. Informe al Honorable Congreso de la República, 1979-1980. Bogotá, 1980, p. 48.

2. Navarro, V. La medicina bajo el capitalismo. Barcelona, Grijalbo, 1978, p. 116.



3. **Brown, E.R.** Rockefeller medicine men. California, University of California Press, 1979, p. 230.
4. **Romero, A.** Vigilancia y estudios epidemiológicos de las intoxicaciones por plaguicidas. Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana 84 (1): 43-50, enero '78.
5. **Colombia. Ministerio de Salud.** Informe al Honorable Congreso, 1974-1978. Bogotá, 1978, p. 101.
6. **Organización Internacional del Trabajo.** Hoja de Información No. 5. Ginebra, agosto 1973, p. 1.
7. -----. El trabajo de los niños en América Latina. Píact 1-0-86-3. Ginebra, 1979, p.1.
8. **Echavarría, M. et al.** El problema de la salud en DINA. Cuadernos políticos (México) 26:77, 1980.
9. **Marx, C.** El Capital. México, siglo XXI, 1975, T. 1, p. 215.
10. Citado por **Berlinguer, G.**, en Medicina y Sociedad. Barcelona, Fontanella, 1972, p. 13.
11. **Laurell, A.C.** Proceso de trabajo y salud. Cuadernos políticos (México) 17: 60, 1978.
12. **Rodríguez, C., Pérez, E. y Jauregui, A.** Proceso de trabajo y condiciones de salud de trabajadores expuestos a riesgo eléctrico. Revista Latinoamericana de salud (México) 1: 41-72, 1981.
13. **Laurell, A.C.** Condiciones de trabajo y desgaste obrero. México, Universidad Autónoma de México-Xochimilco, 1981. (Mimeog.).
14. **Eyer, J.** Stress related mortality and social organization. México, Universidad Autónoma de México, Xochimilco, 1978. (Mimeog.).
15. **Arduño, A. y Salazar, H.** La salud de los petroleros en la encrucijada de la crisis. México, Universidad Autónoma de México, Xochimilco, 1981. (Mimeog.).
16. **Breilh, J. y Granda, E.** Investigación de la salud en la sociedad. Quito, Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1980, p. 87.
17. **Franco, S.** Medicina Social: Utopía o realidad? Viento Nuevo (Medellín) 2: 18, 1981.
18. **Laurell, A.C.** La salud, enfermedad como proceso social. México, Universidad Autónoma de México, Xochimilco, 1979. (Mimeog.).
19. **Berlinguer, G.** Salud y política. Santo Domingo, Nides, 1979, p. 6.
20. **Fassler, C.** Salud y trabajo. Salud-Problema. (México), 2:4, 1978.
21. **Behm, H.** Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud (Costa Rica) 12: 69-102, 1979.
22. **Berlinguer, G.** Medicina y política. Círculo de Estudios, 1977, p. 19.
23. **White, J.** Historia de una ignominia. La Historia de la United Fruit Company en Colombia. Bogotá, Presencia, 1978, p. 102.
24. **Illich, J.** Nemesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona, Barral, 1975.
25. **Bonino, D.** El compañero médico. México, Nueva Imagen, 1979.
26. **Basaglia, F. et al.** La salud de los trabajadores. México, Nueva Imagen, 1978.
27. **Samaja, J. y Rivera, M.** La importancia de la salud ocupacional en la enseñanza médica superior. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 13, mayo - ago '79.