



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

P

La relación trabajo-salud en los "gráficos"

Construcción social y hegemonía

Autor:

Grimberg, Mabel A.

Tutor:

Mercer, Hugo R.

1992

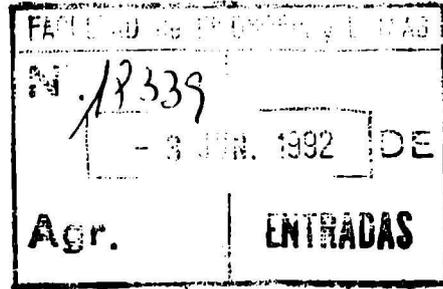
Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Universidad de Buenos Aires en Antropología

Posgrado



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL
Repositorio Institucional de la Facultad
de Filosofía y Letras, UBA



Universidad de Buenos Aires

Facultad de Filosofía y Letras

Tesis de Doctorado

La relación trabajo-salud en "los gráficos".

Construcción social y hegemonía

Autora Mabel A. Grimberg

Director de Tesis Hugo Mercer

Mayo de 1992

Para Diego y Santiago, mis hijos
quienes todavía escuchan mis historias

A mis padres,
nuevamente por su amor y apoyo

A los trabajadores gráficos, porque
"Los gráficos siempre vuelven"

*A la memoria de
Franco Host Venturi
detenido-desaparecido
en febrero de 1976*

y de

*Josefina Villaflor,
compañera gráfica
detenida-desaparecida
en agosto de 1979*

AGRADECIMIENTOS

Las investigaciones que posibilitaron esta tesis fueron realizadas con el apoyo de dos instituciones, el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas -CONICET- a través de una beca de perfeccionamiento y otra de formación superior, y la Universidad de Buenos Aires que a través de UBACYT mantiene su apoyo a las actividades del Programa de Antropología y Salud del Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras.

A Hugo Mercer, mi director, debo agradecer su apoyo, su orientaciones teóricas y metodológicas, la justeza de sus observaciones y, sobre todo, su gran capacidad para efectuar críticas enriquecedoras.

A Rosalía Cortés por sus señalamientos y aportes teóricos a la elaboración de esta tesis.

A Sofía Tiscornia por su paciente lectura, sus comentarios y sus valiosas sugerencias.

A Susana Margulies por su compromiso con la redacción de este trabajo, su minuciosa lectura y sus enriquecedoras correcciones.

A Carlos Vaca, ingeniero, compañero del equipo del Sindicato Gráfico Argentino, por su solidaridad y su contribución al conjunto de este estudio.

A Eduardo Pérez por contribuir a mi acercamiento y comprensión de "los gráficos", por su apoyo durante la investigación y su paciencia para la impresión de esta tesis.

A mis compañeros del Programa de Antropología y Salud, Ana Domínguez Mon, Susana Margulies y Santiago Wallace con quienes discutimos desde hace cinco años y mantenemos el compromiso de elaborar un marco teórico y metodológico.

A los compañeros de la cátedra de Antropología Sistemática 1 por su comprensión.

A María Rosa Neufeld, Alicia Caratini y María Elena Pruden por ser mis amigas.

A Eduardo Menéndez, maestro.

A Cristina Laurell, interlocutora imaginaria de parte sustancial de mis discusiones

Y sobre todo quiero agradecer a los compañeros gráficos, en especial a los de Parafinadora Calabria, Volpa, Quela, Crónica, La Nación, a los compañeros de la rama tintas y barnices Lorilleux, Magenti, Pedro Weinstok, Grafex, Quiplas, Tintas Letta. Al conjunto de compañeros asesores gremiales, activistas y de dirección del Sindicato Gráfico Argentino su solidaridad e inestimable apoyo.

→
INDICE

INTRODUCCION 1

PRIMERA PARTE

Capítulo 1

CIENCIAS SOCIALES, TRABAJO y SALUD Los cuestionamientos a la medicina laboral 14

El enfoque multicausal del "riesgo laboral" 16

Aportes de la sociología del trabajo. Las condiciones y medio ambiente de trabajo-CYMAT- 21

La corriente de medicina social latinoamericana. Proceso salud-enfermedad y proceso de trabajo 29

Un punto de partida inicial 37

Capítulo 2

LA CONSTRUCCION SOCIAL DE LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD. De la carrera del enfermo a las prácticas sociales 45

Percepción de la enfermedad y "carrera del enfermo" 46

La "construcción social" de la enfermedad y el rol de la medicina 58

"Construcción social" y Reproducción 69

Capítulo 3

HEGEMONIA y SALUD DE LOS TRABAJADORES (a)

El Modelo de Higiene, Seguridad y Medicina Laboral 80

Algunas precisiones sobre el concepto de hegemonía 81

La construcción médico-técnica hegemónica: el modelo de higiene, seguridad y medicina laboral 86

La construcción de la hegemonía o la tensión entre lo social y lo técnico en la relación trabajo/salud: De la higiene social a la medicina laboral 97

·	Caítulo 4	
·	HEGEMONIA Y SALUD DE LOS TRABAJADORES (b) Intervención estatal en Argentina y funcionalidad del modelo.....	114
	Acción estatal y salud de los trabajadores.....	116
	Para rediscutir la funcionalidad del modelo.....	148
·	SEGUNDA PARTE	
·	Capítulo 5	
·	CRONICA DE UN CONFLICTO Demanda, Negociación y Salud..	157
	Primer momento: la estructuración de las reivindicaciones, marzo de 1984.....	158
	Segundo momento: tensión, confrontación y negociación, mayo a junio.....	167
	Tercer Momento: el acuerdo.....	174
	Capítulo 6	
·	TRADICION GREMIAL, OFICIO y TRABAJO	
·	"Arte" y "Vanguardia del Movimiento Obrero".....	179
	La construcción social de una tradición: hitos históricos de la práctica gremial.....	180
	El "oficio".....	189
	Los rasgos del trabajo gráfico.....	200
·	Capítulo 7	
·	EL "RIESGO" DE SER GRAFICO Proceso de Trabajo y "riesgo laboral".....	217
	"Ramas" gráficas y "riesgo".....	220
	Las condiciones generales de trabajo desde la perspectiva del "riesgo".....	249

Capítulo 8	
MOLESTIAS, SINTOMAS Y DAÑOS Representaciones obreras de las condiciones de salud en relación con el trabajo	262
Problemas de salud-enfermedad identificados	263
Cultura Somática, Experiencia y Significación: Metodología Diagnóstica y Causalidad Atribuida	284
Cultura Somática y procesamiento colectivo	296
Capítulo 9	
PRACTICAS Y DEMANDAS DE "SALUD" Autonomía, resistencia y negociación	305
Prácticas históricas	307
Prácticas y demandas actuales	320
Capítulo 10	
APROPIAR Y RESISTIR El sentido de las prácticas y los límites de la hegemonía. -Conclusión-	344
Saber y práctica obrera. Los límites de la hegemonía ..	345
Modelo y relaciones de hegemonía	359
La relación trabajo-salud. Ultimas conclusiones	362
BIBLIOGRAFÍA	368
ANEXO	382

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

Nuestro objetivo inicial fue estudiar las "articulaciones entre salud y práctica social" en los trabajadores industriales. Nos interesaba mostrar que las prácticas de los trabajadores en relación a su "salud" podían ser analizadas a partir de las relaciones de hegemonía y, sobre todo, dar cuenta de prácticas de producción autónoma, resistencia e impugnación ¹.

Durante el desarrollo de la investigación, las alternativas del trabajo de campo y la búsqueda teórica a partir de la necesidad de implementar categorías analíticas reorientaron el trabajo hacia el análisis de los modos en que las relaciones de hegemonía estructuran no sólo las representaciones y prácticas en relación a la salud-enfermedad en el ámbito laboral, sino también los alcances, las modalidades y los cursos de acción de sus demandas.

Tales objetivos pueden ser referidos a un conjunto de puntos de partida teóricos e interrogantes. Como lo demuestran investigaciones en los últimos quince años en América Latina (Laurell, 1983, 1986, 1989), la lógica de acumulación del capital y, por tanto, las modalidades histórico-concretas de los procesos de trabajo constituyen los principales determinantes de los

problemas de salud-enfermedad de los trabajadores. A su vez, como lo afirma la producción de la antropología médica a través de una de sus más "fuertes constataciones empíricas", la salud y la enfermedad han sido objeto de la construcción de saberes y prácticas específicos, no sólo por parte de especialistas o campos disciplinarios particulares, sino fundamentalmente por parte de la población, de la comunidad en su conjunto (Menéndez, 1985). Desde ahí, consideramos que nuestra perspectiva antropológica puede contribuir a problematizar la salud-enfermedad de los trabajadores, al incluir los procesos culturales y políticos que los constituyen, al mismo tiempo, en una construcción social.

Nuestros interrogantes refieren a las características de prácticas extendidas entre los trabajadores. Nos preguntamos

- ¿por qué las demandas que tienen alguna vinculación con la salud, se incluyen generalmente en los últimos puntos de los petitorios y constituyen lo primero que suele negociarse?
- ¿por qué estas demandas terminan en su mayor parte en "arreglos" de tipo monetario (plus, premios, aumentos salariales) o en juicios de reparación también monetaria?
- ¿puede la demanda o aceptación de premios a la producción, horas extraordinarias, plus por trabajo riesgoso o trabajo nocturno, atribuirse a que los trabajadores "desconocen los riesgos para su salud" o "no se responsabilizan de su salud" o a "la falta de conciencia", como suele afirmarse desde la medicina laboral?

Estos interrogantes apuntan a estrategias desarrolladas por los trabajadores, a su procesamiento colectivo, a la significación y resignificación de sus problemas de salud en el ámbito laboral. En términos teóricos remiten a las relaciones entre estructura, prácticas de los sujetos y procesos de

hegemonización; por lo que consideramos que los mismos pueden ser respondidos, al menos en parte, por una investigación cuyo objeto de estudio sea la construcción social de la relación trabajo-salud, a través de un estudio de caso: los trabajadores gráficos.

Para estos objetivos, la elección de los trabajadores gráficos se funda en una serie de condiciones entre las que destacamos: una temprana organización sindical, una significativa "tradición de lucha", peso propio en momentos históricos clave del movimiento obrero argentino, y en particular, un sistemático desarrollo de demandas que tienen a los problemas de salud como principal eje argumental.

Este análisis centra la relación trabajo-salud como relación política, como relación de poder que al mismo tiempo que desgaste, enfermedad o muerte, es demanda y negociación, conquista o pérdida. Desde este enfoque nuestra investigación se propone mostrar que los trabajadores manifiestan un saber y una práctica en torno de la relación trabajo-salud, sustentados en la apropiación y reelaboración de categorías y modalidades operativas de la medicina laboral y la higiene y seguridad industrial.

Más precisamente, que la relación trabajo-salud está mediada por la hegemonía de un modelo que denominamos de higiene, seguridad y medicina laboral (Grimberg, 1988, 1989, 1991). El modelo tiende en términos teóricos a ocultar la contradicción capital-trabajo, a través de la formulación de una relación técnica entre trabajo y salud, expresada en la concepción de riesgo laboral.

Desde su operatoria, este modelo tiende a legitimar los procesos de pérdida de autonomía y control de los trabajadores sobre los procesos de trabajo. A su vez, estos saberes y prácticas de los trabajadores no constituyen una imitación empobrecida del saber médico, así como no implican la reproducción estricta de este modelo, contienen aspectos de producción autónoma, reelaboración y resignificación.

Este trabajo constituye un acercamiento antropológico a una temática -salud de los trabajadores industriales urbanos- con escasos o nulos antecedentes en el campo disciplinario. Por un lado, sólo recientemente la antropología social se ha aproximado a los problemas del "trabajo" o de "clase obrera", produciendo desarrollos en torno a temas específicos como cultura obrera (Novelo, 1986, 1987), reproducción social (Quintal, 1986) o formación, situación de clase y respuesta sindical (Bazán, 1988). Estas investigaciones no han tomado el problema de salud-enfermedad o lo han considerado como un indicador más de las condiciones de trabajo.

Por otro lado, como sostuvimos en un trabajo anterior (Grimberg, 1990), la antropología médica ha focalizado su análisis en sectores indígenas, campesinos y más recientemente en los "pobres urbanos". Las preocupaciones se han centrado en el estudio de las "enfermedades y las prácticas tradicionales", en la causalidad cultural y en la relación médico-paciente ². En el marco de su articulación a la problemática de las ciencias sociales, consideramos válido recuperar la importancia que la producción antropológica ha otorgado a las estrategias populares y a la conformación de un saber colectivo, al estudio de los procesos de apropiación del saber y la práctica médica por parte de los sectores subalternos, y al análisis de la articulación de mecanismos de reciprocidad y de desigualdad social ³.

Considerado objeto exclusivo de la medicina laboral, el problema de la salud de los trabajadores ha sido naturalizado bajo marcos técnicos operativos. En los últimos veinte años sin embargo, se han incrementado diversos cuestionamientos a las tipificaciones de "enfermedad profesional", de "accidentes de trabajo" y al enfoque de riesgo laboral, así como a las propuestas operativas derivadas de estas concepciones. De éstos, la corriente de medicina social latinoamericana constituye a nuestro criterio el marco más sólido de construcción de categorías de análisis y herramientas metodológicas provenientes de las ciencias sociales. No obstante ello, las representaciones y las prácticas de los trabajadores, sus demandas y reivindicaciones en relación a los problemas de salud en el nivel laboral, aún no se han constituido en objeto de estudio de estas líneas de investigación.

Esta carencia de antecedentes nos condujo a encarar, discutir y poner en relación categorías analíticas y procesos generalmente estudiados en forma independiente en investigaciones empíricas de otras disciplinas. Por tanto, articulamos teóricamente las categorías de construcción social, hegemonía, proceso de trabajo, proceso de salud-enfermedad y transacción para considerar procesos relativos al trabajo, a la salud-enfermedad y su institucionalización, a la gestación de demandas, a la construcción de estrategias, tradiciones e identidades gremiales, etc.

Este trabajo se desarrolla en dos partes. En la primera construimos un modelo teórico y un contexto histórico social, para en la segunda parte, efectuar un tratamiento de caso. Para ello, seguimos de manera crítica una serie de aportes de la medicina social y de la sociología del trabajo latinoamericanas (capítulo uno). A continuación recuperamos las contribuciones de

algunas propuestas sociológicas y antropológicas sobre la categoría de construcción social (capítulo dos) para plantear nuestro enfoque de la misma.

La articulación de las categorías de construcción social -como proceso de condicionamiento recíproco entre representaciones y prácticas- y de hegemonía permite construir un modelo teórico y el contexto histórico social (capítulo tres y cuatro) para el estudio de las representaciones y prácticas de los trabajadores gráficos. Por ello, analizamos los principales caracteres de la construcción hegemónica de la salud de los trabajadores en vinculación al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990), y seguimos la expresión institucional del modelo a través del análisis de la intervención estatal en materia de trabajo salud en nuestro país.

La segunda parte está dedicada al estudio de la construcción social de la relación trabajo-salud entre los trabajadores gráficos.

Iniciamos este análisis reconstruyendo las alternativas de un conflicto gremial (capítulo cinco). Con ello intento un punto de partida que recupere la centralidad de la acción, de las prácticas sociales. En esta línea entonces, desde la lógica de sus procesos de trabajo, focalizamos los trabajadores gráficos como sujetos activos de sus condiciones de trabajo y de vida, formando parte de un campo de fuerzas, de disputa social de carácter más amplio en el que el Estado ha jugado un rol primordial.

En un proceso contradictorio de generación de demandas, acciones de presión y estrategias de negociación y renegociación de sus condiciones de trabajo y de vida, han ido construyendo

tanto saberes particulares, como saberes comunes con trabajadores de otras ramas de actividad, desarrollando tradiciones e identidades ocupacionales y políticas. La construcción de una tradición gremial, la configuración del "oficio" y ciertos rasgos estructurales de los procesos de trabajo (capítulo seis) han otorgado "especificidad" a las condiciones globales del trabajo, a los requerimientos de fuerza de trabajo y a las modalidades de relaciones sociales en el mismo. Estas han constituido las condiciones concretas de las prácticas, las demandas y los conflictos desarrollados por los trabajadores gráficos.

En términos metodológicos las representaciones incluyen

- procesos teórico-técnicos organizados a través del aprendizaje en el propio medio de trabajo;
- procesos institucionales relativos a las modalidades de relaciones laborales en la empresa;
- procesos relativos a los modos de vinculación con el sindicato;
- procesos socioculturales más amplios relativos a las prácticas sociales en general y a las prácticas de género. De estos últimos interesa remarcar que son previos y colectivos (no exclusivamente obreros), ya que proceden del contexto sociocultural nacional y se inscriben en la esfera de la normatividad social.

Más que proponernos analizar el origen y peso particular de cada una de las fuentes de producción de las representaciones sociales, nos interesa mostrar su articulación como procesamiento colectivo, a partir de las modalidades de relación social en el trabajo. Si bien partimos del supuesto de que las representaciones constituyen en términos metodológicos una construcción histórica en proceso, no seguimos en particular sus cambios.

Efectuamos la descripción y análisis de la construcción social de la relación trabajo-salud desde tres dimensiones: la representación de los procesos de trabajo (capítulo siete), la representación de los procesos de salud-enfermedad (capítulo ocho) y las prácticas cotidianas en el taller, las demandas y reivindicaciones colectivas (capítulo nueve). En último término (capítulo diez), retomamos y ponemos en relación los resultados alcanzados para proponer nuestras conclusiones finales.

Este trabajo recoge parte de una investigación realizada entre trabajadores gráficos del Area Metropolitana (Capital Federal y Gran BsAs) en distintos momentos desde mediados de 1986 hasta fines de 1990. Durante las sucesivas etapas de campo tuvimos ocasión de observar las modalidades de trabajo en distintos talleres, conocimos y trabajamos relación con un gran número de trabajadores y activistas y participamos en acciones que constituyen parte fundamental de su vida laboral y gremial cotidiana.

El objetivo de estudiar la construcción social de la salud-enfermedad en relación al trabajo definió el carácter fundamentalmente cualitativo de nuestro enfoque. Esto no significó, sin embargo, negar la importancia de cuantificar aspectos de estos procesos -de hecho lo efectuamos para cierto tipo de información-. Nuestra prioridad ha sido sobre todo detectar las estructuras de significación, su especificidad. Para esto nos pareció adecuado implementar un nivel de análisis intermedio -sectorial- que articulara la observación de talleres y trabajadores de las distintas especialidades gráficas, de manera de captar tanto la especificidad de los procesos y de las modalidades sociales del trabajo, así como su diversidad. Este nivel fue complementado con observación en profundidad y entrevistas en algunos de los talleres seleccionados.

A su vez, nuestro enfoque de la relación trabajo-salud como relación política, como campo de disputa en las relaciones entre trabajadores y patrones, orientó un diseño de investigación tendiente a producir un conocimiento que, además de dar cuenta de la problemática de la salud en el trabajo, permitiera un proceso de reflexión y construcción de herramientas de control y modificación de las condiciones del mismo.

Este diseño se basó en un conjunto de propuestas:

- partir de un principio metodológico de la perspectiva antropológica el de recuperar el saber y la experiencia, la memoria y las prácticas cotidianas de los trabajadores, es decir, recuperar la lógica de las prácticas sociales;
- prever niveles de intervención de los trabajadores en los distintos pasos del proceso de investigación;
- generar resultados parciales que posibilitaran elaborar colectivamente instrumentos de discusión y de acción;
- utilizar de manera combinada las distintas técnicas de la disciplina, privilegiando la observación con participación en actividades laborales y gremiales. A su vez, generar técnicas que permitieran implementar unidades de análisis de tipo colectivo.

La recuperación del saber y la experiencia histórica de los trabajadores gráficos no fue sólo un objetivo teórico para la aplicación de la categoría de hegemonía. En términos metodológicos constituye el primer requisito para proponer con alguna seriedad, la intervención de los trabajadores en el proceso de investigación y en el desarrollo simultáneo de acciones de control y de las condiciones de trabajo.

Priorizamos dos niveles de intervención de los trabajadores. El primero implicó la conformación de un equipo sindical con delegados, activistas y trabajadores de base (en un número

variable a lo largo de casi cinco años), con quienes hemos ido discutiendo los objetivos, la metodología y el curso de las acciones a desarrollar. Un segundo nivel atendió a la participación de delegados y trabajadores de las "ramas" gráficas y los talleres en la discusión de los resultados parciales y en la resolución de acciones específicas.

Estos cinco años fueron para nosotros también un aprendizaje en lo que respecta a elaborar instrumentos de discusión y procesamiento colectivo: sistematización de información de fuentes secundarias, síntesis de notas de campo o entrevistas realizadas, pequeños informes para ser transmitidos y discutidos, diseño de registros de accidentes de trabajo y de guías de observación del proceso de trabajo según las "ramas" gráficas, boletines de formación y capacitación específicos por "ramas".

El eje de nuestro trabajo de campo fue la observación con participación en talleres y actividades gremiales. La observación en talleres se realizó primero durante recorridos de asesores sindicales ⁴, luego por pedido de las comisiones internas de delegados con autorización empresaria ⁵ para efectuar observación más sistemática y continua. Aun con autorización, fueron escasos los talleres en los que pudimos efectuar un estudio prolongado y realizar el número de entrevistas que nos proponíamos. Por lo general se nos permitió estar en las secciones de producción un tiempo acotado (como máximo dos horas y media), en la mayor parte de los casos se nos restringió la posibilidad de hablar con los trabajadores, en algunos talleres se nos permitía observar "sin interferir la producción", o nos acompañó una comitiva en el recorrido de la planta sin permitirnos permanecer en sección alguna. La observación se efectuó en talleres de los tres sectores -concentrado, mediano y pequeño- de la industria ⁶.

Al mismo tiempo realizamos observación con participación en actividades gremiales (reuniones y asambleas por sección y taller, asambleas sindicales), en discusiones paritarias por empresa y audiencias de conciliación en el Ministerio de Trabajo. Seguimos experiencias de análisis y propuestas de cambio de condiciones de trabajo llevadas a cabo en distintos talleres y participamos en cursos de capacitación.

En definitiva la observación con participación de la práctica sindical nos permitió registrar no sólo las demandas y propuestas de solución originadas en las comisiones internas y grupos de trabajadores de empresa, sino las características de sus requerimientos hacia el sindicato y hacia los profesionales (el médico, el abogado, el ingeniero, la antropóloga), los distintos momentos de elaboración de estas demandas y sobre todo ciertos mecanismos de procesamiento colectivo de propuestas.

Utilizamos dos tipos de entrevistas, individuales a trabajadores de base, activistas, delegados y dirigentes sindicales, empresarios y personal de dirección y profesionales ⁷. Y entrevistas colectivas a comisiones internas de delegados y grupos de trabajadores de sección ⁸. La combinación de ambas técnicas y la confrontación de la información obtenida en cada una constituyó un elemento enriquecedor, en tanto lo colectivo funcionó como disparador de temáticas que luego profundizamos en lo individual. Las entrevistas individuales señalaron problemas que, al ser trasladados al grupo, se revelaron con matices o aristas diferentes.

En otras palabras, captar las valoraciones individuales al mismo tiempo que poder encarar mecanismos colectivos de procesamiento, observar cómo se recombinan las distintas interpretaciones creemos que es un aspecto esencial a continuar

desarrollando, sobre todo si a ellas integramos una técnica como la de observación con participación, quizás el aporte mas importante de nuestra disciplina.

Hemos utilizado numerosas fuentes secundarias para obtener información de carácter económico, histórico-gremial, de morbilidad, etc., de distinta procedencia. Hemos consultado fuentes oficiales -censos- y de los propios trabajadores -el archivo sindical, la prensa obrera, actas y memorias gremiales-.

Es en este marco teórico metodológico que procuramos recuperar la potencialidad de la perspectiva antropológica y de su enfoque de los problemas de salud-enfermedad. Consideramos que el modo de producir conocimiento de la antropología, sustentado en la construcción de una relación social con los sujetos de estudio, en una continua e intensa interacción, esta especialmente capacitado para generar mecanismos de participación y apropiación de este conocimiento por parte de los trabajadores. Puede permitir en consecuencia, un proceso de permanente ida y vuelta entre teoría y práctica desde la recuperación crítica del saber y la experiencia histórica de los trabajadores a la de construcción de nuevas categorías de análisis y, por tanto, de nuevas formas de práctica.

Finalmente, no intentamos efectuar ningún tipo de generalización; nuestras afirmaciones son sólo válidas para los trabajadores gráficos del área metropolitana.

Buenos Aires, mayo de 1992

NOTAS

1. Nuestra primera investigación se denominó "Salud y práctica social en trabajadores industriales, Subordinación, cuestionamiento y hegemonía"

2. Estas investigaciones siguieron la perspectiva de culturalistas que oponía conceptualmente el sistema médico científico/oficial al sistema médico tradicional/popular Ver Aguirre Beltrán, 1986; Menéndez, 1985; Grimberg, 1990)

3. Vease al respecto el aporte crítico realizado por E. Menéndez, 1985

4. El "asesor sindical" es un delegado con "experiencia y capacitación gremial", esta retirado del trabajo en el taller encontrándose con permiso gremial. Es fundamentalmente un representante sindical cuyas funciones son, como su nombre lo indica, asesor es decir acompañar, coordinar acciones, capacitar a las comisiones internas de delegados de empresa También cubren estos cargos exdelegados y activistas despedidos.

5. No existe un encuadre legal que otorgue derecho a los trabajadores, sus sindicatos y sus asesores a inspeccionar las condiciones de trabajo sin expresa autorización empresaria.

6. La observación se realizó a 30 talleres de los tres sectores: cinco del sector concentrado (más de 100 trabajadores, editoriales de diarios y revistas, grandes empresas de formularios continuos y envase); quince del sector medio (aproximadamente doscientas empresas con más de veinticinco y menos de cien trabajadores, imprentas, fábricas de envases, talleres especializados) y diez de los talleres pequeños.

Los criterios para su selección fueron los siguientes:

*concentración *sindicalización *activismo gremial. *procesos de demanda vinculados a la relación trabajo-salud.

7. Realizamos un total de setenta y nueve entrevistas individuales a trabajadores, en su mayor parte abiertas, semiestructuradas y en profundidad; veintitrés a propietarios, gerentes y jefes de sección y veintiuna entrevistas a personal médico y de higiene y seguridad.

8. Realizamos un total de cincuenta y seis **entrevistas colectivas** a comisiones internas de fábrica, y cincuenta y una a grupos de una misma sección de talleres.

Capítulo 1

CIENCIAS SOCIALES, TRABAJO y SALUD Los cuestionamientos a la medicina laboral

En su mayor parte de la producción epidemiológica ha centrado los problemas de salud-enfermedad en la población y en variables sociodemográficas tales como sexo, edad y distribución ecológica, complementado con el uso de categorías ocupacionales o de estratificación social (García, 1983; Laurell, 1989). Consecuentemente los ejes de análisis han sido el ámbito del consumo y los comportamientos individuales.

Como surge claramente de la revisión realizada por Antonovsky (1967) las investigaciones sociales aplicadas a los problemas de salud, establecen fuertes correlaciones entre "estratos" o "categorías ocupacionales" (asalariados, trabajadores manuales/no manuales, etc), y tasas diferenciales de morbilidad y mortalidad. En su gran mayoría han utilizado indicadores de "ocupación", "nivel de ingresos", junto a otros como "nivel educativo", "áreas de residencia", dentro la categoría de "status socio-económico" (NSE) o "estrato social";

a éstos se han combinado otros indicadores como "calidad de la vivienda", "calidad del barrio", etc ¹.

Si bien se ha puesto en evidencia la distribución social diferencial de la enfermedad y la muerte², las condiciones de trabajo y de vida y, en particular, el carácter de trabajadores de la mayor parte de la población, no han sido objeto central de análisis.

Notablemente escasa en relación a otras, la temática de la salud de los trabajadores ³ se encuentra diluida en distintas problemáticas y modos de tratamiento en la producción médico-epidemiológica y de las ciencias sociales y salud. A este tipo de dificultades se suma la dispersión de centros y grupos de estudio dedicados al tema, la ausencia de canales de comunicación entre ellos, así como el hecho de que gran parte de los diagnósticos e investigaciones gubernamentales permanecen como documentos de trabajo sin publicarse.

En este capítulo analizamos aquellos trabajos provenientes de la aplicación de las ciencias sociales a los problemas de la salud de los trabajadores que consideramos aportan a la explicación de los interrogantes planteados. Estos trabajos, si bien de campos disciplinarios y enfoques teóricos-metodológicos distintos, tienen en común el colocar el problema de la salud de los trabajadores en la esfera del trabajo.

Pueden distinguirse tres corrientes de aportes a la problemática. Una primera incluye estudios que cuestionan el enfoque tecnicista de riesgo de la medicina laboral hegemónica, proponen un enfoque multicausal e incluyen aspectos sociales y culturales en el análisis de los problemas de salud. Una segunda esta integrada por estudios de sociología del trabajo que han

puesto énfasis en la elaboración de categorías como proceso de trabajo, cargas, condiciones y medio ambiente de trabajo. Y una tercera, encuadrada en la corriente de la medicina social latinoamericana, que ha puesto su esfuerzo en la construcción teórica a partir de las categorías de proceso de trabajo y de proceso de salud-enfermedad, y en la elaboración de una metodología de participación de los trabajadores.

El enfoque multicausal del "riesgo laboral"

Una serie de estudios provenientes de la medicina han cuestionado el enfoque tecnicista y monocausal del "riesgo laboral" ⁴. Si bien, al igual que el enfoque clásico, consideran al trabajador como individuo "expuesto" a una serie de "riesgos del trabajo", no conciben a éstos exclusivamente como elementos puntuales y aislables de carácter técnico. Por el contrario, priorizan la ampliación del análisis a otro tipos de "factores", al tiempo que estudian su concurrencia simultánea en la generación de enfermedad.

Este reconocimiento de variables que trascienden los aspectos meramente técnico-ambientales ha sido puesto en evidencia por especialistas como Méndes (1982), quien propone entender por "*... riesgo laboral al conjunto de factores físicos, psíquicos, químicos, ambientales, sociales y culturales que actúan sobre el individuo ... de cuya gravitación resultarían las enfermedades ocupacionales*".

Badía Montalvo (1985) por su parte, ha planteado que "*...la interrelación y los efectos que producen esos factores dan lugar a la enfermedad ocupacional. Pueden identificarse riesgos*

relacionados globalmente con el trabajo en general, y, además, algunos riesgos específicos de algunos medios de producción". Este autor a su vez propone la utilización del "mapa de riesgo laboral" como instrumento de prevención y "adecuada atención" de accidentes y enfermedades ocupacionales, y la inclusión en los servicios de salud a la comunidad de servicios de salud ocupacional.

En los últimos años se ha intentado producir conocimiento acerca de las condiciones de salud y avanzar en la prevención a nivel de rama de actividad y empresa e incluso de región. No obstante este reconocimiento, el esfuerzo por identificar "riesgos específicos" sigue siendo la característica predominante de estos estudios de medicina ocupacional. Estos estudios, además de mantener la noción de "agentes nocivos", implementan técnicas toxicológicas y epidemiológicas.

La revisión efectuada permite distinguir tres líneas de trabajo:

- **Estudios técnicos de "riesgos específicos"** cuya unidad de análisis es el puesto de trabajo, entre ellos se encuentran los efectuados por Gomes y Mozes (1984) sobre gasto energético en telefonistas en Brasil; Colacioppo (1985), sobre efectos de la exposición a "humos/vapores metálicos" en operarios de soldadura; Kulcsar Neto (1986), sobre riesgos químicos en laboratoristas fotográficos; y Marriott y Stuchly (1987), sobre los efectos del trabajo con pantallas.

- **Investigaciones con metodología epidemiológica centradas en el estudio de "agentes tóxicos"**, entre las que se ubican la de Briseño (1984) sobre la intoxicación por mercurio en Venezuela; una serie de trabajos sobre pesticidas realizados en México y

Centroamérica, Orellana (1983), Benzekri (1981) y Chediack (1981); sobre asbestos realizados por el Centro Panamericano de

Ecología Humana y Salud/OPS, Nova y Demner (1987) en Colombia y Rosario (1987) en República Dominicana.

- **Estudios técnicos** que incorporan un **análisis económico-social más amplio**. Entre ellos se ubican por ejemplo el estudio realizado por Olaya, Molina y Torres (1988) sobre enfermedades pulmonares en la industria textil, en el que proponen la utilización de variables del proceso de producción como marco contextual de la enfermedad y la utilización de la "dimensión subjetiva" como instrumento para detectar y describir problemas de salud. Méndes ha estudiado la relación entre accidentes de trabajo y la magnitud de las empresas (Méndes, 1975; IBASE, 1982) y Ferreira (1987) analizó el trabajo por turnos.

Vistos en su conjunto estos estudios presentan tres tipos de críticas al enfoque clásico de la medicina laboral:

- reconocen explícitamente su incapacidad para generar instrumentos de información/ conocimiento de la problemática;
- manifiestan un explícito rechazo a la visión monocausal: "agente-patología" intentando desde ahí ampliar y extender la noción de "riesgo";
- cuestionan la visión tecnicista de los "riesgos", proponiendo incluir "lo social" o "lo cultural"

Estos trabajos representan un avance respecto de los estudios biomédicos clásicos por su esfuerzo en constatar los problemas de la salud de los trabajadores, difundir y mostrar su gravedad, así como por describir el contexto de las zonas urbanas industriales. La mayor parte de estos estudios revelan el

desarrollo de daños en grupos de trabajadores "directamente expuestos" y, en general, la gravedad de condiciones de inseguridad e insalubridad de la industria.

Señalan además, el retraso de las reglamentaciones legales y el incumplimiento por parte del Estado de sus funciones de regulación y fiscalización; el ocultamiento y falta de compromiso de los sectores empresarios con el tema de higiene, seguridad y la salud en el trabajo; la escasa relevancia asignada por las organizaciones sindicales frente a reivindicaciones como el salario y el desconocimiento de su importancia por parte de los trabajadores.

Gran parte de los autores de estos trabajos, a su vez, no sólo discuten y proponen estrategias de prevención y resolución de estos problemas, también plantean acciones que van desde la capacitación-formación obrera en el tema, el asesoramiento a sindicatos en acciones de corrección ambiental y en discusiones paritarias con sectores empresarios, hasta el asesoramiento y participación en comisiones de modificación de las reglamentaciones legales, etc

Si bien debe admitirse el acierto de la mayoría de estos señalamientos, e incluso su contribución para el diagnóstico, presentan a mi criterio problemas que obstaculizan su capacidad de denuncia de las condiciones de salud y su aporte a las posibilidades de modificación. Así, se mantienen aspectos claves del enfoque clásico de la medicina laboral, ya que se centra en el individuo y en el puesto, no en el sujeto colectivo de trabajo, y se opera con las categorías médicas de enfermedad laboral y accidente de trabajo.

No obstante ampliar la noción de "riesgo" a aspectos

sociales y culturales del trabajo, éstos son tratados como un factor más, equiparable al resto, sin problematizar las bases de la concepción. Al no vincularse con las modalidades del proceso de trabajo, el análisis queda reducido a una sumatoria de "factores" sin jerarquización ni ponderación cualitativa. Los "riesgos" aparecerán como externos a la propia actividad del trabajo y a las modalidades de su organización social.

A su vez, al señalar estrategias empresarias, sindicales y acciones estatales sin mediar algún tipo de análisis de las mismas, el problema queda planteado en términos de voluntad política, de responsabilidad moral, o de desconocimiento de los actores. En efecto estos señalamientos no van acompañados por una indagatoria que encuentre su vinculación con los modos de contratación y uso de la fuerza de trabajo, con las orientaciones tecnológicas, a las particularidades de la organización y división social del trabajo y con las modalidades del conjunto de la práctica sindical y sus articulaciones con las políticas estatales, etc.

Como bien observa Laurell, la ausencia de problematización de las categorías médicas utilizadas y su no articulación a categorías referidas a lo social, y en particular al trabajo, se torna un obstáculo para la reflexión crítica de la propia práctica (Laurell, 1989). Pero tampoco las relaciones de poder y los modelos ideológicos pueden quedar como "dados" y sin problematización, con más razón si se trata de la propia práctica profesional.

El no partir de los saberes que los trabajadores construyen a partir de su propia experiencia y hacer de su "desconocimiento de los riesgos" el eje de la práctica, conduce inevitablemente a proponer acciones verticales de capacitación obrera, a

desarrollar acciones orientadas exclusivamente a la búsqueda de encuadre legal para las demandas y a la priorización de su intervención como "especialistas de parte" en las negociaciones obrero/patronales. Si el proceso de producción de conocimiento y las prácticas profesionales son colocadas como lo "dado", la posibilidad de generar propuestas no reproductoras de los modelos hegemónicos es escasa.

Aportes de la sociología del trabajo. Las "condiciones y medio ambiente de trabajo" -CYMAT-

Desde el campo de la sociología del trabajo se destacan una serie de estudios que aportan información sobre las condiciones generales del trabajo por rama de actividad, sobre problemáticas específicas tales como el proceso de cambio tecnológico y de gestión, las modificaciones en el mercado de trabajo y en las modalidades de contratación, y sobre aspectos particulares de la organización del mismo, como el trabajo por turnos rotativos o nocturno.

En una u otra forma la mayor parte de estos trabajos arriban a los "riesgos laborales", delimitando los problemas de salud-enfermedad como un indicador clave para la evaluación de las condiciones de trabajo. Centralizaremos su tratamiento en investigaciones realizadas en la Argentina que efectúan aportes conceptuales de importancia y en otras dedicadas a describir las CYMAT en sectores de actividad. En segundo término, nos ocupamos de estudios sobre problemáticas específicas llevados a cabo en otros países de América Latina

-En nuestro país la investigación y consecuentemente la

posibilidad de publicación sufrió importantes discontinuidades, quedando durante gran parte de la década de los setenta reducida a algunas expresiones parciales. Desde finales de 1983, el retorno al régimen constitucional permitió el desarrollo de centros de estudios y de una producción de mayor sistematicidad a partir de apoyos institucionales -gubernamentales, universitarios y del exterior-. Las expresiones más importantes de esta orientación se ubican en primer término en la producción del CEIL-CONICET (Centro de Estudios e Investigaciones Laborales-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), y del Grupo CLACSO (Centro Latinoamericano de Ciencias Sociales) sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo -CYMAT-.

Durante el año 1983 el CEIL, con el patrocinio de la Organización Internacional del Trabajo -OIT- organizó las "Primeras Jornadas Nacionales Interdisciplinarias sobre Condiciones de Trabajo". Entre los estudios presentados se destacan esfuerzos de definición conceptual como la propuesta de considerar "las condiciones vitales de trabajo" (Bialakowsky, 1983) y la diferenciación entre "condiciones de trabajo del puesto" y "condiciones de trabajo de la empresa" efectuada por Novick (1983); así como la descripción de las condiciones de trabajo en sectores específicos como el transporte (Giavedoni y otros, 1983), frigoríficos (Odasso-Rizzi, 1983), etc. Otros trabajos plantearon objetivos metodológicos, como el estudio de Matheu y otros (1983) que combina el uso del método Lest con entrevistas abiertas y en profundidad, la técnica de informantes clave, la observación y la medición técnica especializada, utilizando una clasificación de "riesgos" semejante a la implementada por el Modelo Obrero italiano.

-Aportes conceptuales

En las mencionadas Jornadas, M. Novick definió las condiciones de trabajo como "...el conjunto de propiedades que caracterizan la situación de trabajo, que influyen en la prestación del mismo y que pueden afectar la salud física y mental del trabajador y su conducta"(Novick,1983:84).

En esta definición el énfasis está puesto en diferenciar las "condiciones de trabajo del puesto" y las "condiciones de trabajo de la empresa". Para las primeras propone el análisis de "los factores del ambiente físico, del ambiente psicosocial y los aspectos de organización y contenido del trabajo que actúan sobre la salud de los trabajadores en sentido integral y que influyen sobre las facultades intelectuales del sujeto" (Ibíd,p.85).

Para el estudio de las segundas plantea "...los aspectos organizacionales, infraestructurales, asistenciales y sociales que inciden en el mantenimiento y desarrollo de las potencialidades del sujeto y en la preservación y promoción de su bienestar integral" (Ibíd.p.87). En términos metodológicos esta investigadora propone la utilización con modificaciones del método Lest ⁵ (Novick,1982, 1987) para la "dimensión objetiva", a la vez que incorpora y combina la "dimensión de la subjetividad" a través de entrevistas a los trabajadores en estudios específicos como el de implantación de tecnología (Novick, 1987).

Este último estudio contiene a mi criterio un decisivo aporte al proponer el análisis de un conjunto de variables relativas a procesos políticos y culturales. Además de considerar la estructura de la organización, la organización del trabajo y las condiciones de trabajo, incluye la relación empresa/contexto y, al interior de la primera, la noción de "cultura", las relaciones interpersonales y los modelos de comportamiento colectivo, las

representaciones de los trabajadores, el papel del sindicato, las estrategias gerenciales, las fuentes de poder y las "zonas de incertidumbre" (Novick, 1987)

Si bien la salud es colocada como una cuestión central del marco conceptual, ya que se la plantea como principal eje de evaluación de las condiciones de trabajo, e incluso se focalizan las principales cargas ⁶ en relación con la misma; esta temática no es objeto de elaboración teórica, de ahí que el texto mantenga las ambigüedades de la noción de "bienestar" de la definición de salud. El otro aspecto es metodológico: la reducción del análisis a las condiciones del puesto imposibilita entender la lógica del proceso de trabajo y sus cambios.

J. Neffa parte del concepto de proceso de trabajo por considerarlo "...-elemento central de la acumulación de capital- es el factor que más contribuye a explicar la configuración adoptada por las condiciones y medio ambiente de trabajo" (Neffa, 1987:30).

Desde este punto de vista, las CYMAT están constituidas por un conjunto de aspectos del trabajo relacionados a la sociedad, el establecimiento, la unidad de trabajo- sección-, el puesto de trabajo, etc

"...el proceso de trabajo... determinará la naturaleza, el contenido, la organización y la división del trabajo correspondiente, la higiene, seguridad y salud ocupacional, la ergonomía, la duración y configuración del tiempo de trabajo, la carga física, psíquica y mental del trabajo, el sistema de remuneraciones, el modo de gestión de la fuerza de trabajo, las condiciones generales de vida y posibilidades de participar en el mejoramiento de dichas condiciones"

(Ibid.p.30).

De estos trabajos nos interesa destacar la considerable ampliación de los aspectos a incluir en el estudio de las CYMAT, su centralización en el proceso de trabajo como eje explicativo, relacionándolo con la modalidad de acumulación de capital. Y por último, la incorporación dos aspectos generalmente dejados de lado: las condiciones generales de vida y las posibilidades de participación de los trabajadores, a partir de los cuales cobra sentido la propuesta de incorporar la "subjetividad" en la construcción de la información.

Quedan abiertos, sin embargo, una serie de problemas. En primer lugar la problemática de la salud de los trabajadores aparece como uno de los "factores" de las CYMAT, el de Higiene y Seguridad y Salud Ocupacional ' para el que sólo se mencionan dos indicadores: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, sin efectuar ningún tipo de conceptualización.

Un problema de orden metodológico lo constituye el intento de captar la "subjetividad" a través de una técnica como la encuesta que, por sus supuestos y características, reduce la complejidad de los procesos que el análisis de la subjetividad entraña a la opinión manifiesta y coyuntural de los entrevistados. Al mismo tiempo, los cuestionarios contienen en su mayor parte preguntas cerradas de respuestas múltiples, es decir con las alternativas de respuesta ya previstas, por lo que la inducción es inevitable

Un tercer problema, también de carácter metodológico, es que si bien se plantea a "los trabajadores insertados en su colectivo de trabajo", no se esboza una técnica de indagación correspondiente con tal visión, manteniéndose ésta focalizada en los

individuos, a diferencia del Modelo Obrero italiano (Oddone, 1977), Laurell (1987) y otros que intentan la encuesta colectiva, (nos ocupamos de esta propuesta en el punto siguiente).

-Estudios exploratorios

En la misma línea la Dirección Nacional de Higiene y Seguridad, Ministerio de Trabajo, con la colaboración de CEIL-CONICET y el apoyo de la OIT realizó una serie de prediagnósticos y estudios exploratorios sobre las condiciones y medioambiente de trabajo en ramas o sectores de actividad: en la pesca e industria de la pesca (1986), el agro (1985), la construcción y grandes obras (1986), estibadores del puerto (1986), clínicas, sanatorios y hospitales (1987), la actividad minera (1987) la industria química (1989), etc.

Estos trabajos evidencian un marcado carácter descriptivo, la mayor parte son exploratorios y utilizan de manera combinada distintos tipos de instrumentos metodológicos. Entre ellos, los estudios realizados en la construcción (Gorini,1987) y en la actividad minera (Amadori,1987) han utilizado encuestas especialmente diseñadas para el trabajador y el empresario, junto con entrevistas a informantes clave y guías de observación. Otro aspecto importante lo constituye el lugar ocupado por los problemas de salud bajo el rubro de "patología del trabajo" a través del uso de datos de las Obras Sociales y de la encuesta a los trabajadores. También resulta relevante la inclusión de aspectos de las "condiciones de vida" como vivienda, alimentación, ocio y recreación, y del marco normativo nacional.

-En el ámbito latinoamericano destaca el estudio de P.Galín (1982)

sobre los trabajadores por turno en Perú. Este revela una forma de trabajo de alta frecuencia y en proceso de expansión. Su mérito radica en mostrar que cualesquiera sean los aspectos de las condiciones de trabajo que se analicen, su característica es la precariedad. Así, frente a otras formas de organización, los sistemas de trabajo por turno presentan una jornada más intensa y prolongada, ritmos de trabajo más acelerados, mayor proporción de trabajadores temporarios, una tasa de sindicalización menor y un evidente menor acceso a servicios médicos.

En México sobresale el estudio de Fernandez Osorio y Tamez (1979) que analiza el impacto de las características económicas y tecnológicas en las condiciones generales del trabajo en la pequeña y mediana industria. Mertens (1984) aborda la relación entre los procesos de la industria microelectrónica y los problemas de salud. Su análisis de los procesos de trabajo pone de manifiesto que la robotización implantada de manera desigual, incorpora nuevos "riesgos" a los ya existentes de ruido, altas temperaturas, toxicidad, potenciando al mismo tiempo problemas de salud mental (tensión nerviosa) por la expansión de actividades monótonas, ritmos intensos, trabajo por turnos. etc. En particular, señala la utilización de sustancias químicas y la relevancia de problemas de salud como los de intoxicación aguda y crónica, problemas de vías respiratorias y cáncer.

En Venezuela se han efectuado trabajos en el marco de un proyecto sobre estrategias de sobrevivencia y actividades informales. Entre ellos, Lacabana (1987) analizó el trabajo a domicilio a través de la categoría de proceso de trabajo y de modalidad de acumulación de capital. Este investigador inscribe el trabajo a domicilio no como de transición hacia la salarización directa, sino como resultante de una modalidad de acumulación capitalista que requiere revertir la tendencia hacia un mercado

de trabajo regulado, proceso ligado a la inestabilidad de las ventas y de la producción. Al mismo tiempo, vincula su expansión al desarrollo de estrategias de sobrevivencia, incorporando el análisis de las condiciones de trabajo, de vida y de la condición femenina. En el estudio de las condiciones de trabajo, los problemas de salud se colocan como uno de los siete aspectos a considerar *, entre los que sobresalen fatiga, problemas osteomusculares, desgaste visual y un importante proporción de procesos referidos a salud mental , stress, "nerviosismo", etc.

Desde una visión de conjunto, y aun cuando no centralicen en el tema de salud ni expresen un intento de teorización al respecto, es posible reconocer que esta producción logra importante información sobre los procesos y condiciones de trabajo.

A nuestro criterio los vacíos mas importantes se deben a que:

- no se incorporan los desarrollos críticos más recientes sobre la relación trabajo/salud, manteniendo sin modificación, categorías médicas como la noción de enfermedad laboral o la visión de "riesgo". Desde ahí la mayoría coloca la problemática de salud como un aspecto más, de igual valor dentro de las condiciones de trabajo, cuando no reducen la problemática a la higiene y seguridad sin una explicitación del enfoque implementado;
- en algunas de las propuestas revisadas, pese a enunciarse la noción de proceso de trabajo, el estudio se reduce a la descripción fragmentada de los "rubros" o "factores" de las CYMAT. A su vez, -a excepción de trabajos de M. Novick-, no se focalizan los aspectos políticos e ideológicos que este proceso supone y, salvo excepciones, tampoco se caracteriza la modalidad de

relaciones laborales al interior de los centros laborales;

- no se analiza el rol del Estado, ni los procesos operantes en las prácticas obreras, las reivindicaciones, las estrategias gremiales o las diferencias al interior de los trabajadores;

- predomina el tratamiento de la dimensión "subjetiva" a través de la encuesta, si bien en varios de los trabajos analizados se intentan técnicas como las entrevistas en profundidad o el trabajo con informantes clave.

La corriente de medicina social latinoamericana.

Proceso salud-enfermedad y proceso de trabajo

En los últimos quince años se han desarrollado en América Latina, numerosos intentos por superar las concepciones bio y técnico-ambientalistas predominantes. Tal esfuerzo partió de desplazar la mirada de la enfermedad como fenómeno biológico individual para dirigirla al proceso social e histórico del cual ésta, no sería sino una expresión particular (Laurell, 1982). En su mayor parte esta producción proviene del campo de la medicina social, y su origen debe buscarse en la intención de profundizar teóricamente el carácter y la determinación de los procesos de salud-enfermedad a nivel colectivo (Ibíd)

Desde tales objetivos la salud de los trabajadores es un "punto de llegada (...) resultado de una reflexión previa de orden teórico" en torno del problema de "... los mecanismos específicos por los cuales lo social se traduce en enfermedad" (Ibíd). En esa perspectiva el "proceso de salud-enfermedad" deber ser considerado como social e historicamente determinado por las condiciones de

trabajo y de vida en una sociedad. Las Ciencias Sociales por tanto tienen un lugar central, no sólo para el análisis del contexto socioeconómico y político, sino como principal instrumental teórico-metodológico para el estudio del proceso salud-enfermedad colectivo: "nuevo objeto de conocimiento" (Laurell, 1987).

En este sentido se sostiene que "... hay un vínculo íntimo entre el trabajo y la salud, que no se agota en algunos factores de riesgo ambientales y externos, y determinadas enfermedades". Por el contrario, el punto de partida es que el trabajo implica un "modo biológico- psicológico de vivir" (Laurell y Márquez, 1983: 18).

Por su parte, J.C.García (1983) ha propuesto considerar el carácter bifacético del trabajo (trabajo abstracto- trabajo concreto) en su relación con los procesos de salud-enfermedad. Para ese autor, ello permitiría superar la forma empirista y naturalizada con la que la medicina ha tratado el trabajo, afirmándolo como categoría histórica. La distinción entre "trabajo abstracto" -productor de valor- y "trabajo concreto" -productor de valores de uso- permitiría el análisis del gasto energético como aspecto cuantitativo, y el uso específico del cuerpo como aspecto cualitativo. Este modelo de análisis incorpora las estrategias específicas de uso de capital. Un aspecto de particular importancia en el análisis de los procesos de salud-enfermedad es a nuestro criterio la propuesta de considerar de manera relacionada trabajo y desempleo, este último como no trabajo coercitivo.

En esta perspectiva el objeto de estudio entonces, deja de ser la enfermedad para definirse como el "proceso de desgaste y reproducción" o "proceso bio-psíquico humano ... que tiene como

expresión particular momentos identificables como enfermedad"
(Laurell, 1987:274).

Para esta corriente resulta imprescindible la construcción de categorías analíticas como la noción de "proceso de producción" para estudiar la lógica de acumulación (proceso de valorización). El proceso laboral entonces, será entendido como un modo específico de trabajar/desgastarse, como resultado de estrategias de explotación y de resistencia que determinan patrones específicos de reproducción. (Laurell, 1987).

Al interior de esta corriente es posible distinguir distintos énfasis en la definición de las categorías de análisis y en las prioridades de tipo metodológico. Así, un conjunto de estudios centraliza en la categoría de producción-proceso de trabajo, combinando estudios de nivel macrosocial con análisis específicos en centros laborales; otros proponen la categoría condiciones de vida, planteando encuadrar en ésta el proceso de trabajo; una tercera línea prioriza los estudios interdisciplinarios por rama de actividad con participación sindical.

- **Estudios focalizados en la categoría de producción-proceso de trabajo** han sido efectuados por el equipo de la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma de México, unidad Xochimilco. Este equipo se ha propuesto desarrollar categorías teóricas e instrumentos metodológicos para el análisis de la *"conformación concreta del proceso de producción y el desgaste obrero"* (Laurell, 1987). Estos propósitos se han implementado a través de estudios de nivel macrosocial que aportan una visión de conjunto sobre los procesos de producción y su relación con la salud-enfermedad, y estudios de caso en centros laborales con participación de los trabajadores.

Entre los del primer tipo se destaca el estudio ya clásico de Laurell y Márquez (1983) sobre los procesos de producción y los patrones de desgaste obrero en México. Este trabajo, realizado exclusivamente sobre fuentes secundarias, muestra la heterogeneidad de los procesos laborales en la industria mexicana como resultado de las distintas estrategias de extracción de plusvalor, y la conformación de distintos patrones de desgaste según grupos ocupacionales

Otro estudio de este nivel, pero con una problemática diferente, es el de M. Echeverría (1984) sobre la crisis económico-social chilena y su relación con las enfermedades de los trabajadores. El estudio, que consideró el conjunto de la situación de la población trabajadora en términos de empleo y desempleo, mostró cómo la reestructuración de los procesos de trabajo impacta los patrones de morbilidad. Un aspecto importante consistió en revelar que, si bien en general la crisis afecta las condiciones de morbilidad del conjunto de los trabajadores, el modo de inserción de cada sector ocupacional en el proceso productivo supone un impacto diferencial en relación con el tipo de patología. El estudio constata patrones diferentes entre expulsados de la producción, insertos en actividades paralizadas por la crisis y sectores favorecidos por las políticas monetaristas. Mientras en los dos primeros grupos los problemas de salud mental eran predominantes, en el último este lugar era ocupado por accidentes de trabajo y daños producidos por posturas inadecuadas y esfuerzo físico.

Los estudios de caso en centros laborales han tenido por objetivo establecer los patrones de desgaste y los perfiles patológicos, partiendo del análisis de aspectos específicos de los procesos de trabajo. Así, M. Echeverría y otros (1980) llevaron a cabo un estudio en la Diesel Nacional de México (DINA, sector automotriz). Este puso en evidencia que el aumento de la

productividad, basado en la intensificación del trabajo y la situación de inestabilidad laboral, se correlacionaba a un perfil patológico de stress y fatiga.

Rodríguez Ajenjo y otros (1981) se ocuparon de los trabajadores "expuestos a riesgo eléctrico" del sector estatal mexicano. El estudio mostró que la funcionalidad estratégica asignada por el Estado al sector energético y las formas de relación establecidas entre el sindicato y la empresa, conformaron modalidades históricas de los procesos de trabajo de los que resultaron los problemas de salud de los trabajadores. El análisis de tipo histórico se constituyó en pieza clave de la explicación de los procesos observados. El estudio se realizó por demanda sindical desde un proceso de lucha reivindicativa, y se caracterizó por una activa participación de los trabajadores en su desarrollo.

Otros estudios encararon problemas como el proceso de cambio tecnológico y su impacto en los accidentes (Facchini, 1986), los cambios en los patrones de desgaste obrero a partir de los procesos de reconversión industrial en trabajadores de alimentación (Carlesso y Rodríguez, 1985), y en la maquila electro-electrónica (Romero, Zubieta y Márquez, 1986). Una gran parte de los mismos se han efectuado por demanda y por convenio con las organizaciones sindicales; en su mayor parte también intentan implementar técnicas de todo tipo, datos primarios, secundarios y mediciones de laboratorio.

Más recientemente, se destacan varios estudios que implementan con modificaciones, la metodología del Modelo Obrero italiano⁹. Parte de ellos fueron presentados al Coloquio sobre Crisis, Procesos de Trabajo y Clase Obrera realizado en Xalapa, México en 1986¹⁰ y, en especial, el esfuerzo conceptual y metodológico realizado por Laurell y otros (1987, 1989) en la

investigación efectuada en una empresa siderúrgica mexicana
-Sicartsa-.

Laurell recupera los cuatro ejes de la propuesta del Modelo Obrero: la experiencia -subjetividad obrera-, el grupo homogéneo, la no-delegación y la validación consensual, para desde ahí proponer un proceso de producción de conocimiento cuyo centro son los trabajadores como sujetos activos. Señala como principal problema la falta de conceptualización de la relación trabajo-salud y de teorización de la práctica realizada: "*la principal innovación del Modelo Obrero no reside en una reconceptualización de la problemática, sino en el reordenamiento de los factores de riesgo de tal forma que son coincidentes con la experiencia obrera*" (Laurell, 1987:93). Entre otras consecuencias, observa que este problema se expresa en la definición de tres de los cuatro grupos de riesgo clasificados ¹¹, ya que "*la concepción de la salud y su relación con el trabajo (...) no se distingue (...) de la teorización que de ella hacen la medicina del trabajo y la ergonomía dominantes*" (Laurel, 1987:92). El mismo problema también se expresa en una concepción "instrumentalista" de la ciencia que pone el énfasis puesto en que los trabajadores apropien "los modelos técnicos" de la medicina y la ergonomía; en el uso de la encuesta colectiva que ordena según estos modelos técnicos la experiencia obrera; y en la reducción de las experiencias concretas a situaciones particulares sin posibilidades de generalización

Desde ahí, si bien mantiene el uso de la técnica de la encuesta colectiva y las preguntas como "temas de discusión", utiliza la noción de carga como "exigencias" impuestas por el proceso de trabajo, e introduce una serie de modificaciones en relación a los grupos definidos por el Modelo Obrero. Amplía el grupo II a las radiaciones, replantea el grupo IV para encuadrarlo

en la organización y división del trabajo y agrega un último grupo referido a las "condiciones de seguridad", es decir aquellos aspectos de los procesos de trabajo que generan distintos tipos de accidentes ¹² (Ibid)

- **Estudios centrados en la categoría de condiciones de vida** y en el desarrollo de la metodología epidemiológico han sido propuestos en Brasil por un grupo de trabajo del Centro Brasileiro do Estudos de Saúde (CEBES). Este grupo ha planteado algunas diferencias teóricas y metodológicas con las propuestas del equipo UAM-Xochimilco de México ¹³. Desde el punto de vista conceptual ha puesto énfasis en ubicar el proceso de trabajo como parte de una categoría mas amplia: la de las "condiciones de vida". El intento en este sentido es poner en relación el "adentro" y el "afuera" de la fábrica para analizar de manera integrada los procesos de salud-enfermedad.

A su vez, en lo metodológico ha priorizado reconsiderar la metodología epidemiológica con el objetivo de construir indicadores que posibiliten fortalecer el peso de constatación del análisis estadístico.

- **Abordajes interdisciplinarios** se han propuesto en un serie de estudios de Brasil y Chile. En Brasil un conjunto de trabajos producidos por la Universidad de Minas Gerais y la Escola de Saúde Publica, Instituto de Medicina Social, Universidad Federal de Rio de Janeiro, iniciaron una línea de investigación que enfatiza la necesidad de generar categorías teóricas y nuevos modelos de análisis comenzando a implementar abordajes interdisciplinarios.

Entre éstos se destaca el realizado por un equipo interdisciplinario de la Universidad de Minas Gerais (Campos y otros, 1982), que estudió los cambios en los procesos de trabajo

y su relación con las modificaciones presentadas en la salud colectiva en un período de aceleración del proceso capitalista. Desde la Escola de Saúde Pública, Tambellini desarrolló una experiencia de análisis interdisciplinario (epidemiología, medicina, historia, sociología, antropología, ingeniería, etc) en un centro laboral (Tambellini, 1982) e implementó la participación activa de los trabajadores ¹⁴

En Chile el equipo del Programa de Economía del Trabajo (PET) ha llevado a cabo una serie de investigaciones que priorizaron un nivel de análisis sectorial por rama de actividad. Echeverría y otros (1985) estudiaron la industria gráfica; Weinstein (1985), el cuero y calzado; Errázuriz y otros (1986), la industria eléctrica; Frías y otros (1987), textiles y vestuario.

Organizados como Serie de Estudios Sectoriales, estos trabajos se proponen como línea de investigación y al mismo tiempo de servicio al movimiento sindical. El objetivo explícito es lograr un conocimiento integrado del conjunto de las problemáticas del sector, a la vez que promover la participación de las organizaciones sindicales en la investigación y discusión de sus resultados, con el propósito de aportar a "sus prácticas de negociación colectiva, y sus tareas de consolidación y robustecimiento orgánico" (Frías y otros, 1987).

Tal como lo señalan los autores, el nivel y alcance con que se definen las temáticas estudiadas corresponde a los objetivos de aporte a la práctica sindical.

Estos estudios tienen como mérito el articular un análisis histórico de los procesos económicos de la industria, los principales cambios en los procesos de trabajo y su relación con los problemas de salud-enfermedad. Es de destacar al mismo tiempo,

la incorporación del análisis de procesos político-sindicales y de la historia de la organización.

- Un punto de partida inicial -

Una mirada de conjunto de los distintos trabajos distingue el aporte teórico y metodológico de la producción de la medicina social latinoamericana, puesto de manifiesto no sólo en la elaboración de categorías de análisis, sino en el esfuerzo de articulación entre las mismas: proceso salud-enfermedad, proceso de trabajo, condiciones de vida, reproducción social, etc.

Al mismo tiempo, es destacable el desarrollo de líneas de trabajo y metodologías que abordan globalmente los distintos aspectos planteados por los problemas de salud de los trabajadores, como la propuesta de profundizar conceptualmente los procesos de trabajo en su relación con los patrones de desgaste obrero, de abordaje interdisciplinario incluido el análisis histórico y antropológico, los esfuerzos por articular el adentro y el afuera de la fábrica.

En este marco, considero sumamente fértil la propuesta de generar estudios en un nivel de análisis de cierta amplitud como el de sector de producción y rama de actividad para captar de manera relacionada las distintas problemáticas; combinado con estudios en profundidad de problemas específicas y estudios de caso en centros laborales.

Resulta a nuestro criterio de particular importancia el objetivo de construir un conocimiento que permita a los trabajadores controlar y modificar en forma activa sus condiciones

de trabajo y de salud, a la vez que contribuya a la resolución de los problemas y las estrategias planteadas por las organizaciones sindicales.

No obstante debe reconocerse que esta corriente aún no ha problematizado por lo menos dos líneas temáticas que valoramos imprescindibles. Una de ellas es el análisis de los servicios asistenciales referidos a la relación trabajo-salud y sus funciones, así como, en vinculación a la problemática del trabajo, el proceso que lleva a la demanda de consulta y el tratamiento médico. Se abre una interesante línea de trabajo que puede articular los procesos colectivos de demanda y negociación, con aquellos que tienen que ver con la individuación, la vida familiar, la relación médico-paciente, la organización de los problemas de salud desde servicios de atención que forman parte de la organización sindical.

La otra línea temática de relevancia de acuerdo con los objetivos planteados es el análisis de las representaciones y las prácticas obreras en relación a sus condiciones de trabajo y salud, y vinculado con éstas, el estudio de las estrategias sindicales y empresarias en relación a las políticas y el accionar concreto del Estado en la materia.

Si bien la mayor parte de estos trabajos asignan importancia al "saber" y la "experiencia obrera", éstos resultan un punto de partida metodológico, o un insumo en un proceso de generación de conocimiento que se propone como síntesis. Al no definirlos entre los objetivos específicos de estudio, las representaciones y prácticas de los trabajadores no son conceptualmente problematizadas. Es inevitable por tanto que se constituyan en **lo dado**, que se mantengan naturalizadas y su consecuencia más visible, sea la reificación de este saber o su opacamiento a

través de propuestas como las de "apropiación" de "conocimientos técnicos" por parte de los trabajadores ¹⁵

Esta naturalización es problemática si se tiene en cuenta que una gran proporción de estos trabajos se realiza a partir de demandas de organizaciones sindicales. En efecto, se llevan a cabo propuestas definidas como de investigación-acción sin el análisis de los modos en que se conforman las demandas, y en términos generales de las iniciativas de los trabajadores, de las concepciones y las prácticas sindicales, así como de los procesos de negociación más amplios entablados en el marco de las relaciones laborales.

El juego de los procesos ideológicos y políticos que modelan y operan en las iniciativas y demandas obreras en torno de la salud y el trabajo, en las negociaciones obrero-patronales y en la relación entre trabajadores y sus organizaciones sindicales, aún no ha ocupado un lugar en los estudios específicos.

Y este vacío resulta contradictorio si consideramos que se formulan objetivos que dependen de la práctica, de las opciones de los propios trabajadores y de sus organizaciones sindicales: *"... no se trata de luchar contra la posibilidad de contraer determinadas enfermedades sino establecer el control obrero colectivo sobre las condiciones desgastantes"* (Laurell, 1983:18)

Las reflexiones efectuadas reafirman la necesidad de estudios que centren la problemática de la salud de los trabajadores en el análisis de su vinculación a las modalidades de los procesos de trabajo y de las condiciones globales de vida, y al mismo tiempo ponen de manifiesto la relevancia de generar un marco más amplio que incluya las **representaciones** y **prácticas sociales** desarrolladas. Es en ese sentido que consideramos que la

problematización del concepto salud-enfermedad constituye un eje prioritario de reflexión teórica para responder al problema.

Este punto de partida es concebir la salud y la enfermedad como momentos de un mismo proceso histórico-social. Desde esta orientación entonces no puede aceptarse pensar la salud y la enfermedad como polos o estados individuales en oposición, por el contrario partimos explícitamente de suponerlas expresiones de un proceso más amplio que *"se desenvuelve al interior de la polaridad mayor vida-muerte y en el ámbito no de las individualidades sino de las colectividades"* (Franco,1986)

Sin embargo, es importante remarcar que el aspecto de determinación social de los procesos de salud-enfermedad de ninguna manera agota la inclusión de lo social. En este sentido, no es lo social actuando o imponiéndose desde afuera, por el contrario al decir de Laurell *"el mismo proceso biológico humano es social. Es social en la medida en que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico"* (Laurell, 1982:20). El análisis de los procesos de salud-enfermedad por tanto no puede reducirse a la dimensión psico-biológica y económico-social, es fundamental resaltar que los procesos políticos e ideológicos forman parte del mismo.

Desde la dimensión de su construcción social, los procesos de salud-enfermedad constituyen una trama de representaciones y prácticas entre distintos actores sociales, en las que se articulan no sólo procesos económico-sociales, sino políticos e ideológicos. Esta propuesta teórica puede resumirse en los siguientes términos:

- La determinación fundamental en los procesos de salud-enfermedad en los trabajadores está dada por las modalidades de su proceso

de trabajo, considerado como relación social. Desde éste, el salario condiciona el acceso a los bienes y medios de subsistencia conformando así los procesos de consumo.

- Las diferentes modalidades de los procesos de trabajo y las formas de vida asociadas hacen emerger procesos de desgaste y daño diferencial, que se manifiestan empíricamente en distintos tipos de enfermedades, en patologías dominantes, en una mortalidad diferencial, en la duración de la vida, en condiciones nutricionales determinadas, en problemáticas de salud mental, etc. (Laurell, 1987)

- Los procesos de salud-enfermedad no solo constituyen emergentes de las condiciones de trabajo y de vida; son, al mismo tiempo, una construcción social que implica modalidades específicas de relaciones sociales.

- En referencia a los trabajadores, estos procesos se desarrollan desde un escenario de relaciones de complementariedad y conflicto, de movimientos de demanda, de presión y negociación, entre diferentes actores sociales, y fundamentalmente desde una red variable de relaciones de fuerza que no se reduce al ámbito estricto de la fábrica o del taller. Para la descripción de estos movimientos de demanda, presión y negociación proponemos el concepto de transacciones de E. Menéndez en tanto permite *"una descripción de las articulaciones que en el nivel conciente, pero también en los niveles no concientes e inconcientes, operan en las relaciones generadas entre los estratos dominantes y subalternos ...el concepto refiere siempre a situaciones en las cuales ya está dado un juego de relaciones sociales, económicas e ideológicas, y de las cuales se puede abstraer la estructura dominante en dichas relaciones"* (Menéndez, 1981:376).

- En el saber y la experiencia de los trabajadores, operan procesos ideológicos que se expresan en un conjunto heterogéneo/contradictorio de percepciones, creencias, actitudes y prácticas, procesadas históricamente. Las características de este procesamiento resultarán determinantes en el contenido y el alcance de sus acciones, demandas y respuesta en torno a la salud y la enfermedad.

NOTAS

1. En términos generales las investigaciones muestran diferencias importantes en la aplicación de conceptos, criterios e indicadores que ha permitido discriminar distintos tipos. Por ejemplo el modelo del sistema oficial de registros estadísticos de Gran Bretaña considera ocupación y calificación ocupacional; el modelo de Hollingshead y Redlich combina ocupación, ingresos, nivel educativo y prestigio; el modelo de Gaffar construido sobre cinco variables: ocupación, instrucción, fuente principal de ingresos, calidad de la vivienda, y calidad del barrio (Menéndez y Di Pardo, 1986:53)

2. Ver las revisiones efectuadas por Antonovsky, 1967; Sussner y Watson, 1982; Reiter, 1985

3. El tema puede figurar indistintamente bajo las denominaciones de "salud de los trabajadores" o "trabajo y salud" en la bibliografía y en eventos académicos de corrientes críticas al enfoque hegemónico de la medicina laboral

4. Los "riesgos" son conceptualizados como "agentes nocivos", que pueden estar "presentes" en el objeto, los medios o el ambiente de trabajo, o bien responden a "factores" individuales ("psicosociales") de los propios trabajadores (Marcoux, 1982). En el capítulo tres centramos en el análisis de este modelo

5. Método de estudio de carácter objetivo elaborado por el grupo del Laboratorio de Economía y Sociología del Trabajo del CNRS, que se plantea un instrumento para sistematizar y medir los principales aspectos del puesto de trabajo.

6. Para Novick, carga es la "exigencia" de distinto carácter "física (estática y dinámica), perceptiva y mental de un puesto de trabajo" (Novick, 1983)

7. La totalidad de los factores enumerados (12) son: "Higiene y Seguridad y Salud Ocupacional. Duración y configuración del tiempo de trabajo. La carga física de trabajo. La carga mental. La carga psíquica de trabajo. La organización y contenido del trabajo. La ergonomía. Las consecuencias de las transferencias de tecnología. El sistema de remuneraciones. El modo de gestión de la fuerza de trabajo. La posibilidad de participar. Las condiciones generales de vida" (Ibid)

8. La totalidad de los aspectos analizados fueron: medio ambiente; salud; jornadas de trabajo; inestabilidad del trabajo e ingresos; organización del trabajo; seguridad social; y organización y reivindicación (Lacabana, 1987).

9. El Modelo Obrero o Modelo Sindical fue propuesto por activistas, trabajadores y profesionales a finales de los sesenta a partir la experiencia de la Comisión Médica de la Cámara del Lavoro de Turín (Oddone, 1977). Esta corriente elaboró una metodología de trabajo de investigación acción entre trabajadores, profesionales y estudiantes que se convirtió en principal instrumento de análisis y discusión obrera durante los setenta (Biocca, Schirripa, 1981), y en uno de los principales ejes del movimiento político-social reforma sanitaria en Italia en 1978.

La metodología propuesta parte de la observación de los trabajadores de sus condiciones de trabajo y de salud. Este conocimiento resultado de la "experiencia primaria de los trabajadores" será sistematizado, ordenado y convertido en patrimonio común a través de la encuesta colectiva, basada en un esquema que clasifica cuatro grupos de riesgos. Esta encuesta es desarrollada en forma colectiva por el grupo homogéneo grupo de trabajadores que comparte las mismas condiciones de trabajo y tienen lazos orgánicos entre sí. El conocimiento se valida consensualmente, solo se registra aquello que es resultado del acuerdo del grupo. En un segundo paso, se verifica la información provista por los trabajadores con mediciones y registros bioestadísticos. El tercer paso consiste en elaborar con el conjunto de la información obtenida, un "mapa de riesgo" que grafica, según fases del proceso laboral, los daños y riesgos a la salud. Como

último paso, el grupo homogéneo define, sobre la base del mapa de riesgo, sus demandas y las estrategias a seguir también de manera colectiva y validada consensualmente

10. Ver Coloquio sobre Crisis, Procesos de Trabajo y Clase Obrera realizado en Xalapa, México 1986 (UAM, Xochimilco, 1986)

Entre estos trabajos se destacan:

-Alvear Galindo, Villegas y Ríos Cortazar: "Condiciones de trabajo y salud de las costureras. Sindicato 11 de setiembre"

-Lozano Ascenci, R y Noriega, M: "Un método para el estudio de la relación trabajo salud: el caso de los trabajadores de tierra de Aeroméxico"

-Tovalín Ahumada, H y Lascano Ramírez, F: "Proceso de desgaste y perfil patológico en operadores de ruta-100"

-Tamez González, S y otros: "Influencia del trabajo por turnos en las condiciones de trabajo, de vida y de salud"

11. El Modelo Obrero define cuatro grupos de "riesgos". La clasificación sigue un orden, que sus autores fundamentan en que posibilita la confluencia del conocimiento científico y la "experiencia obrera". El primer grupo reúne "riesgos" según el criterio de ser "fácilmente identificables" tanto dentro como fuera del ambiente laboral, entre ellos: temperatura, iluminación, ruido, humedad y ventilación. El segundo comprende los factores propios de los procesos laborales y por lo tanto, presentes sólo en la fábrica: polvo, vapor, gases y humo. El tercero abarca aquellos aspectos que comprenden las diferentes modalidades de uso del cuerpo en las que se encuentra el esfuerzo físico y las posiciones de trabajo de los que derivan fatiga física y diferentes formas de desgaste y de daño corporal. Por último, el grupo IV está constituido por aspectos que hacen a la organización del trabajo como: ritmos, monotonía y repetitividad, posiciones desagradables, incómodas, ansiedad, y responsabilidad, aspectos que generan fenómenos de cansancio y diferentes situaciones en el orden de lo psicológico (ODDONE y otros 1977).

12. El grupo I refiere a la carga física -calor, ruido, vibraciones, iluminación, etc. El grupo II de carga química -polvos, humos, fibras, vapores, etc. es ampliado para incluir las radiaciones. El grupo III lo refiere a las cargas fisiológicas en relación con las modalidades de uso del cuerpo en esfuerzos físicos y de posturas. Replantea el grupo IV que en el Modelo Obrero remitía a la carga no muscular, sino psíquica y a tensión nerviosa, para encuadrarlo en la organización y división del trabajo: turnos horarios, duración total de la jornada, grados de responsabilidad, ritmos, modalidad de la supervisión, grado de atención, etc. Agrega un último grupo referido a las cargas mecánicas para cubrir los "factores" o "condiciones de seguridad" de los procesos de trabajo que generan distintos tipos de accidentes (Laurell, 1984, 1987, 1989)

13. Aún sobre proceso de trabalho e saúde. Saúde em Debate. 11. 1981 p.23-27

14. A.C. Laurell (1987) efectúa un análisis de la metodología de esta propuesta

15. Este proceso es el que suele manifestarse en las prácticas orientadas hacia la capacitación y el asesoramiento sindical.

Capítulo 2

LA CONSTRUCCION SOCIAL DE LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD. De la carrera del enfermo a las prácticas sociales.

En el capítulo anterior propusimos incorporar las representaciones y las prácticas de los actores sociales en el estudio de la relación trabajo-salud. En esa perspectiva, considero que la categoría de **construcción social** permite articular en el análisis del proceso salud-enfermedad, el condicionamiento recíproco entre las **representaciones** y las **prácticas** desarrolladas por distintos actores sociales. En una mayor precisión, entendemos que las representaciones incluyen los procesos interrelacionados de percibir, categorizar y significar (otorgar sentido) privilegiando esta última -la significación- como condición básica de todo proceso social. A su vez, las prácticas comprenden los modos y cursos de acción, tanto las individuales o grupales, espontaneas u organizadas, formales o informales.

A nuestro criterio esta categoría de análisis resulta de utilidad si permite al mismo tiempo dos operaciones (Grimberg, M: 1988b, 1989):

- recuperar la unidad desde un punto de vista teórico entre representación y práctica, es decir, entre saber y acción;
- incorporar de manera relacionada el saber y la práctica de distintos actores sociales (trabajadores, profesionales, empresarios, etc)

Analizamos en este capítulo distintos aportes de la producción socio-antropológica norteamericana y francesa centrada en la percepción y categorización de la enfermedad, así como de aquella más directamente vinculada a los planteos de construcción social. Para ello distinguimos tres perspectivas. Una primera, centrada en el estudio del punto de vista de los pacientes y en las condiciones de la "carrera del enfermo", que destacó sus variaciones socioeconómicas y culturales. Una segunda, que focalizó la construcción social de la medicina como profesión-institución, y su rol constructor de enfermedades y enfermos, incorporando el análisis de las estructuras de poder y de los procesos histórico-sociales, económicos y políticos. Por último, atendiendo a su vinculación con los interrogantes de este trabajo, incluimos los aportes de Boltansky enmarcados en la perspectiva de reproducción social.

Percepción de la enfermedad y "carrera del enfermo"

Privilegiamos el análisis de la producción socio-antropológica norteamericana en función de dos criterios 1) su importancia teórica en tanto sustentaron y sustentan otras producciones y 2) el hecho de ser estudios de carácter empírico.

El interés por el "punto de vista", por el "sentido" o las concepciones de los "pacientes", de los "legos", o en general de los no médicos, tiene ricos antecedentes desde fines de los cincuenta y principio de los sesenta. Su origen puede situarse en los intentos de encuadrar la enfermedad en relación al conjunto del sistema social (Parsons, 1961).

Para **Parsons** la enfermedad no sería sino una forma de desviación individual expresada en el nivel biológico, producto de las tensiones de la vida social (Parsons, 1976). La enfermedad resulta así un modo de respuesta, presenta un aspecto biológico y uno social. Este último es fundamental, en tanto el peligro potencial de esta respuesta para el sistema social sustenta el valor con que se instituye la profesión médica. Desde la visión de Parsons las distintas categorizaciones de desviación constituyen un aspecto de variabilidad entre diferentes sistemas sociales; por ejemplo, en el pasado la desviación se categorizó en términos religiosos, en otras sociedades en términos morales (Parsons, 1964). Los valores socialmente instituidos determinarían en cada caso la definición de desviación en términos de enfermedad, de pecado o de delito, a partir de discriminar entre anormalidad "intencionada", que tiende a ser definida como delito, y anormalidad "no intencionada", que tiende a ser definida como enfermedad.

A su vez, para Parsons esta distinción entre formas de designar la anormalidad supone una simultánea distinción de mecanismos de control social que hace necesario el desarrollo del concepto de "rol de enfermo". Este es un rol culturalmente disponible que legitima condicionalmente la anormalidad, mediante la articulación de cuatro componentes, dos exenciones de las responsabilidades normales y dos nuevas obligaciones: 1) se le exime de la responsabilidad normal; 2) no es responsable de su

condición y no se espera que se recobre solo por su voluntad; 3) debe reconocer que está enfermo y desear su restablecimiento; y 4) está obligado a buscar ayuda y cooperar con alguien competente (el médico) que prescriba el tratamiento.

Desde este modelo organicista y en equilibrio del sistema social -un modelo de integración social-, el "rol del enfermo" constituiría un mecanismo promotor de estabilidad, en tanto consigue eximir al individuo de las funciones requeridas al "hombre normal", evitando que la desviación se convierta en amenaza a la integración funcional del sistema. Correlativamente el médico es un agente de control social que legitima este comportamiento. El modelo del "papel terapéutico" destaca cuatro rasgos 1) el médico mantiene una actitud de autoridad indulgente ante el paciente dejando de lado las expectativas normativas que corresponderían; 2) apoya al enfermo al afirmar los méritos de esta y mantener una actitud imparcial y considerada; 3) conserva distancia en la relación, porque la "negación de la reciprocidad" es la base de la eficacia terapéutica; y 4) refuerza, mediante la aprobación los componentes normativos de la motivación del paciente, e influye de modo negativo en los elementos de desviación a través de la desaprobación o al pasarlos por alto. Esta función es posible para Parsons en tanto considera que el médico es el único poseedor de un conocimiento definido como "técnico", hecho que justifica el marco estratificado de la relación médico-paciente.

Esta perspectiva orientó una serie de trabajos empíricos posteriores sobre percepción y valoración de la salud y la enfermedad, así como de "conductas" hacia la atención médica. Seleccionamos una serie de estudios en los que el punto de vista de los pacientes y sus prácticas son analizados desde los criterios médicos o el funcionamiento de los servicios de salud,

correlacionándose a la condición socioeconómica, "étnica" o "subcultural". En último término nos ocupamos de los aportes de Mechanic con el estudio del "comportamiento enfermo". Algunos de estos trabajos, si bien no cuestionan explícitamente el modelo parsoniano de integración social, ponen al descubierto la heterogeneidad de la sociedad norteamericana, en términos socioeconómicos y étnico-culturales. Otros, además de críticas explícitas a este modelo, desarrollan un primer nivel de cuestionamiento a los criterios y categorías médicas.

- "Variación Socioeconómica" y criterio médico

A principios de los cincuenta, **E. Koos** (1954) puso de evidencia una clara asociación entre estrato socioeconómico y actitudes hacia la salud y la enfermedad, a través de un estudio sobre los patrones de conducta en la salud y enfermedad en una pequeña ciudad del estado de Nueva York. El trabajo consistió en presentar a una muestra de familias de distintos estratos sociales una lista de diez y siete síntomas y solicitarles que indicaran si todos ellos justificaban la atención médica.

Sus resultados mostraron que las actitudes de "indiferencia" hacia ciertos síntomas eran mayores cuanto más bajo era el nivel socioeconómico de los entrevistados. A esto vinculó el nivel de escolarización *"el hecho de que la clase social a la que se pertenezca afecta el grado de educación logrado por una persona significa que los que tienen menos instrucción son los que están menos familiarizados con los conceptos actuales de lo que constituye la buena salud"* (Koos, 1954)

La mayor parte de los estudios se dirigieron a analizar el grado de coincidencia con los criterios médicos en relación a

aquello que "deben conocer" y "deben hacer" los pacientes. En otros términos, el eje estuvo puesto en investigar el grado de "conocimiento" -en el sentido de información- de aspectos referidos a la salud y la enfermedad, y las razones de los mismos. El parámetro lo constituyó las propias categorías médicas desde cuya lógica se realizaba el análisis.

D. Apple (1960) fue quién planteó la posibilidad de que en el reconocimiento de la enfermedad, los pacientes considerasen aspectos diferentes o prioricen de manera distinta a la establecida por los criterios médicos. Desde ahí, afirmó la relevancia del análisis de las condiciones en las que los pacientes definen la enfermedad. En un estudio realizado entre personas mayores de sesenta y cinco años de "nivel socioeconómico bajo" encontró que *"la salud sólo era importante cuando se perdía o interfería con las actividades cotidianas y el mantenimiento de la independencia"* (Apple, 1960)

A partir de otra investigación, efectuada sobre la base de entrevistas a sesenta personas de ambos sexos de veinte y cincuenta años de "nivel socioeconómico medio", propuso que la identificación de un síntoma de enfermedad parece depender de dos criterios: 1) el origen reciente o la novedad de la experiencia y 2) el grado en que ésta interfiere con las actividades ordinarias. A su vez, como quienes mantenían un "alto nivel de cuidados a la salud" manifestaron mayor sensibilidad en relación a la interferencia de las actividades habituales, este último se revelaba como el criterio de mayor peso.

Apple interpretó esa "idea de enfermedad" mas apropiada para un "período anterior" de dominio de enfermedades infecciosas, que para un momento de predominio de "enfermedades crónicas", y si bien el origen de la idea podría explicarse como "rezago

cultural", éste "no puede explicar su persistencia actual". Sugirió la posibilidad de que una de sus funciones sociales fuese la de constituir una sanción normativa para adoptar el papel de paciente, problema a tomar en cuenta en la educación sanitaria.

Estos aspectos se enfatizan en un trabajo de **B. Baumann** de 1961 realizado entre dos grupos, uno de pacientes con una o más enfermedades crónicas de diagnóstico primario, atendidos en el Dispensario General Médico del Hospital de New York, y otro grupo de estudiantes de los tres primeros años de medicina. En ambos, Baumann examina el concepto de salud y bienestar físico en relación con las características socioeconómicas de los entrevistados. De las respuestas obtenidas establece tres clases de "orientaciones" dominantes en la definición o representación de la salud:

- una clase que focaliza la salud desde la sensación de bienestar general a la que denomina **"orientación por sensaciones"**.
- una segunda clase que define la salud por la ausencia general de síntomas y que denomina **"orientación por síntomas"**.
- y por último, una tercera centrada en el rendimiento o en las actividades posibles de efectuar, y que denomina **"orientación por actuación"**.

Como en la mayor parte de los casos las respuestas combinaban dos de las orientaciones, Baumann concluye que *"la salud es un concepto multidimensional"* en la representación de más de la mitad de cada grupo. Otro de los resultados del estudio es la mayor presencia de la "orientación por síntomas" entre las categorías de menor edad y los más altos niveles de educación y socioeconómicos. El predominio de la "orientación por actuación" estaría *"en consistencia con el sistema de*

valores según lo describe Parsons" ya que el sistema de valores y la estructura social estadounidense harían fundamental hincapié en los logros, en la productividad económica, y en "el que se aprecie la salud del individuo en sí" (Baumann,1961:16)

Gordon (1966) encontró cuatro criterios para validar la condición de enfermo: pronóstico, síntomas, atención médica e incapacidad funcional. El estudio realizado entre 808 residentes de la ciudad de Nueva York mostró que el pronóstico era el "factor" más relevante en la clasificación de enfermo, de manera que cuanto más incierto era el pronóstico, mayor era la tendencia a dar la designación de enfermedad. Si bien el "pronóstico" no presentaba diferencias entre las "clases sociales", si se evidenciaban significativas diferencias en el factor de "incapacidad funcional" que resultaba ser más importante en los grupos de "condición socioeconómica" baja que entre los de "clase alta."

Estas distinciones según condición socioeconómica están presentes en estudios en torno a la percepción de enfermedad mental y a la importancia asignada a las conductas para la designación de enfermedad. **Hollingshead y Redlich** (1958) y **Langner** y otros (1963) plantearon que los cambios en el estado de la sensibilidad, como la depresión, son relativamente más importantes como signos de enfermedad mental entre los grupos de condición "socioeconómica más alta", mientras que los problemas de conducta se presentan como mas relevantes para las "clases bajas". Sin embargo, ambos estudios indican que si bien este tipo de problemas son considerados como indicadores de anormalidad, no necesariamente son remitidos a un médico psiquiatra. Por el contrario, en las "clases bajas" generalmente son derivados a la policía o a los tribunales.

- "Variación étnico/cultural"

Otra línea de trabajo desarrolló en la década de los cincuenta y sesenta una serie de estudios incorporando la variable "etnicidad" y "cultura" en la percepción y actitud hacia el dolor y la enfermedad. Como lo planteó A. Twaddle (1982) la relación entre la conducta ante la enfermedad y etnicidad recibió mayor atención que aquella referida a la variación socio-económica.

Zborowski (1952, 1969) analizó los "factores culturales" en relación a la respuesta al dolor utilizando el concepto de "subculturas", entre las que incluyó la "norteamericana a la antigua", la "italiana", la "irlandesa" y la "judía". El estudio halló que tanto italianos como judíos se caracterizaban por tener respuestas emocionalmente "abiertas" al dolor y demostraban su aflicción. Sin embargo estos grupos presentaban importantes diferencias entre sí, mientras los italianos valoraban más importante el dolor, los judíos estaban preocupados por las implicancias o consecuencias del mismo.

La importancia asignada a estas variables se observa mejor en su relación con la demanda de atención médica y el uso de los servicios de salud. Una serie de trabajos centraron en las acciones colectivas hacia la salud, **Irving Zola** (1965 y 1966) analizó la acción de grupos étnicos cuantificando variables como la ocurrencia de las crisis interpersonales y la percepción de la interferencia con las actividades laborales, para correlacionar con la demanda de servicios de salud.

En una comparación de la conducta de italianos e irlandeses, pacientes de consulta externa de un hospital dependiente de la

universidad, **Zola** observó que los primeros se encontraban "más molestos" con el dolor y con "los efectos físicos y sociales de estar enfermos" que los segundos. Otra característica de los italianos era la de ofrecer una descripción mucho más elaborada de sus síntomas. Además, mientras que los irlandeses negaban que los síntomas tuvieran algún efecto sobre las relaciones personales, los italianos enfatizaban la desorganización de las mismas.

Por su parte **Suchman** (1964) realizó un estudio de las prácticas de atención médica de grupos en clínicas estatales de la ciudad de Nueva York. Entre sus resultados destaca que los grupos portorriqueños evidenciaban una actitud menos positiva hacia la medicina "moderna" que los judíos y protestantes. A su vez, indicaba que los portorriqueños que participaban de una organización parroquial, caracterizada por relaciones interpersonales homogéneas y firmes vínculos, expresaban un "bajo conocimiento sobre la enfermedad" y una declarada relativización del cuidado médico.

La correlación de dos variables: estructura de solidaridad de grupo y asistencia al servicio médico, le permite proponer que a mayor cohesión interna la atención es menor ya que el grupo sanciona positivamente la "desviación". Como conclusión el estudio señala la necesidad de distinguir que esta conducta sería patológica respecto de la estructura social nacional, mientras que desde el grupo social específico, resulta un comportamiento sancionado en términos positivos

En esta línea, una serie de trabajos sobre la percepción y significación de la tuberculosis constataron diferencias notables según nivel de educación, estrato socioeconómico y en particular, origen étnico. **Jenkins** (1966) a partir de una muestra urbana en

Florida llegó a la conclusión de que los "negros" estaban más "familiarizados" con la enfermedad, y la consideraban "poderosa", "misteriosa" y "vergonzosa", a su vez creían que atacaba con mayor frecuencia a los "malos" que a los "buenos". Para los "blancos" y los "latinoamericanos" en cambio, aparecía menos amenazadora.

A partir de una clasificación de síntomas propuesta por Baumann (pag.49), **Twaddle** (1969) analizó los primeros síntomas de enfermedad descritos por una muestra de hombres casados de edad madura de Rhode Island. Este estudio constató que el dolor y la debilidad eran los aspectos más relevantes para todos los grupos. No obstante, mientras que estos "factores" eran los únicos que los "italianos" tomaban en cuenta como signos de enfermedad, los "protestantes" indicaban también la capacidad de funcionar. Desde estas constataciones empíricas propone que las "subculturas locales" influyen no sólo en la percepción y significación de la enfermedad, sino también en la aceptación de las prescripciones de tratamiento y cura, obstaculizando la relación médico-paciente.

-El "Comportamiento enfermo"

Compartiendo en general este modelo teórico, pero desde una visión crítica a aspectos de la relación médico-paciente formulados por Parsons, **Mechanic** ha analizado el "punto de vista" de los pacientes para proponer el concepto de "comportamiento enfermo", que focaliza en la dimensión psicológica: "la tendencia a adoptar el papel de enfermo" (Mechanic, 1963, 1968)

Para **Mechanic** los "legos" manifiestan una concepción sintomática de la enfermedad, de ahí la necesidad de estudiar las

modalidades de percepción diferencial de un síntoma, así como las maneras en que "se vive" y "se evalúa" según distintas categorías de individuos. En un estudio empírico, sostuvo que los estudiantes universitarios en general tienden a definirse a sí mismos como enfermos y a buscar atención médica de acuerdo con la orientación de las expectativas de sus padres.

Mechanic sostiene que la actitud del enfermo resulta ser más relevante en cuanto a su función en aquellas situaciones de consulta médica por síntomas que se consideran leves (Mechanic, 1968). Propone así que usualmente las personas tienden a responder a los síntomas desde actitudes que los interpretan como normales, y sólo se valoriza como "enfermedad" en la medida en que no pueden ser encuadrados en los marcos de la "normalidad".

La salud y la enfermedad se evalúan en un marco normativo que combina las reglas culturales y de grupo, así como la experiencia previa. El modelo centra en las conductas del enfermo como individuo, por eso el análisis parte de las experiencias y los antecedentes individuales. Estos condicionarían el "comportamiento enfermo" y, en general, las acciones en respuesta a los síntomas.

A mi criterio, esta focalización del modelo en la conducta individual constituye el principal problema en términos analíticos. Sus consecuencias se manifiestan en la imposibilidad de considerar la complejidad de los procesos culturales y sociales, reducidos aquí a patrones de educación y a regularidades de los comportamientos individuales y grupales. A su vez, el énfasis en la dimensión psicológica y en variables como el "stress" resulta incluso un marco insuficiente para explicar la variabilidad de prácticas en el "comportamiento enfermo".

En una visión crítica al desarrollo de la medicina en las "sociedades modernas", Mechanic señala el peso de un imperativo tecnológico que se expresa en la responsabilidad del médico sobre el paciente, relativiza aspectos tales como los deseos y derechos del segundo, y expande los avances de la biomedicina en la sociedad (Mechanic, 1973). No obstante, el análisis de Mechanic no articula estos aspectos a las características históricas de la estructura social, así como tampoco categoriza y explica el peso y la incidencia concreta de las instituciones médicas sobre el "comportamiento enfermo" y su funcionalidad en relación a la estabilidad o desestabilidad del sistema.

Una mirada de conjunto a los trabajos analizados permite reconocer que en su mayor parte son de carácter exploratorio y descriptivo, sustentados en un enfoque que prioriza la correlación de variables y su cuantificación. Salvo excepciones no hay construcción de categorías de análisis que incorporen los procesos sociales e históricos en los que estas prácticas se desarrollan.

También, salvo en trabajos como los de Hollingshead y Redlich y Zola, y parcialmente en las propuestas de Mechanic, no encontramos críticas explícitas al modelo parsoniano de sistema social, a la función de la medicina, y por tanto, a las relaciones de poder implicadas.

No obstante, debe destacarse que parte de sus propuestas se han constituido en modelo clásico de definición de enfermedad, como la importancia del pronóstico (Gordon), la intensidad de los síntomas (Koos, Gordon, Bauman, Mechanic), o su novedad (Apple, Bauman), la capacidad de funcionar, de actuar o de interferir en la vida cotidiana (Apple, Gordon, Bauman, Mechanic, Zola, Twaddle), la significación del grupo o la familia en la sanción

positiva o negativa de los comportamientos' (Zola, Suchman, Mechanic)

También, frente a la epidemiología clásica -centrada en las variables demográficas de sexo y edad- y al modelo de integración social, esta producción ha tenido más allá de su intencionalidad, el mérito de mostrar a través de los problemas de salud-enfermedad la segmentación y heterogeneidad social, económica y cultural de la sociedad norteamericana.

La preocupación por la "carrera del enfermo" condujo el análisis hacia las percepciones y valoraciones del dolor, la enfermedad, la salud, la consulta médica, etc. para los que se enfatizó las diferencias de condición socio-económica y cultural, la experiencia individual y la pertenencia a grupos sociales específicos. Estas variaciones fueron utilizadas para explicar diferencias en el "comportamiento" hacia la atención médica, y en las modalidades y obstáculos para la comunicación médico-paciente.

La "construcción social" de la enfermedad y el rol de la medicina

Encuadramos en este punto tres perspectivas de análisis, por un lado los aportes de Freidson, en segundo término las propuestas del interaccionismo simbólico, para centrar por último en el construccionismo de Conrad y Schneider y en el aporte de Herzlich y Pierret.

**- "Construcción médica" y "construcción popular"
de la enfermedad.**

E. Freidson (1978) marcó un punto de inflexión en el análisis de la enfermedad y de la medicina, al focalizar en los procesos de construcción social. Un punto de partida crítico a la visión parsoniana de la enfermedad como desviación y al modelo de relación médico/paciente, le permite introducir el problema del poder y del conflicto, abriendo una nueva línea de trabajo.

Desde ahí, propone una concepción de la "desviación" basada *"en los significados sociales asignados a la conducta más que en las propiedades físicas de la conducta misma"*. Analiza la enfermedad como una construcción social en la que el "rol de la Medicina" es el de *"crear la enfermedad como un significado social"* (Freidson, 1978:247).

Basándose en estudios previos ¹, incorpora una perspectiva histórico-social para señalar que *"el énfasis creciente en la designación de enfermedad (...) ha sido a costa de dos designaciones, crimen y pecado, y fue disminuyendo los límites cuando no debilitando la jurisdicción de las instituciones de control tradicionales de la religión y el derecho (...) la aplicación de designaciones médicas fue dirigida hacia formas graves de desviación. Lo que en el pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado y aún pobreza, en nuestros días es llamado enfermedad, (...) el profesionalismo de la salud se erigió para legitimar la reivindicación de que la conducta adecuada ante la desviación es el 'tratamiento' en las manos de una profesión responsable y diestra"* (Ibíd.p.252).

Desde esta ubicación de poder también la medicina construye el rol del paciente. Para Freidson *"...es probable que se diga*

que lo que se le hace al desviado es por propio bien, para ayudarlo más que castigarlo, aun cuando el tratamiento en sí mismo constituye una privación bajo circunstancias ordinarias. Sus propias opiniones sobre su tratamiento no son consideradas, porque se dice que él es un profano que carece del conocimiento especial" (Ibíd.p.252).

La construcción social de la enfermedad en el "profano" sería en parte una "función de la desviación del modelo de normalidad variable cultural e históricamente establecido por la experiencia cotidiana" (Ibíd.p.285). Lo relevante, por tanto, es el significado atribuido a los síntomas, es decir, la imputación de desviación de lo que se considera deseable o normal. En esta línea, cuestiona la pretendida universalidad empírica del planteo de Parsons del "rol del enfermo" al mismo tiempo que postula un concepto distinto de "responsabilidad del enfermo sobre su enfermedad".

Friedson concibe la profesión médica como una profesión moral, definida en términos de la interacción con el paciente. Al respecto, la imputación de responsabilidad variaría según el contexto de interacción, configurando las implicancias sociales de la enfermedad. Por eso, entonces, el "rol del enfermo" no surge de manera mecánica sino dentro de un contexto social específico.

Quizas uno de los méritos de Friedson sea mostrar que la consulta médica "continúa" un proceso social organizado altamente selectivo, independiente tanto de los conceptos como de la organización propuestos por la profesión médica. Debido a las perspectivas diferentes que cada participante (médico y paciente) introducen en este encuentro, la relación es potencial e inherentemente conflictiva. Es éste un elemento de

subordinación al poder médico, de ahí que centre en los aspectos de sociología del trabajo y la profesionalidad.

Waltzkin y Waterman (1978) opusieron a esa visión el planteo de un sistema de poder en el que el médico utiliza el control de la información para mantener ciertos patrones de dominio y subordinación. El énfasis que estos autores ponen en la asimetría y la subordinación de los pacientes, se debilita sin embargo a partir de la homología mecánica de esta relación con las relaciones de clase.

Anderson y Helm, a su vez criticaron a Freidson por no considerar el análisis de los aspectos no conductistas de la situación. Partiendo de las posturas de Berger y Luckmann sobre la *"realidad como construcción social"*, conciben el encuentro medico/paciente como *"un proceso de negociación de la realidad entre definiciones frecuentemente discrepantes de la misma situación"* (Anderson y Helm, 1982:431). Así, plantean que si bien el encuentro se estructura en una dirección asimétrica y es un proceso controlado por el médico -que cuenta con el lugar, el lenguaje, la reputación latente, la categorización estereotipada de las enfermedades, la "tendencia al error de tipo 2" ², el poder de la propia institución, etc-, el paciente debe ser considerado un sujeto activo, ya que puede ignorar las órdenes, dejar de concurrir, impugnar su realidad y mostrarse "irresponsable" (Ibid:443).

- "Construcción social" e "interacción".

Un aporte de particular importancia a la noción de enfermedad como construcción social es el realizado por el interaccionismo. Tal como lo señala **Howard Becker** (1973) un

aspecto central de la perspectiva interaccionista es mostrar que la desviación es "acción colectiva". **Edwin Schur** (1971) clarifica lo fundamental de dicha propuesta al sostener que en el proceso de definición social del que resulta la desviación, se encuentran por los menos tres niveles de acción social, a saber, la formación colectiva de reglas, las interacciones personales y el proceso de organización.

Goffman incorpora la noción de conflicto social tanto en el nivel de las definiciones como en el de la acción. El eje de su planteo reside en las formas cómo la enfermedad y la salud son definidas (representadas) y organizadas a través de la interacción social. Por medio de ésta, los participantes en cualquier situación manejan impresiones, manipulan y aprovechan aquello que los demás "no saben". El énfasis está puesto en la búsqueda de la significación social de la enfermedad, así como en el análisis de la utilización que realizan los actores y grupos de acuerdo con sus intereses específicos. La estigmatización de enfermedades se daría en este marco, resultado del desarrollo de estrategias en un contexto de intereses encontrados.

A su vez, la estigmatización constituye el proceso que permite la organización ideológica de la enfermedad y, como tal, representa una relación de fuerza, que se verifica en todas las esferas en que se socializa la enfermedad. En esta perspectiva, la enfermedad debe considerarse una construcción ideológica entre cuyas determinaciones se destaca la integración económica. Para Goffman la práctica médica tiende a reforzar esta determinación, introduciendo otras a partir de su articulación a la estructura de clases y sobre todo, de la interacción médico-paciente.

La incorporación de la noción de conflicto social y de la

relación médico/paciente como relación de poder en los procesos de construcción de la enfermedad y del enfermo, es uno de los aportes a nuestro criterio más valiosos de este autor.

Consideramos cuestionable sin embargo, el limitarse a una descripción generalizada de los hechos manejados por los actores en los procesos de interacción, sin distinguir entre los recursos y conocimientos que éstos ponen en juego (Dingwall,1978), y, sobre todo, sin articularlos a un análisis de las estructuras de poder que los condicionan.

Debe marcarse que los modelos de organización de la enfermedad se plantean fundamentalmente en términos de modelos ideológicos, sin incorporar el análisis de los procesos estructurales (Taylor, 1973) y las condiciones en que estos modelos de poder y estratificación se constituyen. La referencia a las clases sociales en algunos de los trabajos, resulta problemática en tanto solo alude a estratos sociales asignados por relaciones de poder y de prestigio. En este sentido, la sola observación de la interacción se torna insuficiente para establecer los modelos ideológicos que la norman sin indagar la relación funcional de esta interacción y las relaciones de clase.

Conrad y Schneider (1985) destacaron que la mayor parte de los estudios desde este enfoque, se han centrado en la psicología social y los aspectos microsociológicos. En especial han cuestionado el privilegiar las interacciones personales (como la identificación, definición y contingencias de designación de desviación) y los procesos organizativos (como designación oficial y sus consecuencias asistenciales).

Retoman en este punto el planteo de Freidson en el sentido que, en términos generales, el interaccionismo ha estudiado más la etiología de las variadas formas del "comportamiento desviado" que la etiología de las designaciones de desviación (Freidson, 1970).

Por ello se ha desarrollado un importante conocimiento sobre los procesos de estigmatización, las carreras de desviación, las subculturas de la desviación, las identidades desviadas y los efectos del estigma. Los aspectos macrosociológicos, han recibido menos atención y en consecuencia no han sido desarrollados.

Los estudios centrados en este proceso colectivo de definición y designación de la desviación han sido escasos. Destacan como excepciones los trabajos de Kai Erikson (1966) sobre la desviación en las colonias Puritanas, Anthony Platt (1969) sobre el movimiento de salvataje de niños y la "invención de delincuencia", Joseph Gusfield (1963) sobre la cruzada de la Unión de Templanza de la Mujer Cristiana para la prohibición del consumo de alcohol³.

- "Construcción social" y "medicalización".

Uno de los aportes más ricos es el efectuado por **P. Conrad** (1976, 1982) en una perspectiva de construcción social de la enfermedad, que incorpora el análisis de procesos económicos, políticos e ideológicos. A partir de una serie de estudios sobre por ejemplo la hipertactividad infantil, Conrad trabaja la "estructuración social de las pruebas" como resultado de un proceso intersubjetivo de negociación, establecido entre la descripción e interpretación dada por el paciente a sus síntomas,

y el diagnóstico médico establecido en la consulta. Este supone la reinterpretación de los sucesos del pasado del paciente a la luz del diagnóstico actual.

Este carácter intersubjetivo de las declaraciones contribuye a la incertidumbre, factor distintivo de la situación de encuentro médico/paciente. En particular, plantea que la frecuencia de la incertidumbre constituye un elemento del diagnóstico médico. En este sentido, es el significado social el que posibilita definir una enfermedad "*Las enfermedades son juicios que los seres humanos emiten (...) Son esencialmente construcciones sociales, construcciones hipotéticas creadas por nosotros mismos. Como son juicios sociales, las enfermedades son juicios negativos*"; y más adelante continúa... "*Si bien se basa en parte en los conceptos culturales vigentes (...) -y en la sociedad occidental a menudo se basa en fenómenos biofisiológicos-, este proceso social evaluativo es central más que periférico al concepto de enfermedad.. De ello se desprende lógicamente que tanto la diagnosis -como clasificaciones sistematizadas- como los tratamientos se fundamentan en estos juicios sociales; no se puede separarlos*" (Conrad, 1982:135-136).

Para ello es necesario un proceso de medicalización cuyas condiciones según Conrad serían en primer lugar, el que "...un comportamiento o grupo de comportamientos debe definirse como anormal y como problema que necesita remedio por parte de algún segmento de la sociedad". Antes de medicalizarse este comportamiento debe ser socialmente valorado como anormal, pero sobre todo debe ser visualizado como problema a resolver desde algún sector de poder en la sociedad. Esta primera condición introduce la problemática del poder en el centro mismo del análisis.

En segundo lugar, las "...formas previas o tradicionales de control social son ineficientes o inaceptables", tal como se constata en el desplazamiento del control social desde la religión al control del Estado y luego al del médico, "...en la sociedad moderna la medicina se esta convirtiendo en una forma cada vez más poderosa y corriente de control social" (Ibid.p.144). Una tercera condición para medicalizar es disponer de alguna forma médica de control social, es decir debe existir y tener desarrollo "una clase médica y el complejo médico tecnológico de investigación". Para Conrad, estos controles adoptan en la actualidad la forma de medicaciones psicoactivas, procedimientos quirúrgicos e ingeniería genética.

En cuarto lugar, y por lo menos para las sociedades occidentales sería una condición "... la existencia de algunos datos orgánicos ambiguos sobre la fuente del problema", generalmente inespecificidad de fuentes orgánicas como el caso de la hipertensión y la hiperactividad. Por último, es necesario que "...la clase médica acepte que tal comportamiento anormal entra en su jurisdicción", aunque sea sólo un segmento como en el caso de la violencia. El grado de especialización, la "frontera flexible" de la medicina y la disponibilidad de fondos para la investigación facilitan la expansión e incorporación de nuevas problemáticas.

Pero, ¿que significa socialmente este proceso de medicalización? En este punto, Conrad incorpora la consideración de procesos económicos, políticos e ideológicos de manera combinada. Así, resalta la expansión de la jurisdicción de la medicina a impulso de una "industria farmacéutica poderosa, rentable y expansionista y por una creciente interconexión entre medicina y gobierno" (Ibid.p.154). Cuestiona además, su supuesta neutralidad moral "...se supone que términos médicos como

"enfermedad" y "tratamiento" son moralmente neutrales. No lo son y el vocabulario tecnológico-científico de la medicina a menudo oscurece este hecho". Plantea así, que los mecanismos de control social de la medicalización, ya sean fármacos psicoactivos, metodologías quirúrgicas o intervención genética, son frecuentemente *"irreversibles"* y *"generalmente sirven de apoyo al status quo de la sociedad"*

La medicalización de la anormalidad, entonces, permite apartarla del debate público y colocarla en *"un plano en el que solo los expertos pueden debatirla"*, con lo cual la *"hegemonía de las definiciones medicas"* se afianza. De igual manera, al concentrarse en el medio ambiente interno del individuo, ignora o relativiza el carácter social del comportamiento humano, como plantea Zola *"al localizar la fuente y el tratamiento de los problemas en los individuos otros niveles de intervención se cierran"* (Cit.Conrad,1982:141).

Desde los objetivos de nuestra investigación interesa destacar que recuperamos estos aportes en la medida en que:

- trasciende la situación intersubjetiva de interacción para ubicar la construcción social en una perspectiva histórico-social;
- no limita el análisis a los aspectos cognitivo-valorativos sino incorpora los procesos económico-políticos;
- encuadra el estudio de la construcción social de la salud-enfermedad en procesos sociopolíticos mas amplios, introduciendo la problemática del poder.

Un aporte específico focalizado en el sujeto como productor de sentido es el realizado por **Herzlich** (1969). Para Herzlich esta producción de sentido se efectuaría a partir de la utilización de sistemas de codificación e interpretación dados

por la sociedad. El punto de partida es crítico tanto de las producciones de la antropología culturalista como de las de orientación fenomenológica. El desacuerdo con las primeras se centra en que éstas se limitan "...a la enunciación de un discurso de la sociedad como expresión de creencias y de valores que quedan muy separados de la estructura social y de los comportamientos efectivos" (Herzlich, 1988:22). De los estudios con enfoque fenomenológico cuestiona reducir el problema al nivel microsocia l y su restricción al individuo y sus interacciones con el sistema de atención.

Sostiene la necesidad de introducir una perspectiva histórica y un análisis de nivel macrosocia l que "resitue" la problemática y muestre "...la realidad de la enfermedad como fenómeno social total"(Ibíd). La importancia de este estudio reside en el hecho de considerar que la enfermedad es "simbólicamente (...) una de las encarnaciones privilegiadas de la desdicha individual y colectiva..." por ello exige respuestas que trascienden la búsqueda de la mera causalidad, y exige una explicación que tenga que ver con el "orden del mundo y del cuerpo enfermo".

El estudio de carácter histórico muestra que las concepciones sobre la enfermedad y los enfermos son construcciones sociales interiorizadas por los sujetos y a la vez que reelaboradas por ellos. Al mismo tiempo, estas concepciones orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales y "en cierta medida 'producen' la 'realidad' de sus 'enfermos'". La incorporación de la perspectiva histórica le permite poner de manifiesto que "...en cada época una enfermedad domina la realidad de la experiencia y estructura las concepciones colectivas. A su vez, reenvía al conjunto de las condiciones de vida, valores y concepciones de la existencia del momento" (Ibíd.p.23).

El trabajo analiza *"permanencias"* y *"reestructuraciones"* en las nociones de enfermedad y de enfermo en vinculación con los procesos de transformación de la patología, con procesos de cambio de las instituciones, y en términos mas generales con el predominio de diversas visiones del mundo. En sociedades como la nuestra no sería posible separar las concepciones *"profanas"* de la enfermedad del desarrollo de la medicina. La enfermedad tendería *"más y más frecuentemente a devenir una identidad que debe ser asumida, adquirida e impuesta a los otros, y es en las relaciones con la medicina que esta identidad se constituye"* (Ibíd.p.24).

Pero es una identidad histórica, ello se pone claramente en evidencia si se considera su relación con el trabajo en especial a partir del siglo XIX y de los procesos de industrialización y asalarización. En efecto, desde las necesidades de captar y mantener una mano de obra productiva, *"la salud se asimila a la capacidad de trabajo y la enfermedad a la incapacidad"*. El enfermo se reconoce así en *"un status de individuo inactivo liberado de los deberes de la producción y aceptado como tal. Nuevos derechos y deberes así como un modo de relación original con el conjunto social van a definirlo."* (Ibíd.p.29)

"Construcción social" y Reproducción

Incluimos aquí a la producción francesa que, recogiendo los desarrollos de autores como Bourdieu, ha realizado un importante aporte en la línea de las representaciones y las prácticas sociales. En particular nos remitimos a los trabajos de Boltanski.

La perspectiva de Bourdieu (1977) se ha orientado a la búsqueda de las determinaciones sociales del sujeto, para en este marco plantear que las representaciones reproducirían esquemas de pensamiento socialmente establecidos, modelos estructurados por ideologías dominantes o relaciones de poder. Este autor centra su análisis de las prácticas sociales diferenciales en el "habitus" al que define como un sistema de disposiciones durables y transponibles a nuevas situaciones ("*estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes*"). Estas estructuras están determinadas por la sociedad, y en particular por el carácter de clase y las condiciones sociales que de ella se derivan. En esta "estructuración" social de las prácticas cotidianas hace justamente su anclaje la hegemonía. Este es un proceso de "*interiorización de la exterioridad*" que al mismo tiempo que reproduce, genera y modifica.

La priorización teórica del "habitus" por sobre las prácticas se evidencia claramente en su nominación como "*ley inmanente*", "*condición no solamente de la concertación de las prácticas sino también de las prácticas de concertación*" (Bourdieu, 1980:99). Desde este planteo, el "habitus" aparece como mediador de la relación estructura/prácticas sociales, los sujetos no solo se constituyen desde la interiorización de estructuras -lo externo se interioriza- sino que sus prácticas constituirán la ejecución de estas estructuras. Los límites de la mecánica y la dialéctica en cuanto a reproducción/transformación no aparecen claros en el análisis.

En esta línea, Boltanski (1975, 1978) plantea la necesidad de analizar la "*cultura somática*" de las distintas clases sociales, en el marco del proceso de "ruptura" con las prácticas construidas por las distintas disciplinas relacionadas con el "*cuerpo y la salud*", cuyo avance vincula al "*...esfuerzo*

generalizado de moralización y control de las clases populares desde fines del siglo pasado..." (Boltanski, 1975:14). El punto de partida de estas disciplinas es justamente este requerimiento de *"controlar el cuerpo en situación"*, y más específicamente de **"dominar"** la relación médico-paciente.

Nos interesa recuperar aquí algunos planteos en directa conexión con los de Bourdieu. En primer término, respecto del problema de la determinación/causalidad de los procesos de salud-enfermedad, Boltanski destaca la imposibilidad de establecer una relación causal entre las condiciones "objetivas" de los sujetos sociales y su comportamiento corporal. Esta afirmación se funda en que *"...los determinismos sociales nunca se transmiten al cuerpo de manera inmediata a través de una acción que se ejercería directamente en el orden biológico, sino que son modificados por el orden cultural que los traduce y los transforma en reglas, obligaciones, prohibiciones, repulsiones o deseos, gustos y aversiones"* (Ibíd.p.18)

En segundo término, este comportamiento corporal que constituye en conjunto la *"cultura somática"*, se elabora a partir de los *"habitus físicos"*, dimensión de los *"habitus de clase"*. Así, el *"habitus corporal"* sería *"un sistema de normas interiorizadas que rige la relación con el cuerpo"* (Ibíd.p.24). Por tanto, intenta constatar que en la percepción de las sensaciones mórbidas que son interpretadas como síntomas existiría una aptitud variable no sólo en términos individuales sino por clase social. Sin embargo, esta consideración de clase social está metodológicamente sustentada en el estudio de categorías socioprofesionales definidas por encuestas desarrolladas por organismos nacionales y privados ⁴. No considera otros elementos en la definición de clases sociales, tampoco implementa una metodología que permita analizar y

controlar esta información en relación a las prácticas sociales mas globales de los sujetos de estudio.

La hipótesis central afirma que la percepción e indentificación de sensaciones mórbidas está determinada por las expectativas del sujeto, por sus experiencias pasadas y más profundamente por todo su aprendizaje cultural. Desde allí, Boltanski plantea que la frecuencia de de demanda de recurso médico según la clase social y de la cual depende el resto de los consumos médicos, es el principal indicador de la intensidad con la que los miembros de una clase perciben y toleran sus sensaciones morbidas.

En segundo lugar, propone que la aptitud para entender, identificar y expresar los mensajes corporales varía según la capacidad de verbalización. Es decir, la aptitud para memorizar o manipular las taxonomías mórbidas dependerán del conjunto del aprendizaje cultural y su expresión particular en el lenguaje.

A su vez, como las taxonomías y las categorías relativas a la identificación de síntomas su conversión en signos, son producto de la medicina, y éstas son las únicas utilizadas por los especialistas, Boltanski sostiene que:

- los sujetos sociales poseerán un conocimiento más o menos completo de estas taxonomías en función de la distancia social o del nivel de instrucción;

- la familiarización con las mismas proviene del aprendizaje en relación con los médicos. En otros términos, el médico es el principal difusor del vocabulario médico y secundariamente los medios de difusión.

La frecuencia e intensidad de las relaciones con el médico

y la calidad de la relación dependerán entonces del grado de distancia social y lingüística entre médico y paciente (Boltanski, 1977). A mayor distancia, menor efecto de aprendizaje del acto médico y mayor trabajo de *"reinterpretación o de reinvención"*, que *"exigirá la asimilación por parte del enfermo del discurso fragmentado, hermético y cifrado del médico"*.

Dos aportes resultan de interés. El primero es que en el marco de asimetría que rige la relación médico/paciente, el médico tiene *"la posibilidad material y el derecho legal de manejar física y moralmente al enfermo en nombre del saber que este ignora"* (Boltanski, 1975:40). Se darían incluso mecanismos orientados a evitar la *"apropiación por el enfermo de una parte de su capacidad y de su discurso"* (Boltanski, 1977:59).

El segundo, es la aplicación del concepto *"capital cultural"* de Bourdieu a la problemática de salud para proponer que las nuevas categorías tomadas de la *"ciencia"* serán absorbidas por las categorías previas, más generales y familiares utilizadas por el paciente. Esta apropiación implicará una serie de *"reducciones analógicas"* de estas categorías médicas a las más generales presentes en el lenguaje (Ibíd.p.97).

Entre los resultados formulados por Boltanski se destacan a nuestro criterio los siguientes:

- Los *"sujetos de las clases populares"* sólo pueden identificar un número limitado de sensaciones, o pueden percibir sensaciones poco habituales sin interpretarlas como alarmantes o si no son muy intensas pueden no prestarles atención. Pueden aplicar categorías médicas pertenecientes a distintos momentos históricos de la disciplina, desde las cuales codifican sensaciones que *"los médicos hoy impugnarian"* por su *"arcaísmo"*. Es este un saber y por tanto una práctica fundamentalmente *"imitativa"*, resultando una versión empobrecida del saber médico.

- El interés y la atención de los individuos hacia su cuerpo aumenta en las clases más altas. Los miembros de las clases populares *"...invocan con frecuencia como justificación de sus conductas médicas, razones referidas a la necesidad y no a una norma moral(...)* el individuo de posición social baja se niega a escucharse(...) porque las obligaciones cotidianas, principalmente las limitaciones económicas impiden o dificultan en extremo el abandono de las tareas diarias, del trabajo..." (Boltanski, 1975:66).

- El *"...trabajo físico que se le exige al cuerpo..."* explicaría la relación establecida entre la enfermedad y la experiencia que tienen de su fuerza y de su mayor o menor capacidad de funcionar. Una visión mecanicista del cuerpo expresada en la noción de fuerza otorga el principio de coherencia al conjunto de actitudes que relaciona sensaciones mórbidas, prácticas alimentarias, y conductas hacia la enfermedad.

- Para las clases populares la enfermedad entonces, se manifiesta *"...brutalmente porque no han observado sus signos precursores o porque se han rehusado a percibirlos y, la mayor parte de las veces, la consideran un accidente imprevisible y repentino(...)* la enfermedad es lo que interrumpe el tiempo, lo que corta inutilmente el desenvolvimiento normal de la vida" (Ibíd.p.76)

Una serie de aspectos resultan a mi criterio problemáticos en esta producción. En primer lugar el "aprendizaje cultural" está reducido al "nivel de instrucción", con lo cual el marco teórico-metodológico impide contener la globalidad de las prácticas en las que se desarrolla la socialización y el aprendizaje en ámbitos como el del trabajo, el sindicato, el barrio, etc. En segundo lugar, el reconocimiento de las experiencias pasadas del sujeto no pasa de ser declarativo, ya

que no se generan las herramientas para discriminar, relacionar y en definitiva analizar los modos de gravitación de las mismas.

De igual manera, no pueden aprehenderse los procesos colectivos en los que están involucrados estos sujetos sociales. Las prácticas de grupo, las tradiciones culturales ocupacionales no intervienen como instancias específicas de indagación en su relación con "la cultura somática" y por tanto con las percepciones y comportamientos en relación con la enfermedad.

El énfasis puesto en la relación médico-paciente no le permite indagar en el proceso de construcción del saber de los sectores populares en su conjunto y, en forma más particular, relacionar la apropiación y reelaboración de las taxonomías y categorías médicas a los procesos de socialización en la escuela, la incidencia de los medios de comunicación y sobre todo de la familia, las redes sociales, los procesos colectivos que tienen lugar en el trabajo, en la actividad gremial, etc.

Por último, y esto es para nosotros lo fundamental consideramos que su concepción del saber y las prácticas populares -como "imitación empobrecida"- constituye una visión estática. Observamos un evidente mecanicismo al plantear que las taxonomías y categorías médicas se apropian y reinterpretan desde las viejas, sin considerar los procesos de cambio a los que éstas -las viejas categorías, las categorías no médicas- están sometidas. El saber y la práctica de estas "clases bajas" parece quedar fuera de la historia. Tampoco incorpora el análisis de las modalidades históricas concretas de relación entre los sectores populares y los especialistas de la medicina, aun cuando hace referencias a las mismas.

Este apretado recorrido permitiría recuperar para el concepto de construcción social de la salud-enfermedad los siguientes aportes:

- problematizar la enfermedad como forma social e histórica;
- descubrir la operatoria de un sistema de valores en la percepción y categorización de la salud-enfermedad, operatoria que no solo se expresa en los modos de percepción de los conjuntos sociales (los "legos", los "profanos") sino en la propia profesión médica;
- estudiar la articulación de la profesión médica y sus instituciones en la estructura social, si bien es necesario una reconceptualización de este concepto;
- revelar el rol constructor de la enfermedad por parte de la medicina, así como del rol normativo en relación a las prácticas sociales. Entre ellos, la función de control social y de legitimación;
- el planteo de modos de percibir, categorizar y significar la enfermedad y definir estrategias en relación a las mismas que no necesariamente responden a los criterios explícitos de la medicina o que no se presentan como mera reproducción de los mismos. En este marco la propuesta de analizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales de la representación de la enfermedad;
- la propuesta de que esta construcción de la enfermedad y sus formas de organización social supone un modelo ideológico generado desde relaciones de poder.

Sin embargo, considerando globalmente la producción presentada debe reconocerse una serie de problemas a resolver:

- En la mayor parte de la producción analizada la centralidad en la relación médico-paciente, descontextualiza el análisis de los procesos políticos e ideológicos más amplios. Ello conduce a su vez a debilitar la potencialidad de los hallazgos en la propia relación médico-paciente y en el rol de ambos.

- La ausencia de una perspectiva histórica concreta en muchos de estos trabajos esta sobredeterminando la tensión entre representaciones y prácticas, con una indudable centralización en las primeras como eje explicativo.

- La mayor parte de las investigaciones evidencian una visión estática de los procesos de los sectores populares, no generan herramientas para el análisis del cambio social. En los casos en que éste es planteado, se concibe como innovación a partir de procesos propios de la medicina.

- La relación con el conjunto de la práctica social de los sujetos, sus reivindicaciones y estrategias no se proponen como objetivo específico de análisis. Por tanto, sólo nos encontramos con "pacientes" o "profanos" no con sujetos sociales. En la producción de las ciencias sociales parecieran operar los mismos mecanismos que en la medicina dominante despojan al hombre de condición de sujeto para convertirlo en objeto de manipulación.

- Por último, en la producción que incorpora una visión histórica, la prioridad la constituye las modificaciones desde las necesidades de la producción o de los procesos de la estructura. No se analizan las acciones desarrolladas por los conjuntos sociales en torno de sus condiciones de vida, de

trabajo y de salud. En otras palabras se presenta el desafío de elaborar las categorías de mediación entre estructura y sujeto social.

Retomando de manera general lo planteado es posible afirmar que los procesos de salud-enfermedad han supuesto la construcción de saberes y prácticas que no son patrimonio exclusivo de la medicina. Por el contrario, en su construcción social han operado mecanismos de apropiación, reelaboración y reinterpretación, tanto al interior del propio campo médico como entre distintos actores sociales.

En este proceso se ha ido constituyendo un modelo hegemónico de saber y práctica en relación con los problemas de salud-enfermedad, y de la relación trabajo-salud en particular, cuya comprensión impone la necesidad de plantear más en profundidad el concepto de hegemonía.

NOTAS

1. Entre otros:

GORDON, G: **Role theory and illness**. College and University Press, New Haven, 1966
WILCOS, D; GILLAN, R y HARE, E. "Do psychiatric outpatients take their drugs?" **Brit Med J** 2. 1965, 790- 792
DAVIS M y EICHORN R, "Compliance with medical regiments: A panel study". **J Hlth Hum Behav**, 4. 1963.240-249. Cit en Sussner y Watson. 1971
DAVIS, M. "Variations in patients' compliance with doctors' orders: Analysis of congruence between survey reponses and results of empirical investigations". **J. Med Educ** 41,1037, 1966

2. Se referieren a la regla de Scheff (1966) para la toma de decisiones médicas: el tipo 1 rechaza una hipótesis verdadera, el tipo 2 acepta una hipótesis falsa. En la medicina se evita el tipo 1 es decir considerar sano a un paciente.

3. El estudio de Elliot Currie (1969) sobre el control de la brujería en la Europa renacentista, el de William Chambliss (1964) sobre el origen y cambios de la ley de vagancia y el ensayo de David Matza (1966) sobre la pobreza deshonrosa, son quizá los estudios clásicos del interaccionismo que han examinado el origen de las categorías de desviación (Conrad y Schneider, 1985)

4. El primer trabajo (1975) implementó el procesamiento de encuestas publicadas e inéditas realizadas durante diez años por organismos públicos y privados franceses, su base de datos fueron los 3.000 cuadros estadísticos resultantes. El segundo, (1977) se basó en la realización de una encuesta ad-hoc ejecutada entre los meses de mayo-junio de 1967 y enero-febrero de 1968, de 120 entrevistas de una hora promedio de duración, en diversas localidades, en barrios céntricos y en los suburbios de París, en una ciudad mediana del interior (Vervins, Picardía) y en una comuna rural.

Capítulo 3

HEGEMONIA y SALUD DE LOS TRABAJADORES (a) El Modelo de Higiene, Seguridad y Medicina Laboral

En éste y el siguiente capítulo nos proponemos articular las categorías de construcción social y hegemonía en un encuadre teórico y un contexto histórico social, que posibilite reconocer:

- que los problemas en la definición de las categorías y de las prácticas en relación con los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores, son resultado de las condiciones en que se conforma el saber y la práctica respecto de los mismos.

- que estos saberes y prácticas expresan una construcción médico-técnica hegemónica que denominamos "modelo de higiene, seguridad y medicina laboral"

Sugerimos que las limitaciones, señaladas en los capítulos anteriores en los cuestionamientos a las categorías y a la práctica médica y, en general, al modo de problematizar la temática, resultan a nuestro entender de la ausencia de un análisis crítico sobre las formas complejas en que el modelo hegemónico informa los problemas de salud-enfermedad

A este marco de referencia teórico e histórico-social remitiremos el análisis de las representaciones y las prácticas de los trabajadores gráficos de la segunda parte de esta tesis. Efectuamos primero algunas precisiones sobre el concepto de hegemonía, para luego describir los principales rasgos de la construcción médico-técnica hegemónica referida a la salud-enfermedad de los trabajadores y sus vinculaciones con el "modelo médico hegemónico" (Menéndez, 1978, 1986, 1989). Por último, realizamos un recorrido histórico para mostrar que sus características se vinculan a relaciones de poder y conflicto, proceso en el que si bien una visión subordina, apropia y reestructura otras concepciones, de ninguna manera ella puede ser considerada única o totalizadora.

Algunas precisiones sobre el concepto de hegemonía

Las diversas significaciones del concepto hegemonía y de la obra de Gramsci, ha dado lugar a hablar de los "usos" (Portantiero, 1977) o de "una herencia disputada" (Anderson, 1983)¹. Esta diversidad amerita precisar el sentido que tal categoría tiene en nuestro marco analítico. Como señala Anderson *"...la noción de hegemonía, antes de que Gramsci la adoptara, tenía una larga historia previa (...)El término gegemoniya (hegemonía) fue una de las consignas políticas centrales en el movimiento socialdemócrata ruso desde fines de 1908 hasta 1917."* (Anderson, 1983:30)²

Tanto en estos y en usos posteriores, el término ha remitido a conceptos como los de **primacía**, **direccionalidad política** de una clase (la clase obrera), a la **capacidad de impulsar y dirigir**, considerada como capacidad política e ideológica. La lucha por la

hegemonía se torna en esta perspectiva, en indicador de constitución de clase ³. A partir de la década del veinte, es posible encontrar el concepto extendido a las relaciones de poder, en particular haciendo referencia a la "hegemonía de la burguesía" sobre la clase obrera ⁴.

Desde una mirada global, el concepto de hegemonía debe ser considerado, en primer término, en el marco de una nueva concepción de la estructura y los mecanismos de poder; en particular, como eje de una nueva visión teórica de las relaciones de poder entre las clases tal como ha propuesto Gramsci.

En segundo, el concepto de hegemonía supone ponderar la dimensiones histórica y cultural, que cobran sentido a condición de articularse al concepto de praxis. Debe recordarse que el concepto de hegemonía en Gramsci se encuadra en la influencia y simultánea crítica a concepciones como las de Croce. Por eso, si bien este concepto implica teóricamente procesos ideológicos/culturales, se organiza sobre una noción dialéctica como la de "praxis" y la relación entre la dimensión económica y la política:

"Las ideologías (...) entran en conflicto y confrontación, hasta que sólo una de ellas, o al menos una sola combinación, tiende a prevalecer, imponiéndose y propagándose a través de la sociedad. De este modo consigue no sólo una unificación de los objetivos económicos y políticos, sino también la unidad intelectual y moral ..." (Gramsci, 1962:71).

En tercer término, el concepto centra la relación entre cultura/concepción dominante y cultura/concepción subalterna en una sociedad estructurada en clases en distintos tipos de articulaciones. Desde las relaciones de clase es posible observar que las prácticas y concepciones subalternas manifiestan

"... una serie de innovaciones frecuentemente creadoras y progresivas(...) en relación diferente con las propuestas y concepciones de los sectores dirigentes"
(Gramsci, 1962:241)

En cuarto lugar, y esto a nuestro criterio constituye uno de los principales problemas, la noción supone una dialéctica de coerción/consenso que se vincula a su vez, a la relación estado/sociedad civil. El problema se expresa a lo largo de la obra de Gramsci en la que en algunos textos el énfasis puesto en determinados conceptos o aspectos del mismo, puede conducir (y de hecho así ha ocurrido) a interpretaciones contradictorias del concepto. En principio, cabe reconocer conceptualmente la diferenciación y oposición entre "dominación" y "hegemonía":

"La supremacía de un grupo social asume dos formas: dominación y dirección moral e intelectual"
(Gramsci, 1981:349).

Desde allí, en gran parte de la producción de Gramsci y otros autores, se ha enfatizado el aspecto de consenso a partir del cual la hegemonía es vinculada explícitamente a la dirección y el orden intelectual, ideológico y moral, es decir remite a mecanismos ideológicos/culturales por los cuales se logra y se mantiene la adhesión, el consenso. Esto se articula, a su vez, a los conceptos de Sociedad Civil y Estado ...

"Por ahora se pueden fijar dos grandes planos superestructurales, el que se puede llamar de la "sociedad civil", que esta formado por el conjunto de organismo vulgarmente llamados "privados", y el de la "sociedad política" o Estado, y que corresponde a la función de "hegemonía" que el grupo dominante ejerce en toda sociedad y a la de "dominio directo" o comando que se expresa en el

Estado y del gobierno "jurídico". (Gramsci,1984a:16).

Esta visión se expresa de manera más diafana referida precisamente al ámbito de los países capitalistas, para los que reafirmaba la oposición Sociedad Civil/Estado como los aspectos de dos modos de poder de clase: la sociedad política o aparato coercitivo, espacio de la imposición, la violencia, la fuerza; la sociedad civil o hegemonía de un grupo social sobre el conjunto de la sociedad, ejercida a través de organismos como la escuela o la iglesia.

Sin embargo, estos conceptos no aparecen usados de forma unívoca por Gramsci. En otros escritos el término hegemonía no remite a un polo o momento de consenso, contrapuesto a otro de coerción. Por el contrario, aparece como síntesis contradictoria de consenso y coerción...

"El ejercicio "normal" de la hegemonía en el terreno, ya clásico, del régimen parlamentario se caracteriza por la combinación de la fuerza y el consenso que se equilibran en formas variadas, sin que la fuerza rebase demasiado el consenso, o mejor tratando de obtener que la fuerza aparezca apoyada sobre el consenso de la mayoría..."
(Gramsci,1984b:125).

Consecuentemente, se reformula el espacio en el que opera la hegemonía. Esta reformulación se expresa en un texto en el que se describe los poderes ejecutivo, legislativo y judicial del estado liberal como "*órganos de hegemonía política*" (Ibíd.p.752). En este sentido, la hegemonía política se ubica al interior del Estado, pero la oposición se desplaza a los términos de "hegemonía política" frente a "hegemonía civil".

En una tercera definición, el Estado incluye por igual a la "sociedad política" y la "sociedad civil".

"... en la noción de Estado entran elementos que deben ser referidos a la sociedad civil (se podría señalar al respecto que Estado = sociedad política + sociedad civil, vale decir, hegemonía revestida de coerción) ... la sociedad civil es también parte del Estado, en realidad es el Estado mismo" (Ibíd.p.158)

No cabría pensar, entonces, en una distribución de la hegemonía entre el Estado y la Sociedad Civil, y por tanto, no se podría sostener teóricamente dos tipos de hegemonías. Sin embargo, aun cuando el concepto de Estado aparece como inclusor de la Sociedad Civil, el concepto de hegemonía remite al aspecto del consenso, de ahí que deba apelarse a la expresión "revestida de coerción".

Un aspecto primordial en relación al concepto de hegemonía es la reubicación de la concepción de ideología y la ruptura con posturas mecanicistas. Este aporte es particularmente remarcado por Buci-Gluksmann al sostener:

"Rompiendo resueltamente con la concepción de la ideología como ideología ilusión o como simple sistema de ideas, Gramsci extiende el análisis y pasa de los aspectos más conscientes de las ideologías a sus aspectos inconscientes, materializados en las prácticas y normas culturales aceptadas o sufridas (...) Las ideologías funcionan como agentes de unificación social, como cemento sobre la base de clase (...) impregnan todas las actividades, todas las prácticas" (Buci-Gluksmann, 1978:79)

Justamente éste es a nuestro criterio un aspecto clave a recuperar: el énfasis en los procesos ideológicos, en una visión

del consenso como construido a partir de complejos mecanismos conscientes y no conscientes.

En síntesis, referimos el concepto de hegemonía no a un proceso totalizador sino a un proceso contradictorio que *"no agota toda la práctica humana"* (Williams,1980:147). Sostenemos que tal relación de poder *"tan solo puede ser mantenida por lo gobernantes mediante un constante y diestro ejercicio de teatro y concesión"* (Thompson,1984:80), es una relación activa. En este marco, el concepto de clases sociales puede entenderse como relación y como proceso según condiciones histórico concretas (Thompson, 1984) ⁵.

Supone una visión más dinámica del poder que no lo concibe circunscripto a un "punto central" o a un "foco único" del cual irradian formas descendentes. Por lo contrario, siguiendo a J. Villareal lo consideramos *"una red variable de relaciones de fuerza que recorre la totalidad social produciendo efectos diversos"* (Villareal,1986:214).

La construcción médico-técnica hegemónica: el modelo de higiene, seguridad y medicina laboral.

Si bien es posible encontrar numerosas definiciones de "modelo", seguimos aquí la propuesta de E.L.Menéndez (1989) para referir a una herramienta metodológica de carácter heurístico, construida por el investigador a partir de la selección de ciertos rasgos que considerará significativos. Recuperando el aporte teórico de la noción de "modelo médico hegemónico" (Menéndez, 1978, 1981, 1989), utilizo una noción amplia de **modelo hegemónico de salud-enfermedad de los trabajadores** entendiendo por tal el conjunto de teorías, categorías, técnicas y prácticas en general

desarrolladas por la medicina y por otras disciplinas como la ingeniería industrial. Conjunto que ha subalternizado otros saberes y prácticas sociales para conformarse en "la" forma de entender y atender la relación trabajo-salud, legitimada a través de las instituciones "científicas" y de los distintos ámbitos del Estado.

Esta manera de definir el concepto de modelo posibilita considerar no solo la construcción de las instituciones específicas (las de la medicina o las referidas a higiene y seguridad), sino también de los distintos sectores sociales, incluidos los propios trabajadores y sus organizaciones sindicales.

En términos teóricos esta construcción debe entenderse en un proceso más amplio de relaciones históricas entre capital y trabajo y, en particular, debe vincularse al proceso de constitución de la medicina como profesión médica, a la que en el proceso se incorporarán los aportes de la ingeniería industrial. Por tanto en primera instancia, su descripción y análisis referencia a la formación histórica y a los rasgos predominantes del "modelo médico hegemónico" (Menéndez, 1989).

Esta construcción hegemónica muestra una manifiesta heterogeneidad según campos profesionales o sectores sociales (por ejemplo entre representaciones y prácticas empresarias y sindicales, entre propuestas jurídico-normativas y las prácticas de la abogacía laboral, etc), o inserción institucional en una misma profesión (entre prácticas de médicos de empresa, sindicato u obra social). En función de los objetivos de este trabajo brindaremos información genérica del modelo, para efectuar en la segunda parte de esta tesis, el tratamiento de ciertas particularidades concretas según los requerimientos del análisis

Por último, cabe efectuar algunas aclaraciones sobre los alcances del recurso metodológico utilizado. En términos generales operamos conceptos en un alto grado de abstracción, asumiendo que su selección y articulación de ninguna manera puede generalizarse, es decir no intentamos explicar cada situación histórica concreta. En este sentido y tal como sostiene E. Menéndez

"...los modelos actúan como referencia teórica de dichas situaciones (...) proponen un primer nivel explicativo, que para su entendimiento procesal debe ser necesariamente articulado con la descripción y análisis de situaciones específicas" (Menéndez, 1989:82).

Por ello consideramos que la explicación de problemas concretos a partir de modelos solo es válida si refiere a situaciones históricas específicas. En esta línea, el uso metodológico de un modelo supone no sólo una abstracción de los rasgos con los cuales se construyó, sino una relativa absolutización. Esto hace necesario reconocer de antemano que en situaciones concretas pueden presentarse más claramente unos rasgos y no otros, o que estos mismos rasgos pueden manifestar una riqueza de matices que el modelo no muestra *

La construcción de este modelo vincula dos campos de la práctica profesional dedicados a la temática: la medicina del trabajo (o medicina laboral) centrada en los aspectos clínicos de diagnóstico y tratamiento de accidentes y "enfermedades laborales" y la higiene y seguridad industrial (disciplina del campo de la ingeniería) orientada a desarrollar técnicas de seguridad y corrección ambiental.

Caracterizamos este modelo por los siguientes rasgos: tecnicismo, ambientalismo, focalización en el daño (enfermedad/ accidente), biologismo, individualismo, asocialidad,

responsabilización del trabajador, orientación reparatoria en términos monetarios, control de ausentismo y negación del saber de los trabajadores. Si bien cada uno de ellos tiene de por sí un peso propio (incluso para ciertas situaciones unos pueden gravitar más que otros), es su articulación la que le otorga sentido como tal. De ahí que nuestra referencia descriptiva tenderá a ver las relaciones entre los rasgos en una lógica única, más que a profundizar cada uno. La atención, por tanto, que se presta a algunos de ellos, responde a un criterio de claridad expositiva.

En términos generales, el modelo de higiene, seguridad y medicina laboral tiene como principal característica el desintegrar y reducir la vinculación entre trabajo y salud, a una relación mecánica de causa-efecto entre operaciones o elementos del trabajo y "daños" constatables. En una visión que reproduce y traslada al ámbito del trabajo el enfoque unicausal, su eje será identificar "agentes nocivos" del "ambiente" que pueden ocasionar "daños" al trabajador. Por eso propongo definirlo como **modelo de "agentes nocivos - efectos patológicos"**.

El **tecnicismo** es el rasgo dominante que estructura y organiza el conjunto del modelo al sustentar tanto el nivel de la explicación, como el de las propuestas de solución. En este sentido asume un doble carácter conceptual y metodológico como garantía de "cientificidad", y sobre todo de "neutralidad" de la construcción hegemónica, papel comparable al jugado por el biologismo en el "modelo médico hegemónico" (Menéndez, 1989)

Ello supone la combinación de dos operatorias:

a) Fragmentar la complejidad de los procesos de trabajo y la trama de aspectos económicos, políticos, sociales, culturales, etc. en una serie de operaciones aisladas de carácter técnico. Esto es,

por ejemplo, los "mecanismos de seguridad" de la tecnología, la "manipulación" de sustancias, la inhalación de ciertos "vapores" etc, operaciones a las que se atribuye el requisito de ser ejecutadas desde ciertas **condiciones y prescripciones técnicas**.

b) Reducir estas operaciones a aquellas claramente distinguibles en el "**medio ambiente laboral**", que resulta casi exclusivo centro de análisis.

La expresión más clara de esta concepción **técnico-ambientalista** se concreta en la noción de "**riesgo laboral**" como aquellos "factores" o elementos (según la terminología utilizada) de la esfera laboral que pueden impactar de distinto modo la salud de los trabajadores. Estos "riesgos laborales" se han clasificado en **físicos** (ruido, iluminación, temperatura, aireación, humedad etc.), **químicos** (gases y vapores provenientes de solventes, derivados del benceno, hidrocarburos y otras sustancias), **biológicos** (materias orgánicas "específicas" de ciertos procesos de producción o "inespecíficas" según las condiciones de higiene, etc.), **factores de inseguridad** (los mecanismos de seguridad de las maquinarias), etc.

Los "**riesgos**" son "**agentes nocivos**" "presentes" en el objeto, los medios o el "ambiente de trabajo" cuyo "potencial" daño a la salud del trabajador -y esto es fundamental como expresión de tecnicismo- se define en términos **cuantitativos**. El concepto de "**nocividad**" resulta un "**plus**" respecto de un parámetro de "**normalidad**" establecida. El grado de concentración de químicos en el aire, el nivel de ruido, el tiempo de exposición, etc establecen una medida más allá de la cual estos elementos se tornan "insalubres".

Interesa en este punto destacar:

- La condición de ser claramente identificables y medibles. Estos "riesgos" deben ser susceptibles de ser identificados y medidos de acuerdo con ciertas condiciones y prescripciones técnicas. De ello resulta una metodología que impone no sólo el tratamiento en forma independiente de cada uno de los mismos, sino también el "contar" con los "conocimientos" y "medios" técnicos adecuados a su medición. Por tanto, desde el modelo sólo los profesionales (específicamente ingenieros o técnicos en "higiene y seguridad industrial") y las instituciones (empresas, organismos estatales) pueden realizar estas funciones. La **"técnica"** en su más amplio sentido se entroniza como un saber y una práctica fuera del alcance de los trabajadores, a la vez que se potencia la imagen de neutralidad atribuida. Propongo entonces que la **negación del saber obrero** no es un efecto sino un rasgo fundante del modelo y las acciones verticales su necesario componente.

- Formular el concepto de **"normalidad"** como **condición** del "agente", con independencia de la identificación de problemas de salud de grupos concretos de actividad. En consecuencia, el modelo fija para cada uno de los "agentes" un "parámetro de normalidad" de validez general, sin considerar los aspectos de variabilidad que pudieran presentarse entre los trabajadores según las condiciones de las distintas actividades. Ejemplo de ello son los denominados "límites permisibles" establecidos por legislación para sustancias químicas, ruido, temperatura, etc. Desde una perspectiva funcional nos encontramos aquí con la noción de "trabajador medio", equivalente al cuestionado concepto de "hombre medio". Efectivamente, ya en un informe de 1975 la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponía establecer normas sanitarias en el ámbito laboral en función no de considerar un "hombre medio", sino de los "trabajadores realmente expuestos" (OMS, 1975).

Un aspecto de mayor relevancia lo constituye la **naturalización** con que se inviste estos "parámetros de normalidad". Mecanismo que opaca su carácter de forma jurídica, es decir de construcción histórica que resulta no sólo de los procesos de demanda y negociación entre distintas fuerzas sociales, sino de la correlación entre éstas. Esto puede constatarse en las notables diferencias entre sustancias permitidas y prohibidas, así como en los valores de los límites permitidos en la legislación de países como los EEUU, Francia, Inglaterra, Suecia, etc (Stelman y Daum,1986)

A su vez, la priorización del ambiente laboral ha dejado de lado la atención de condiciones de vida asociadas al trabajo tales como nutrición, vivienda, formas de trabajo complementarias, etc. Consideradas fuera de objeto, ámbito de "*la salud pública*", estas condiciones se "presentan" tan exteriores a la problemática del trabajo como los "agentes" que se enuncian para el proceso laboral.

La **focalización exclusiva en el "daño"**, en procesos definidos como "patológicos" o "incapacitantes" es otro rasgo primordial. Por eso, "enfermedades" y "accidentes de trabajo" han sido los únicos indicadores de los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores. Se han dejado fuera del análisis los procesos de "desgaste obrero" (Laurell,1983), el envejecimiento precoz, el índice de sobrevivencia posterior al retiro laboral, el perfil de la misma según la actividad realizada, así como problemas como el insomnio, la impotencia sexual o distintos procesos denominados de "salud mental".

Esta expresión de **biologismo**, rasgo estructural dominante en el "modelo médico hegemónico" (Menéndez, 1978,1989), se halla expresado tanto en las categorías explicativas y en la práctica

"clínica" de la medicina laboral, como en la normatividad jurídica. En función de este rasgo, la sintomatología, esto es, los aspectos manifiestos del daño, van a ser conceptualmente priorizados para identificar y categorizar los problemas de salud-enfermedad. Consecuentemente, la principal característica de la práctica "clínica" de la medicina laboral será la operatoria sobre el síntoma para su eliminación.

Este rasgo se evidencia además en los listados de las "enfermedades profesionales" de la legislación vigente, que excluyen el área de la psicopatología. Como consecuencia, la enfermedad mental no es reconocida como justificación de ausencia laboral, ni figura en la determinación de "incapacidad" y en los causales de indemnización por accidentes o enfermedades. Desde la normativa legal vigente, los consultorios de fábrica están a cargo sólo de médicos y personal de enfermería. La ubicación subordinada de la psicología desde el "modelo médico hegemónico" (Menéndez, 1990) encuentra su particularidad en el ámbito del trabajo, no como rol auxiliar de la medicina, sino de las políticas de relaciones laborales. En efecto, la psicología laboral o industrial (según la terminología adoptada) tiene su gabinete en los departamentos o gerencias de personal dedicado fundamentalmente a tareas de selección de personal para ingreso o promoción.

El tecnicismo, el ambientalismo, el biologismo hallan su posibilidad de funcionar a través de otro rasgo, el **individualismo** por el que la unidad de análisis exclusiva es el trabajador considerado como individuo aislado. La lógica de este modelo de saber y práctica se sustenta justamente en la afirmación de la singularidad de la "enfermedad" y el enfermo, en una orientación que tiende a ocultar el desarrollo de procesos colectivos a nivel del ámbito laboral y por tanto, su vinculación con las dimensiones

económicas, sociales y políticas del trabajo (Franco,1986)

Este rasgo puede reconocerse en la evidente carencia de estudios que indaguen la globalidad de las condiciones de salud de los trabajadores de una misma actividad. En efecto la mayor parte de la bibliografía biomédica se concentra en los "riesgos" del puesto de trabajo (la unidad de estudio) priorizando el análisis de "los efectos patológicos" de alguna sustancia o aspecto medioambiental del trabajo. En este enfoque, lo colectivo se reduce a la sumatoria de individuos y al hallazgo de regularidades.

Los señalamientos efectuados -focalización de las dimensiones técnicas de los proceso de trabajo, afirmación de la singularidad del daño y el afectado, la elección del trabajador individual como unidad de análisis, la reducción de lo colectivo a la sumatoria de las regularidades entre individuos- constituyen los términos de reconocimiento manifiesto de **asocialidad**. La negación de lo social es un rasgo fundante del modelo, y con esto me refiero a la concepción global del carácter de la relación trabajo-salud, no a los intentos de aplicar el enfoque multicausal a la clasificación de "riesgos laborales", que incluyen los "factores psicosociales" (Badia Montalvo,1985) Esta inclusión se ha centrado sobre todo en aspectos como la motivación y satisfacción en la tarea, las perspectivas de desarrollo o realización individual y social, y en menor medida, en las modalidades de la supervisión, el régimen de premios y sanciones, etc. Su interrelación es planteada como causal de daño en informes y recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT,1972), o en manuales de formación académica. No obstante, constituyen fenómenos discursivos sin aplicación en la práctica dominante. Las discusiones entabladas en el ámbito académico o gubernamental, por especialistas que siguen la orientación de las CYMAT-OIT (Condiciones y Medioambiente de

Trabajo), no debe confundirse con su incorporación a la formación y la práctica en la materia.

Otro tanto ocurre con un segundo modo de colocar "**lo social**", en referencia a la situación familiar, las condiciones habitacionales generales (barrio, vivienda), los "hábitos alimentarios", los "hábitos de higiene", o procesos que el modelo define como "patologías sociales" (tabaquismo, alcoholismo, etc). En otras palabras, lo social remite en estos casos a "causales" del "afuera" de la fábrica, externos al "trabajo", y se articulan con otro rasgo del modelo: el de **responsabilización del trabajador** en los accidentes y enfermedades del trabajo.

Visto desde la operatoria dominante es posible distinguir dos niveles:

-En el **nivel normativo** la construcción hegemónica enfatiza las funciones de prevención presentando el "enfoque de riesgo" como instrumento conceptual y metodológico. Desde ahí el problema se circunscribe al control de la "exposición", reduciéndose la normativa en primer lugar, a la identificación y medición de "agentes nocivos" en el "ambiente de trabajo"; segundo, a indicar acciones técnicas de corrección; y tercero, a establecer sanciones monetarias frente a su incumplimiento. Desde este nivel, la responsabilidad profesional es adjudicada al ámbito de intervención de la higiene y seguridad industrial, y su fiscalización a organismos gubernamentales. A su vez, frente al daño, el modelo contempla la **reparación monetaria** de la incapacidad ocasionada

-En el nivel de **funcionamiento** el modelo cobra las siguientes características:

a) Se limita en términos generales a desconocer la relevancia y el creciente aumento de accidentes y enfermedades, tal como lo

evidencia la sistemática carencia de sistemas de registro y estadísticas, cuando no su prolijo ocultamiento (Ricchi, 1981, Berman, 1983).

b) Estructura una respuesta asistencial reparatoria frente al daño ya producido, respuesta que **escinde lo médico-asistencial** (las funciones de tratamiento y cura) de **lo reparatorio-legal de carácter monetario**. La primera es colocada fuera del ámbito de intervención de la medicina laboral, cubierta por la práctica clínica general o las especialidades correspondientes.

La segunda sigue los canales institucionales de tipo administrativo o judicial a través de la demanda y el juicio laboral. La medicina legal y la abogacía laboral se constituyen en los principales resortes de intervención.

c) De ambas respuestas, la reparación legal de carácter monetario es dominante, orientando la definición de categorías y el sentidos de las acciones. Como sostiene C. Rodríguez

"El concepto de enfermedad profesional es, en el mejor de los casos, un concepto médico legal, nacido de una filosofía reparatoria(...) son muchos los países donde solamente son indemnizadas las enfermedades profesionales que están inscriptas dentro de un listado oficial".
(Rodríguez, 1990:58)

d) Establece una dialéctica de reconocimiento-ocultamiento cuya tensión deberá resolverse en los marcos de la demanda y el arbitraje estatal. Parte de esta dialéctica será **adjudicar al trabajador la responsabilidad** del daño o el accidente. Como señaláramos, los causales de enfermedad o accidente serán remitidos a una condición orgánica o psicológica constitucional u ocasional, y a "factores sociales" o "culturales" que organizan "hábitos" alimentarios o de higiene "nocivos" a su salud, su bajo

nivel educativo, etc. Características "psicosociales" que sustentan la concepción de "actos inseguros" por la cual la víctima del accidente termina siendo su promotor.

e) La práctica de la medicina laboral es instrumental. Es decir se convierte en instrumento para establecer la proporción de daño y el grado de incapacidad en las demandas por reparación legal de carácter monetario. La práctica clínica a su vez, es uno de los principales instrumentos de **control de ausentismo**, a través de operar sobre el síntoma para su eliminación tendiendo al rápido reintegro a las tareas productivas, o a través de la no justificación de las ausencias laborales.

En síntesis el modelo focaliza la relación trabajo-salud como una relación meramente técnica, en una operatoria que significa el desplazamiento conceptual desde una relación social y política a una relación pretendidamente neutra fundada en lo técnico. Ello tiende a ocultar las relaciones de poder entre el capital y el trabajo, las estrategias históricas de producción-acumulación de capital, así como las modalidades dominantes de relaciones sociales en el trabajo en cada situación histórica concreta.

La construcción de la hegemonía o la tensión entre lo social y lo técnico en la relación trabajo-salud: De la higiene social a la medicina laboral

Planteada la estructura del modelo de higiene, seguridad y medicina laboral, proponemos caracterizar esta construcción social como resultado y expresión de un proceso conflictivo en el marco de relaciones de poder (Conrad y Schneider, 1985). Su conformación debe ser vinculada a un proceso mas amplio de relaciones

históricas entre capital y trabajo y en este marco, al desarrollo e institucionalización de la medicina como profesión. Fruto de este proceso ha resultado la exclusión/ marginación de las perspectivas sociales de la relación trabajo-salud contenidas en la medicina y la higiene social hasta finales del siglo pasado y comienzos de éste, reemplazadas por una visión tecnicista. También, la apropiación exclusiva de la problemática por parte de la medicina del trabajo y la higiene y la seguridad industrial.

Si bien la mayor parte de los historiadores de la medicina del trabajo remontan sus antecedentes al siglo XVIII y en particular a la obra de **Ramazzini** ⁷, es durante el siglo pasado que la relación trabajo-salud aparece como preocupación más sistemática de distintos actores sociales, tanto en términos de estudio como de acción. En ello se articularon procesos económicos, sociales y políticos movilizados por el desarrollo de la revolución industrial en Europa. En la lucha social y política emergente se combinaron las demandas y la acción de las organizaciones obreras, la labor de reformadores sociales y las acciones de ordenamiento y normatización social efectuadas por Estados europeos como Inglaterra, Francia o Alemania en función de preocupaciones de orden militar, económica o político.

Durante el siglo pasado, bajo distintas formas organizativas y desde diferentes perspectivas políticas, solas o incorporadas a movimientos de fuerzas sociales más amplios, las nacientes asociaciones obreras demandaron reformas o resistieron ordenamientos legislativos. Entre las demandas específicas se destacaron la reducción de la jornada laboral, la petición de mejoras en sus condiciones de trabajo y de vida como la reducción y reglamentación del trabajo de menores y mujeres, la prohibición de trabajo nocturno, el control de las condiciones de higiene en los talleres, etc.*

Al mismo tiempo, corrientes de pensamiento interesadas en la reforma social vincularon y ponderaron en sentido negativo, las condiciones de trabajo a las condiciones de salud. Así, reformadores como **R.Owen** experimentaron entre 1800 y 1828, programas de mejoramiento ambiental, reducción de la jornada laboral, medidas de seguridad, etc. Otras posturas asociaron las condiciones de mortalidad y morbilidad de la clase obrera inglesa a las condiciones de explotación de la fuerza de trabajo impuestas por el modo de producción capitalista (Engels, 1974)

Desde el propio campo médico, se impulsó no sólo el desarrollo conceptual y metodológico en el análisis de los procesos de salud-enfermedad, también se propusieron instrumentos operativos para el cambio social y la acción estatal. Cuatro meses después de haber participado en las acciones callejeras de Berlín durante el movimiento de 1848, **R.Virchow** publicó la revista **Die Medicinische Reform**. Allí sostenía:

"...la medicina es una ciencia social y la política no más que medicina en gran escala (...) el proletariado está siendo víctima en grado creciente de enfermedades y epidemias" (cit. Rosen, 1985:79)

En la misma publicación, otro médico, **Leubuscher**, proponía un programa de "higiene industrial" para enfrentar estos problemas, insistiendo en la necesidad de una legislación que regulara las condiciones de trabajo, prohibiera el trabajo infantil antes de los catorce años, redujera la jornada laboral en ocupaciones peligrosas, protegiera a la mujer embarazada. Demandaba a su vez, la estricta fijación de estándares de ventilación, y la prevención de la intoxicación industrial mediante la sustitución de materiales ' .

Con otra perspectiva, entre 1840 y 1900 algunos Estados europeos como Francia e Inglaterra encararon una serie de informes sobre las condiciones de vida, la vivienda, el trabajo de menores, la situación de familias obreras. Algunos de ellos pusieron un especial énfasis en aquellas "enfermedades" que vinculaban a los "oficios" o las "profesiones". No obstante que desde 1821 se publicaba en Francia los **Anales de Higiene**, fueron preocupaciones de índole militar las que motivaron el estudio de **Villermé** sobre el **Estado físico y moral de los obreros franceses**, ya que para los años de 1830, más de los dos tercios de los jóvenes trabajadores eran declarados no aptos para el servicio militar. Al año siguiente de su entrega, se dictaba en Francia la primera ley de protección al trabajo de menores y, en 1848, con posterioridad a los sucesos revolucionarios, se sancionaba una ley de reducción de la jornada laboral a doce horas ¹⁰. En 1852 se publicaba **Le Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité** de **Tardieu**, considerado un hito en el desarrollo de la Salud Pública francesa.

En Inglaterra, se llevaron a cabo una serie de estudios entre los se destacan el de **Turner Thackrah** (1831) que describe el estado de salud de niños trabajadores y recomienda restringir el trabajo infantil. El informe de **Peter Gaskell** de 1833 sobre las condiciones de salud de la población obrera de Inglaterra, que mostraba cómo la introducción de la máquina de vapor y la industrialización afectaban a los trabajadores y sus familias y concluía

"...Aunque el trabajo en la fábrica no acorta necesariamente la vida ... la despoja de una considerable porción de lo que por sí solo puede hacerla dichosa: la salud (...) se puede decir que viven una muerte diferida"

(cit. Rosen, 1985:93)

El Informe sobre las condiciones sanitarias de la población

obrero de la Gran Bretaña realizado por **E. Chadwick** en 1842 por encargo de la Comisión de la Ley para la Protección de los Pobres, constituyó la base para un cambio legislativo. Este informe ponía el acento en que los problemas de salud de la población trabajadora eran resultantes de sus condiciones de vida y ello constituía un problema de orden social y político que el Estado debía resolver.

Especialmente interesante es el trabajo de **Greenhow**, publicado en 1858 como informe parlamentario del Consejo General de Salud Pública. Este estudio llamaba la atención sobre una serie de fenómenos

"... Uno de los hechos mas evidentes que salieron a la luz por la presente investigación es la influencia de la ocupación en la salud. Esta influencia puede ser directa (...); o indirecta, como el caso del empleo de mujeres en las fábricas que parece agravar la mortalidad infantil, y en particular las producidas por enfermedades nerviosas de la niñez. Es probable que un exámen cuidadoso de la naturaleza de estos empleos y la forma en que se producen los resultados dañinos pudiera demostrar que los resultados no son consecuencias inevitables de las variadas ocupaciones industriales" (cit. Rosen, 1985:97)

En su mayor parte, estos informes contribuyeron directamente a la toma de medidas relativas a la modificación de condiciones ambientales, laborales o asistenciales de impacto en la salud de los trabajadores. Desde 1860 en adelante estos Estados comenzarán a desarrollar políticas sanitarias que comportarán acciones sobre el medio y asistenciales, mientras que progresivamente las fuerzas sociales hegemónicas irán reconociendo la necesidad de un marco normativo y regulador. Este se vincula con la necesidad de establecer cierto control sobre las condiciones sanitarias del trabajo y, sobre todo, de medidas concretas de protección frente

a la enfermedad, que asegurara la inserción en la producción y la supervivencia de los trabajadores y la familia obrera.

Este proceso realiza e instituye de manera hegemónica un modelo de saber y práctica médica

"...el MM (modelo médico) se instituye prácticamente a partir de la revolución industrial, es decir se genera conjuntamente con el desarrollo del capitalismo en su etapa de 'libre cambio', durante el período clásico de la constitución de la clase obrera, en los años del desarrollo de la nueva ciudad industrial; además coincidirá mas adelante con el nuevo proceso de expansión colonial ..." (Menéndez, 1978:15).

Este modelo va a privilegiar la dimensión biológica e individual, diluyendo la consideración de los aspectos sociales y políticos de las condiciones de salud-enfermedad, en una concepción positivista y ahistórica, y una orientación mercantilizadora, curativa, basada en la eficacia pragmática (Menéndez, 1978, 1990). Efectivamente, con el descubrimiento a mitad del siglo XIX de la teoría del germen se desarrolló una "doctrina de etiología específica" capaz de afirmar que cada enfermedad tiene una causa simple, específica, externa que puede ser descubierta y tratada (Dubos, 1959). Los descubrimientos de la bacteriología (Koch, Pasteur, Klebs y continuadores) posibilitaron consolidar este proceso, a la vez que reafirmar su eficacia al mostrar un agente causal específico y objetivamente identificable.

Desde ahí se crea una imagen -una concepción- de la enfermedad como causada por dificultades fisiológicas localizadas dentro del cuerpo humano, que enfatiza el entorno biofisiológico interno y relativiza el entorno externo psicológico y social

(Conrad y Schneider,1985). Es este proceso de afirmación de la dimensión biológica y la esfera individual el que expresa **E. Behring** cuando en 1893 (refiriéndose específicamente a Virchow) afirmaba que fue característico del pensamiento médico de principios de siglo XIX el asociar miseria y enfermedad en una relación causal. Para Behring los descubrimientos y procedimientos de R. Koch permitían estudiar las enfermedades sin desviarse en considerar problemas de orden social o político (Rosen,1985).

Como lo describen historiadores de la medicina como Dubos (1959), McKeown (1976) y Rosen (1985), más que la aplicación de estos descubrimientos, en el abatimiento de ciertos procesos transmisibles impactaron los nuevos niveles de nutrición y de higiene posibilitados por las condiciones económicas y la intervención del Estado en el control del ambiente. Sin embargo, el aparente éxito de este modelo en el control de las enfermedades infecciosas posibilitó un sustancial crecimiento en el prestigio, dominación y jurisdicción de la profesión médica (Dubos,1959. Freidson, 1970) que, a su vez, contribuyó a consolidar la hegemonía del modelo.

Entre 1880 y 1920 la construcción de esta hegemonía, sin embargo, **no eliminará conceptual ni operativamente la relación trabajo-enfermedad**. Esta irá quedando progresivamente relegada y marginada hasta **reestructurarse como relación estrictamente técnica**, y constituirse en objeto "propio" de una "especialización" a partir de los años veinte. En efecto, entre esos años se produjeron importantes avances en términos médicos y algunos resultados parciales de carácter normativo-legal en países europeos y los EEUU. Es más, esta producción médica se constituyó en principal sustento de los proyectos legislativos demandados por los trabajadores organizados.

Considerada parte de la higiene social, la higiene industrial se planteó como "la ciencia que estudia la preservación de la salud del personal de los establecimientos de la industria y el comercio" (Leclerc de Pulligny y Boulin, 1908). Entre otros destacan tratados generales como los realizados por **Hirt** en 1870 y 1881, **Napias** (1882), **Poincaré** (1886), el equipo dirigido por **Thomas Oliver** (1902, 1908) **Bronardell y Mosny** (1908) ¹¹. Las condiciones de trabajo serán planteadas por **T. Oliver** como un determinante social de la constitución somática de la población...

"En Francia como en Inglaterra, los médicos militares constatan una disminución constante del peso y de la circunferencia torácica en los conscriptos en los centros industriales. Si los fenómenos aparecen menos en los países en que la industria es más joven, como en Alemania, es porque los conscriptos no tienen detrás de ellos sino una sola generación de padres debilitados por la usina, en lugar de tener dos o tres" (Oliver, 1902)

Bronardell y Mosny propusieron "...leyes y reglamentos sobre higiene del trabajo(...) aireando los talleres, ventilándolos, sacando de ellos el gas y vapores tóxicos y los polvos" (Bronardell y Mosny, 1908). A la vez, pusieron especial énfasis en prevenir la fatiga, el surmenage

"Pero si(...) al sujeto no se le concede cada día sino un reposo para su trabajo normal, o si él se libra constantemente a un trabajo excesivo, cuyos efectos no es capaz de reparar el reposo normal, después de unos días de este régimen, se llega al estado de fatiga permanente, que se llama surmenage y que si éste se prolonga comporta graves peligros" (Bronardell y Mosny, 1908)

"el surmenage presenta el grave peligro de debilitar las defensas del organismo y entregarlo sin resistencia a los ataques microbianos que los amenazan de todas partes"

(Academia de Medicina de Francia, 1892) ¹²

La mayor parte de estos estudios, además de señalar la gravitación de accidentes de trabajo y enfermedades "profesionales", indicaron la duración de la jornada, el "trabajo penoso o excesivo", el trabajo nocturno ¹³, las sustancias químicas, como problemas a "prevenir" y "vigilar", también recomendaron la necesidad de una legislación del trabajo, de organismos de inspección fabril y la organización de servicios médicos en los centros laborales.

Desde 1910 trabajos específicos como los de Morrison y Goadvy comenzaron a marcar la tendencia, en 1912 publican **Intoxicación por plomo y su absorción**, con posterioridad Morrison estudió una serie de procesos patológicos entre ellos, las cataratas en los trabajadores del vidrio, el cáncer de piel de etiología industrial, la ictericia tóxica y las intoxicaciones por fósforo, arsénico y mercurio ¹⁴. También desde 1910 se crearon en Boston y Milán clínicas especializadas, desarrollándose grupos y centros de trabajo en el tema, pero fue en 1919 cuando la Escuela de Medicina de Harvard otorga por primera vez un diploma especializado en Higiene Industrial.

Mas allá de las diferencias hasta mediados de la segunda década prevaleció una clara acentuación discursiva en lo preventivo, proponiendo una acción estatal que trascendiera el marco normativo para enfatizar un papel regulador y fiscalizador. Al mismo tiempo que remarcaba la responsabilidad de los empresarios, restringía el papel de los trabajadores a la educación y "limpieza corporal".

Una acción legislativa focalizada en la regulación del trabajo de mujeres y menores, en la reglamentación de accidentes

y "enfermedades profesionales", orientada hacia la reparación en terminos monetarios fue en la mayor parte de los paises la respuesta estatal a las demandas de los trabajadores organizados, sobre todo en las dos primeras décadas de este siglo. Como sostiene Berman para los EEUU

"...las demandas de seguridad y compensaciones no alcanzaron una amplia expresión legislativa hasta que las grandes empresas se sintieron lo suficientemente presionadas a crear sus propias políticas para manejar el problema y calmar el clamor del pueblo por la matanza en los lugares de trabajo" (Berman,1983:31).

Admitiendo la lucha económico-social y política que supone todo proceso legislativo, y que su resultado concreto es fruto de un proceso de negociación en el marco de una relación de fuerza dada, es evidente que en los términos en que se realiza discursiva y practicamente esa lucha, en los modos particulares de definir los ejes y en las estrategias desarrolladas por los actores, pesan modos de interpretar tanto los problemas de salud-enfermedad de los trabajadores, como su solución.

Propongo entonces, que la institucionalización de una visión hegemónica, predominantemente biologista e individualista de la enfermedad, no elimina la relación trabajo-salud. Por lo contrario, desde las propias bases de sustentación del modelo -su propia lógica interna positivista- este proceso irá reestructurando conceptualmente esta relación. En primer término, a partir de mantener compartimentada la concepción de "higiene social" como una rama más, sin incorporar sus aportes al desarrollo teórico-operativo de la medicina asistencial/reparatoria dominante. Progresivamente, a partir de mediados de la década del veinte restringirá sus alcances en la "higiene industrial", para en el marco del desarrollo y expansión de un nuevo modo de organizar el

trabajo, constituir una visión predominantemente técnica, que independizó las acciones de seguridad y control ambiental de la práctica médica.

El modelo tendió así a parcializar, a escindir el problema de la salud de los trabajadores a través de dos vías: la de la "atención médica" y la de los "riesgos del trabajo".

Desde la primera, la enfermedad es desvinculada del trabajo como "enfermedad general o natural", sin historia, sin determinaciones sociales. La condición de trabajador entonces puede ser desplazada a la de consumidor, al estilo de vida, a los valores y creencias y remitida al ámbito "privado" de las prácticas individuales. Desde la segunda, la vinculación con el trabajo se concreta a través de la ya analizada concepción de los "riesgos laborales", en una práctica que va desde ciertas acciones de control sobre el ambiente a los mecanismos predominantes de indemnización monetaria (Laurell, 1989:11).

A fines de los veinte y comienzo de los treinta la expansión industrial, los requerimientos de productividad, los cambios en la organización y división del trabajo y la regulación de la modalidad de relaciones laborales resultante requieren de respuestas científicas institucionales, tal como lo exigía la "concepción científica del trabajo" (Coriat, 1985; Aglietta, 1986). Recién en ese período y en el marco de la división del trabajo de la producción científica, es que se conforman ramas disciplinarias específicas cuyo objeto remite a la relación trabajo-salud. Pero, y esto considero es fundamental, no sólo se escinde la "atención médica" del estudio de los "riesgos del trabajo" sino que, en un doble movimiento el campo se desestructura reclamado por dos disciplinas, la medicina y la ingeniería.

En efecto, la mayor parte de los manuales adjudica el desarrollo institucional de la medicina del trabajo al impulso de la creación de la Organización Internacional del Trabajo -OIT- en 1919; en 1929 el Congreso Internacional de Lyon adoptó la designación de Medicina del Trabajo para comprender a la fisiología, la higiene y la patología del trabajo.

En la ingeniería, el movimiento de seguridad industrial reconoce una primera etapa que cubre aproximadamente las décadas del veinte y treinta, centrada en la consideración de los factores mecánicos y ambientales relacionados con la productividad y la organización "...nace el ingeniero de seguridad" (Ruiz Salazar, 1966). En una segunda etapa a partir de los cuarenta, el énfasis en la seguridad incorpora el concepto de "factor humano" como determinante de la producción de accidentes de trabajo. Esta noción está claramente presente en el concepto de "actos peligrosos" y en la importancia atribuida a las acciones de instrucción y supervisión que fundan las tareas del ingeniero de seguridad.

Ciertos logros en el mejoramiento de las condiciones higiénicas y sobre todo ambientales del trabajo, como la detección y control del ruido, la reglamentación de los niveles de concentración ambiental para sustancias químicas, las condiciones de iluminación, la temperatura en los centros de trabajo, unido al desarrollo de dispositivos de seguridad en la tecnología, aportaron una apariencia de eficiencia que contribuyó a la consolidación institucional y a la aceptación por parte de los trabajadores como modelo de "prevención" y corrección.

Desde ahí, la medicina laboral quedará posicionada en la esfera institucional como sustento científico de la normativa jurídica y del accionar fiscalizador del Estado, y como primer

nivel de atención o recurso de primeros auxilios frente a accidentes o enfermedad en el trabajo. Respecto de los trabajadores se configurará en instrumento de doble carácter:

- a) "patronal" de control de ausentismo y de rápido reintegro a la tarea productiva;
- b) de medición de la proporción del daño -"incapacidad"- en la disputa legal para la reparación monetaria.

Es por estos rasgos que, aquellas formulaciones contenidas en la legislación o en recomendaciones internacionales, que enfatizan lo preventivo en torno de las condiciones del ambiente de trabajo o el control sistemático del estado de salud de los trabajadores, resultan sólo fenómenos discursivos subordinados a la acción reparatoria legal. Visto de manera más amplia, esto se vincula con las políticas de salud en las que el énfasis ha estado puesto en la organización de la atención médica a través de los servicios de salud y en la acción reparatoria no preventiva (Menéndez, 1986)

A partir de finales de los años sesenta y principios de los setenta, en el propio campo médico comienzan a manifestarse críticas a aspectos importantes del modelo. El progresivo reconocimiento de "factores" que no pueden encuadrarse entre aquellos de carácter exclusivamente técnico-ambiental, centrará fundamentalmente el esfuerzo en:

- la clasificación de "riesgos", que conducirá a proponer incluir junto a aquellos de tipo físico, químicos, biológicos o ambientales, los "factores psicológicos, culturales y sociales" ampliando la visión del "riesgo laboral" (Marcoux, 1982)

En una nueva vuelta de tuerca para la responsabilización de los trabajadores de sus enfermedades o accidentes de trabajo, los procesos psicológicos serán reducidos a la "estructura de la personalidad", a rasgos o mecanismos innatos de la "conducta".

"Lo cultural" por otra parte, será remitido a los "niveles de educación" y a los "hábitos" desarrollados por el estilo de vida, que abarcaría las prácticas de higiene, de alimentación, o adicciones como tabaquismo o alcoholismo. Consecuencia de esta definición es la propuesta de incluir ciertas condiciones de vida (vivenda, composición familiar, etc) para la consideración de los "aspectos sociales".

- el enfoque unicausal del riesgo, para discriminar entre "riesgos específicos" de algunos medios de producción y aquellos "efectos patológicos" producidos por la interrelación de "factores". Correlativamente, la distinción entre "enfermedad específica" y "enfermedad inespecífica".

Otro aspecto de innovación lo constituyen los intentos de superar la clásica distinción entre medicina laboral y salud pública a la que se había adjudicado el ocuparse del

"hombre ...en relación con su ambiente en sociedad, fuera del lugar de trabajo, y en el que factores tales como la contaminación del aire y del agua, el ruido, la nutrición e infecciones pueden influir en su salud" (Méndes, 1982)

En esta perspectiva, se propone resolver las dificultades mediante la distinción entre **salud ocupacional**, como "salud pública dirigida a los trabajadores en comunidad (un establecimiento de trabajo, una región, una rama específica de actividad, etc.)" y **medicina laboral** circunscripta al trabajador "como individuo" y por tanto a los aspectos clínico-asistenciales (Marcoux, 1982)

Estas innovaciones no pueden interpretarse sino como reacomodamientos del modelo y, a nuestro criterio, deben ser vinculados a:

- su evidente crisis desde finales de los sesenta, en relación con el creciente deterioro de las condiciones de salud de los trabajadores, drásticamente puesto de manifiesto en el aumento de la mortalidad por accidentes de trabajo y en la frecuencia e incidencia de enfermedades laborales (Ricchi,1981, Berman,1983, Laurell,1986).

- en este marco, las demandas de organizaciones sindicales, los procesos de presión/negociación de los que resultan informes, recomendaciones y convenios de la Organización Internacional del Trabajo -OIT-, la acción más radical de trabajadores en algunos países como la del movimiento político sanitario italiano que replanteó e hizo converger las prácticas obrera y médica en función del control por parte de los trabajadores de sus condiciones de trabajo. Procesos que tornan más evidente a la vez que profundizan de manera dispar esta crisis.

- el desarrollo creciente de posiciones abiertamente críticas al modelo hegemónico y a la elaboración de propuestas conceptuales y metodológicas desde las ciencias sociales.

Visto en su historicidad, consideramos válido aplicar al modelo de higiene, seguridad y medicina laboral algunas de las conclusiones de Freidson (1970:83) para la profesión médica en general: su reputación no debe ser vista sólo como resultado de logros reales sino como producto de un proceso de negociación, persuasión y, sobre todo, del manejo de intereses desde relaciones de poder. Así el modelo ha reclamado jurisdicción sobre la salud-enfermedad de los trabajadores y todo lo que le es relativo, independientemente de su capacidad efectiva de dar respuesta en la prevención, identificación y reparación de procesos de desgaste y daño. Mas allá del rol jugado por la ingeniería industrial en el funcionamiento del modelo, esto no es sino expresión de un proceso que cristalizó a la medicina como el agente reconstitutivo central en nuestra sociedad (Conrad, 1986).

NOTAS

1. Gramsci y en particular su concepción de hegemonía ha sido invocada como fundamentación de propuestas políticas concretas orientadas a la participación parlamentaria o en el poder ejecutivo de países europeos. También la apropiación de los conceptos gramscianos, en particular éste, ha sido importante en ámbitos académicos de izquierda en Inglaterra y en menor medida en los EEUU. Ya desde 1964-65 *The New Left Review* inició un debate sobre la problemática política inglesa utilizando estos conceptos en un proceso que progresivamente implicó la aplicación a trabajos de carácter histórico y al análisis de la cultura y la ideología. Ver Anderson, 1983.

2. Sus antecedentes pueden encontrarse en los planteos de Plejanov en torno de la necesidad de la lucha no solo económica entre trabajadores y patrones, sino política contra el zarismo. Mas adelante Axelrod, en una carta a Struve en 1901, usaba el término "gegemoniya" refiriéndolo a la lucha política que debía realizar la socialdemocracia rusa contra el "absolutismo" (Anderson, 1983)

3. "...la clase, en la medida en que renuncia a la idea de hegemonía o no la toma en consideración, no es una clase, o no es todavía una clase, sino un gremio, o la suma total de varios gremios ..." Lenin, V. *Obras Completas* vol 17. pp 232-2333.

4. Nos referimos a los Congresos de la Internacional en particular al IV Congreso de 1922. Ver Anderson, 1983.

5. En el análisis de las clases sociales ha predominado la tendencia de centrar en el nivel de la producción-acumulación de capital. En algunos de estos análisis las clases aparecen como dadas, como emergencia (Poulantzas, N: *Las clases sociales en el capitalismo actual*. Siglo XXI. México, 1976), otros han privilegiado su posición en la producción por sobre las relaciones o el proceso de formación, planteando una definición estructural de clase (Cohen, G. *La teoría de la historia de K. Marx, una defensa*. Siglo XXI, Madrid, 1981).

Al focalizar el análisis en una categoría ocupacional: los trabajadores gráficos he querido evitar un enfoque economicista, también me preocupa sustraerme a una óptica esencialista de clase obrera que ha llevado a presuponer una misión histórica. Por eso parto de un concepto de clases sociales como categorías históricas constituidas desde las relaciones sociales de producción, incluyendo tanto las condiciones históricas concretas de las modalidades de los procesos de trabajo, como "...el nivel de la circulación-reproducción para dar cuenta de sus especificidades. Es en este nivel que se encadenan los fenómenos de producción y poder, adquiriendo entonces las clases un carácter dinámico, fragmentario y dúctil. Su papel en la circulación las divide en fracciones diversas, el proceso de reproducción las conecta en su diálogo de poder y la lucha política expresa sus recomposiciones" (Villarreal, J. 1987:221).

6. Tampoco pretendemos efectuar un análisis histórico de la construcción del modelo, la información que presentamos en la última parte de este capítulo, responde al objetivo metodológico de establecer un marco histórico de referencia para encuadrar los rasgos actuales del modelo y sobre todo, cuestionar la naturalización que el mismo modelo efectúa. Es de alguna manera un ejercicio que lo muestra en su historicidad

7. B. Ramazzini. *Diatriba de morbis artificum*, 1701

8. En Inglaterra el movimiento por reformas, la oposición a la Ley de Pobres, el movimiento sindical y el cartismo entre 1829 y 1849. Para un análisis de las demandas obreras durante el siglo XIX ver entre otros Dolléans, E *Historia del Movimiento Obrero*. Eudeba. BsAs, 1960. 2 vol
Hobsbawm, E. *Trabajadores. Estudios de historia de la clase obrera*. Crítica, Barcelona, 1979

9. Leubuscher, R. "Zur Reform der Sanitatzpolizei" **Die Medicinische Reform**, julio 1848, pp.11-12. 47-49 Citado en Rosen, 1985:86

10. Esta ley establecía la admision laboral a los 8 años y la jornada de 8 horas para los niños de hasta 12 años. Ver Boisselier, 1976.

11. Hirt publica el **Tratado sobre enfermedades del trabajo** (1870) y el **Tratado sobre higiene del Trabajador** (1881); Napias **Hygiene industrial** (1882) y Poincaré **Tratado de Higiene Industrial** (1886); a principios de siglo un equipo dirigido por Thomas Oliver publicó la obra **Ocupaciones peligrosas** (1902) y **Enfermedades propias de la ocupación** (1908) Ver: Esqueda Calderon, M y Chiang Salcedo. "Breve Reseña de los antecedentes de la Medicina del Trabajo". **Lecturas en Materia de Seguridad Social. Medicina del Trabajo**. IMSS. México 1982

12. Dictamen de la Academia de Medicina de Francia, 1892. Cit por Cc. Roldan Verges: **Higiene Industrial. La salud del obrero en el taller** Boletin del Departamente Nacional del Trabajo No 4, mayo 1908

13. *"Es sobre todo fatal a la salud de las mujeres. En este regimen ellas se adelgazan, anemian y muy pronto todos los transtornos que trae aparejado el empobrecimiento de la sangre se suceden y se encadenan, al mismo tiempo que su vista se debilita y se altera por...largas horas a la luz vacilante del gas. Cuando son madres su leche se agota... la supresión del trabajo nocturno para las mujeres, pues él afecta a las poblaciones obreras en su misma fuente, debilitando a las madres de familia"*. Bronardell y Mousny, 1908

14. Ver entre otros:

Brian, E. **Historia de la Medicina**. Ediciones Grijalbo Barcelona -Mexico,

Boccia, D. **Medicina del trabajo**. Ed. Alfa, BsAs, 1953

Sigerist, H. **Civilización y Empleo**. Fondo de Cultura Económica, México, 1958

Kaplan, J. **Medicina del Trabajo**. Ed. Ateneo. BsAs, 1970.

Berlinguer, G. **Medicina y Política**. Ed. Cuarto Mundo. BsAs, 1975

Capítulo 4

HEGEMONIA Y SALUD DE LOS TRABAJADORES (b) Intervención estatal en Argentina y funcionalidad. del modelo

Continuamos el tratamiento de la construcción hegemónica de la salud-enfermedad de los trabajadores a través de una revisión histórica de la intervención estatal en materia de trabajo y salud en nuestro país. Analizamos esta intervención en las políticas laborales y en las políticas de salud ¹, la revisión no será exhaustiva estará focalizada en los aspectos que consideramos más significativos en relación con los trabajadores

Las políticas laborales incluyen tres tipos de resortes institucionales: -la legislación del trabajo que define condiciones de trabajo, de contratación, despido, sistema de remuneraciones, relaciones laborales, etc. -Las estrategias de política laboral, o sea aquellas medidas, programas, disposiciones de los gobiernos referidas al empleo, la calificación, la captación de fuerza de trabajo, etc. Y, -la acción fiscalizadora a través de los organismos de control y punición.

En el marco de las políticas de salud, interesa atender a aquellos mecanismos que permiten a los trabajadores contar con un ingreso en caso de inactividad forzada por enfermedad, vejez, desempleo, etc. comprendidos en la seguridad social. Es relevante atender al lugar ocupado por la problemática de salud y trabajo en los servicios de atención médica, los programas de prevención y la formación de recursos humanos.

Estas políticas han sido analizadas como instrumentos de regulación social, de control de la conflictividad y de legitimación de las estructuras de poder. Pero no son los únicos, el Estado dispone además de otros recursos de regulación y control de carácter coercitivo, y en particular de la represión durante los regímenes autoritarios

Mi punto de partida es que las políticas en la materia, son un resultado de la lucha social, que no sólo depende de los requerimientos de mano de obra según las modalidades del proceso de acumulación de capital, y de las estrategias ² en relación al uso de la fuerza de trabajo y al valor asignado al consumo de los trabajadores en el mercado interno. Debe considerarse a la vez, otros procesos políticos e ideológicos, referidos a las modalidades organizativas y de acción de las distintas fuerzas, las formas políticas con que se dirige la conflictividad, el estado de correlación de fuerzas y los modos de interpretación, los objetivos definidos y las propuestas de solución que las distintas fuerzas sociales logran articular en cada momento histórico.

Desde ahí, sostengo que:

a) la acción estatal en materia de trabajo y salud en cada período se realiza desde los modelos de interpretación,

categorización y legitimación hegemónicas. Este proceso de construcción organiza y reestructura las categorías médico-técnicas desde la higiene social e industrial a la medicina del trabajo, incorporando los desarrollos de la ingeniería industrial;

b) como efecto del modelo, el eje de la intervención estatal ha estado colocado en el ámbito normativo-jurídico de la legislación laboral, a expensas de los otros niveles de intervención (promoción o prevención, formación de recursos humanos, asistencia o reparación).

Desde ahí cerramos este capítulo con una discusión sobre la funcionalidad del modelo hegemónico de higiene, seguridad y medicina laboral.

Acción estatal y salud de los trabajadores

Las características y modalidades de la intervención estatal permiten distinguir tres grandes períodos. Durante el primero, de 1880 a 1940, se inician intentos aislados y parciales de regulación de algunas ramas de la actividad consideradas "insalubres", de protección sobre segmentos de la población trabajadora -mujeres y menores-, y de aspectos conflictivos del trabajo como los accidentes. El segundo de 1940 a 1976, inaugura y consolida un sistema de intervención y protección social, articulado a posiciones de poder de los sindicatos, aun cuando desde 1955 se suceden distintos intentos de eliminación e integración de éstos. El tercer período, de 1976 en adelante, inicia la eliminación de la protección del trabajo.

**-1880-1940 Los inicios de la intervención estatal:
represión y protección**

Las primeras acciones estatales se encuentran en las tareas de "higiene" en las "industrias", como parte de las acciones públicas cuyo objetivo era **vigilar** las condiciones generales de higiene y salud de la población. A fines del siglo pasado la salud pública constituía un asunto de **orden, vigilancia y disciplinamiento de la población**, responsabilidad por tanto del Ministerio del Interior. En este ámbito se creó en 1880 el Departamento Nacional de Higiene. A partir de 1892 en la ciudad de Buenos Aires la responsabilidad de "inspeccionar las industrias" de este Departamento entra en competencia con las funciones asignadas a la Administración Sanitaria y Asistencia Pública (Ordenanzas y resoluciones, 1892:39).

Las acciones serán prácticamente inexistentes pese a que, desde la década de los noventa, comiencen a ser objeto de demandas por las asociaciones de trabajadores y los centros de activismo político. Efectivamente, el programa del acto del 10 Mayo de 1890 de la Federación Obrera, fundada en ese año, incluía como primera reivindicación la jornada de ocho horas, a la que seguían la prohibición del trabajo de menores de catorce años, y la jornada de seis horas para menores de dieciseis años; la abolición del trabajo nocturno salvo rigurosa necesidad; la prohibición del mismo para mujeres y menores de dieciocho años; el descanso dominical no interrumpido para todos los trabajadores de treinta y seis horas semanales; la prohibición de trabajos y sistemas de fabricación perjudiciales a la salud de los trabajadores; la inspección de talleres y fábricas por delegados remunerados por el Estado, etc. Este programa se concretó en un petitorio elevado al Congreso el 25 de julio de 1890, y se reiteró al Ministro del Interior E. Zeballos, el 10 de Mayo de 1892 (Godio, 1987)

Tampoco la acción estatal responderá al nivel de formulación conceptual ni a las recomendaciones "higienistas" que tuvieron como principales expositores a médicos de ideología socialista. Aun cuando algunos de ellos ejercieron cargos públicos en el área de la salud, la asistencia social, la regulación y fiscalización del trabajo. En 1897 **Telémaco Susini**, director de la Asistencia Pública, señalaba que ni los recursos disponibles ni las herramientas legales eran suficientes y planteaba...

"Si se trata de evitar una causa de insalubridad o de peligro o de molestia para el vecindario, es menester evitar tambien al operario las causas que ponen en peligro su vida o que se la acortan, porque se le suministra un aire insuficiente o irrespirable, gases o polvos nocivos, porque ejecuta un trabajo más fuerte o más prolongado que el que su salud o sus fuerzas pueden permitirle; debe velarse porque las mujeres y los niños sólo sean ocupados en tanto le permite su organismo y sin perturbar las funciones que se desempeñan en el mundo, porque en la lucha entre el propietario del establecimiento que desea obtener el mayor producto posible de los factores capital y obrero a expensas de este último, debe intervenir la autoridad para proteger rodeando a aquél de las garantías que necesite. (...) las cuatro quintas partes de los enfermos crónicos de los hospitales son invalidos por el trabajo que busca en éstos, asilo o alimento y no remedio para sus enfermedades" (Cit.Giménez,1901:16)

La tesis de medicina de **Angel Giménez** de 1901, "Consideraciones de higiene sobre el obrero en Buenos Aires", constituye una clara muestra del pensamiento higienista de base socialista ³. En la introducción, siguiendo la concepción de "agentes mórbidos", enfatiza la relevancia de las condiciones de vida y de trabajo en la producción de la enfermedad, define el

carácter colectivo-social de la unidad de análisis y propone a la "higiene pública" como rama de las "ciencias médicas"...

"A medida que las ciencias médicas han ensanchado su campo de observaciones, y generalizado su acción sobre las fases que muestra la vida del hombre en sus relaciones con la enfermedad y con la muerte, se ha definido cada vez más este concepto que hoy puede servir de base a todos nuestros conocimientos sobre etiología y profilaxis: las condiciones higiénicas del medio en que el hombre vive y trabaja son el sustractum en que evolucionan las enfermedades. En un ambiente higiénico los agentes mórbidos no pueden ejercer su acción con la misma actividad que en un ambiente antihigienico. Y este principio aplicado por las colectividades sociales es estudiado por la rama de las ciencias médicas más útil: la higiene pública"
(Giménez, 1901:13)

El autor prioriza la relación entre condiciones de vida y trabajo colocando al salario como central

"... con el pretexto de una libertad de trabajo, que no existe, entrega su fuerza, su salud, su vida, por un salario que no le permite vivir en las condiciones exigidas por la fisiología y la higiene"(Ibíd.p.14)
"...el salario es el índice económico de las necesidades que el organismo del obrero, debe llenar para reparar el desgaste que le produce el trabajo. El es variable en los diversos pueblos y en las distintas épocas, pero en general, (...) es el que determina las condiciones de higiene privada porque de él dependen que la casa, el alimento, el vestido, etc, reúnan las condiciones higiénicas compatibles con la conservación de la energía fisiológica" (Ibíd.p.23)

La tesis consta de dos partes, la primera "El Obrero en Buenos Aires" describe las condiciones de vida:

"-Las condiciones de vida - Profesiones- Salarios- Escases de Trabajo - Presupuesto de un obrero - La alimentación - Los inquilinatos - Morbilidad y Mortalidad"

La segunda está dedicada a "El Trabajo":

"-Las fábricas -Estadística - Clasificación - Insalubridad exterior e interior - La jornada de trabajo - El trabajo nocturno - El descanso semanal - Diversas causas de insalubridad - El trabajo de la mujer y el niño- Los accidentes en el trabajo".

Giménez desarrolla el fundamento "fisiológico e higiénico" de una jornada laboral no mayor de ocho horas y la necesidad del descanso dominical para "reparar las pérdidas causadas por el trabajo"...

"Pettenkofer y Voit por diversas experiencias han demostrado, que un hombre sometido a una fatiga sufre diariamente pérdidas que no pueden ser compensadas por el reposo nocturno, y prueban que cada día de la semana produce un déficit en el intercambio material, siendo éste mayor en los últimos días de la semana, necesitándose un día entero de descanso para restablecer el equilibrio de la propia economía. El establecimiento de 36 horas seguidas de descanso por cada 6 días de trabajo, sería un complemento razonable de estas conclusiones" (Ibíd.p.47).

Enfatiza el requerimiento de la intervención estatal en lo normativo y regulador proponiendo una "legislación higiénica protectora del trabajo industrial"...

" Nuestras leyes que garanten con todo cuidado la propiedad y protegen hasta los mismos animales contra castigos o cargas exageradas, no tienen ninguna disposición en defensa de la parte más útil y laboriosa de la sociedad: el obrero" (Ibíd)

Esta legislación debía reglamentar la jornada laboral de ocho horas para los adultos y de cuatro horas para los menores entre catorce y dieciocho años, prohibir el trabajo femenino y de menores en actividades "insalubres", así como crear una "oficina de inspección y estadística del trabajo" -una de cuyas tareas debía ser la de realizar una clasificación de industrias según su grado de salubridad-. Esta normativa debía complementarse con el "mejoramiento de la condición social de la clase trabajadora" a partir de medidas sobre el salario, la vivienda, la educación "preparándolo (al obrero) para una vida cada vez más humana".

Desde finales del siglo pasado, si bien el Estado dio algunos pasos relacionados con la salud de la población -la creación del Departamento Nacional de Higiene es un ejemplo- el trabajo careció en términos generales de legislación y de órganos específicos de regulación. La acción normativa se limitó a reglamentaciones municipales y provinciales para algunas ramas de actividad y a escasas leyes de carácter puntual sobre aspectos como el trabajo de menores y mujeres. Así, en 1887 se dictó el Código de Minería cuyo artículo 288 impedía el trabajo de niños y mujeres, y en su artículo 283 proponía condiciones mínimas de higiene en las tareas. Con esta reglamentación como antecedente, se presentaron una serie de proyectos, en 1894 el de Aberastury al Departamento Nacional de Higiene que proponía clasificar y efectuar estadísticas de las industrias insalubres, el de Penna y Coni sobre el trabajo de mujeres y menores y en 1904 el proyecto de Ley Nacional del Trabajo o Código de Trabajo. Ninguno logró aprobación parlamentaria.

El proyecto de Código de Trabajo en cuya primera elaboración participaron profesionales socialistas ⁴, constituye un ejemplo de regulación laboral que articula el reconocimiento de derechos con restricción a la actividad gremial. Entre los sectores hegemónicos en el Estado comenzaba a percibirse que la política represiva no era incompatible con la preocupación por la entonces denominada "cuestión social" y la creciente conflictividad de las relaciones laborales. Por el contrario, ésta debía ser su complemento imprescindible. En efecto, el proyecto era consecuencia de la puesta en marcha de los considerandos de la Ley de Residencia (Ley 4.144 de 1902) en los que se afirmaba la necesidad de

"... un estudio de la situación de las clases trabajadoras en el país y la preparación de un proyecto de ley que tuviese por propósito eliminar, en lo posible, las causas de la agitación" (Ley 4.144)

La investigación fue responsabilidad de Joaquín V. González, Ministro del Interior en la presidencia de Roca, quién encargó a Juan Bialet-Massé ⁵ un estudio sobre la situación obrera en el Interior del país. El informe, publicado en 1904, describió de manera relacionada las condiciones de trabajo y de vida de trabajadores urbanos y rurales, incluso de grupos indígenas. En una labor casi antropológica recorrió el interior del país, realizó observación en cada lugar y entrevistas, incluyendo el testimonio de los trabajadores. Su resultado constituye un documento único no sólo para la época.

Retomando el proyecto de Código, un conjunto de artículos reconocen reivindicaciones y derechos obreros sobre todo lo relativo a la jornada de trabajo de ocho horas. El título XI se refería a las condiciones de higiene y seguridad en el desarrollo y ejecución del trabajo, establecía normas de higiene para los

trabajadores a domicilio, reglamentaba y disponía un mayor control estatal sobre las acciones patronales en lo referente a sanciones y despidos y legalizaba la práctica de convenios colectivos de trabajo.

Al mismo tiempo establecía una normativa represiva sobre la organización y la acción obrera. Por el artículo 397 las empresas podían apelar a rompeshuelgas o a la policía; el 409 autorizaba a la policía a disolver por la fuerza manifestaciones obreras; el 411 permitía desterrar a los que participaran de huelgas en sectores considerados estratégicos como los ferrocarriles, puertos; el 412 autorizaba a allanar locales de reunión, etc.

Sin embargo, como la discusión parlamentaria y la no aprobación final del proyecto puso de manifiesto, los sectores hegemónicos evidenciaban notorias dificultades en compatibilizar "cuestión social" y represión. El proyecto fue rechazado por los conservadores, por su parte la Unión Industrial Argentina desarrolló una importante propaganda en contra, coincidiendo en repudiar cualquier tipo de legislación que reconociera derechos obreros. La UIA no quería que el Estado diera continuidad a estos derechos al legalizar las conquistas obreras. Así en una carta de fines de 1904, entre otras consideraciones para rechazar el proyecto, afirmaba que la jornada de ocho horas traería como consecuencia la "...disminución en la producción" y "un aumento de los costos de producción" (Cúneo, 1965). Estas fuerzas aceptaban los artículos represivos ya que consideraban que el Estado debía legislar sólo sobre este tipo de aspectos. En el movimiento obrero las posiciones estuvieron divididas, mientras la corriente socialista expresada en la UGT se opuso al aspecto represivo, promoviendo la sanción de derechos laborales, los anarquistas rechazaron el proyecto en su conjunto (Panetieri, 1967)

Recién en 1905 **Alfredo Palacios**, único diputado socialista, logró la aprobación de la ley del descanso dominical, aunque sin retribución alguna en su sanción definitiva ⁶. Esta puede ser considerada la primera muestra de un contradictorio reconocimiento legislativo de las demandas obreras por parte de los sectores hegemónicos, en una tendencia con antecedentes en Europa.

Durante la primera y segunda década, si bien lo dominante es la respuesta represiva, el Estado va dando algunos pasos en la reglamentación de condiciones de trabajo, en la regulación de las relaciones laborales y en la creación de organismos de fiscalización, que intentan reducir la "conflictividad social". En 1907 se crea el Departamento Nacional del Trabajo (Ley 8.999) dependiente del Ministerio del Interior, con funciones de regulación de las relaciones laborales, fiscalización y control de las condiciones sanitarias de trabajo. A. Giménez, A. Bunge, A. Palacios y otros profesionales de origen socialista tuvieron cargos o fueron asesores en éste y otros organismos de trabajo y de salud.

En 1910 **Bunge** publicó "Las conquistas de la higiene social", informe presentado en su calidad de médico del Departamento Nacional de Higiene. En 1911 se hizo cargo de la dirección de la recién creada Sección de Higiene Industrial y Social, del Departamento Nacional de Higiene. Entre las funciones se encontraban las de inspeccionar y verificar el cumplimiento de disposiciones legales relativas a la higiene en las industrias, el asesoramiento y formulación de propuestas sanitarias y la elaboración de instrumentos de aplicación. Las tareas se efectuaban a solicitud o en coordinación con el Departamento Nacional de Trabajo. Ambos organismos realizaron inspecciones conjuntas y participaron en reglamentaciones del trabajo.

Resultado de esta labor fue la Ley 5.291 de 1908 que estableció la jornada legal de trabajo para mujeres y menores, prohibió para ambos el trabajo nocturno y en aquellas ramas de actividad consideradas "insalubres". En 1915 se incorpora una legislación específica en accidentes de trabajo y "enfermedades profesionales", la Ley 9.688 de "Responsabilidad de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales", en cuya reglamentación participaron de conjunto el Departamento Nacional del Trabajo y el Departamento Nacional de Higiene. Su principal aplicación ha sido la indemnizatoria por accidentes a partir de la evaluación de la gravedad de la pérdida, o el grado de incapacidad resultante según valores establecidos para el cuerpo obrero, sus partes y sus funciones. Entre las "enfermedades profesionales" se reconocía patologías como el saturnismo, cuprismo, hidrocarburo, dermatosis, anilismo, etc.

A partir de 1916 el Departamento Nacional de Higiene pasó a formar parte de la Sección Escolar, su actividad venía decayendo desde 1911. Mientras en ese año se habían inspeccionado 1.411 fábricas y talleres que ocupaban aproximadamente 50.000 trabajadores, en 1916 en cambio se registró una sola inspección a pedido del Departamento Nacional de Trabajo (Boletín del DNT, 1917).

El **gobierno radical de H. Irigoyen** no importó cambios significativos en la modalidad de intervención estatal, aún cuando produjo cierto impulso a la legislación obrera, sobre todo en lo relativo a sancionar la obligatoriedad de la legislación ya establecida (accidentes de trabajo, construcción de vivienda barata). Este impulso sin embargo no retaceó la respuesta represiva a la demanda y movilización obrera '.

Durante la década del veinte se sancionan una serie de leyes

que reglamentan aspectos sanitarios del trabajo en algunas de las ramas de actividad, así la Ley 11.127 (1921) prohibió la fabricación de fosforo blanco o amarillo; la Ley 11.317 prohibió el trabajo de mujeres y menores en tareas y ramas de actividad con "peligros tóxicos"; la Ley 11.338 de 1926 prohibió el trabajo nocturno -21 a 5 horas- en la actividad panadera. Una serie de Decretos eliminaron en las obras públicas el uso de pinturas a base de plomo y regularon los trabajos por pulverización. La más importante por su alcance fue la Ley 11.544 del año 1929 que reglamentó la jornada de trabajo y fijó una jornada reducida (seis horas) para tareas insalubres y horarios nocturnos. Reivindicación largamente demanda por el movimiento obrero desde la sanción de la Ley 5.291 de 1908.

Visto en general, desde principios de siglo y hasta el derrocamiento de Irigoyen en 1930, el Estado combinó la represión con la regulación de aspectos parciales de las condiciones de trabajo, relacionados con los requerimientos de fuerza de trabajo y de preservación de la misma o de la población. La acción estatal centrada en lo legislativo fue una respuesta parcial a conflictos declarados o a demandas solicitadas desde largo tiempo por los trabajadores

Con el **golpe de Uriburu**, las políticas de la alianza de fuerzas militares y conservadoras resultaron para los trabajadores no sólo en desempleo y en caída de salarios, sino que implicaron una fuerte represión y pérdida de conquistas laborales. Sin embargo, a partir de las elecciones de 1931 comienza legislarse entre otros el descanso de la tarde del sábado ^o, en 1934 la Ley 11.933 de protección de la maternidad, y en 1935 la Ley 12.205 o "ley de la silla" que obliga a proporcionar asientos al personal de comercios e industrias para utilizarlos en intervalos o en el

mismo tiempo de trabajo. Los diputados socialistas en el Congreso tuvieron un decisivo peso en esta legislación (Matsushita, 1987)

Más importante aún es el rol mediador y de arbitraje en los conflictos laborales, así como la función de legitimar los convenios colectivos que el Estado comienza a desempeñar (Del Campo, 1983). En el marco de un creciente intervencionismo económico comienza a configurarse una modalidad que se consolidará a partir de la década de los cuarenta: el rol activo del Estado en la regulación del mercado de trabajo y la negociación colectiva entre los sindicatos y las cámaras empresarias como forma política de dirimir la conflictividad.

También durante este período, el ámbito médico universitario reveló una intensa actividad. En 1934 Donato Boccia creó la primera cátedra de Medicina del Trabajo de América del Sur, también en ese año se difunde por primera vez la "Enciclopedia de Higiene, Patología y Asistencia Social" de Oller, editada por la Organización Internacional del Trabajo. Como resultado de esta actividad un año después, en 1935, se fundó la Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo, que se proponía "*...luchar por la salud y seguridad de trabajadores y deportistas entendiendo con ello promover al bienestar social*"¹.

La revista editada por la Sociedad inició una "campaña educativa" en lugares de trabajo, y de "asesoramiento médico jurídico gratuito a dirigentes gremiales e industriales". En la misma publicación se sostenía...

"Queremos estudiar los problemas más urgentes e importantes que se le plantean al industrial en nuestro país, teniendo en cuenta muy especialmente, las características geográficas de cada zona y las condiciones físicas de los hombres que la habitan. Para

ello nos proponemos fundar el Instituto de Investigación Científica del Trabajo" ¹⁰

Dos publicaciones sentaron las bases de la medicina del trabajo en Argentina, en 1937 *Las enfermedades Profesionales* de O. Rodríguez y en 1938, *Medicina del Trabajo* de D. Boccia. En este marco en 1939 se realizó el Primer Congreso Nacional de Sociología y Medicina del Trabajo.

-1940-1976 La protección social del trabajo

Recién en la década de los cuarenta, más precisamente desde 1943 ¹¹ el Estado comienza a desarrollar una política social y laboral que cubre no sólo los niveles legislativos y fiscalizadores, sino la promoción de ámbitos de formación e investigación. Las acciones se moverán en varias líneas confluyentes.

- En primer término, se crearon organismos de regulación de las condiciones de trabajo. En 1943, la Secretaría de Trabajo y Previsión Social dependiente de la Presidencia de la Nación definía como propósitos de intervención los "aspectos del trabajo humano relacionados con la salud, la integridad física de los trabajadores" (*Medicina del Trabajo*, 1974:78). En 1944 se organizaron los Tribunales del Trabajo; en 1945, el Ministerio de Trabajo; y, en mayo de 1946, la Dirección Nacional de Salud Pública creó la División Medicina del Trabajo que cubría las secciones de Higiene Industrial y Patología del Trabajo, Traumatología, Licencias Médicas y Juntas Médicas.

- En segundo lugar, entre 1946 y 1955 se sancionaron diversas leyes generales del trabajo y de organización de la actividad

gremial (Ley de Asociaciones Profesionales) y específicas en el ámbito de la higiene y seguridad, invalidez, incapacidad, insalubridad, seguridad social (vacaciones pagas, jubilaciones, etc.), también se ratificaron convenios internacionales. Entre ellas, la ley de medicina preventiva de 1944, convertida en Ley 12.912 en 1947, dirigida a controlar la salud en los "medios obreros y a la prevención de las enfermedades crónicas e invalidantes"; la Ley de aprendizaje de trabajo de menores, que establecía la obligatoriedad del examen médico previo y periódico, vocacional y de orientación; la Ley 14.250 de 1953 de convenciones colectivas de trabajo. Entre los convenios internacionales ratificados se destacan el de reparación y compensación de accidentes, de prohibición del empleo del albayalde en la pintura y de igualdad de trato a los trabajadores nacionales y extranjeros en materia de reparación de accidentes y de "enfermedades profesionales". Se reglamentaron ramas de actividad específicas tales como el trabajo portuario, el trabajo domiciliario, la zafra azucarera, la industria del vidrio, etc.

- Una tercera línea es la legislación sobre servicios de atención médica y beneficios sociales relativos a la seguridad social. Estas acciones se encuadraron en el objetivo de *"propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier rama de actividad humana donde se presten tareas retributivas"* (Decreto No 30.655 del 14-11-44, art.1o). La nueva legislación establecía como **responsabilidad de la empresa** prestar entre otras, atención médica gratuita, atención farmacéutica gratis o a costo muy bajo, baños calientes y fríos al final de jornada laboral, comedor para uso de los trabajadores, campañas de capacitación y prevención de accidentes de trabajo (Art 49)

Esta se complementó con otro tipo de normativa que impulsó, legitimó y apoyó las prestaciones médicas y sociales de los

sindicatos a través de la forma del seguro social, on funciones complementarias a la acción asistencial implementada por el Estado. Por primera vez se dictaron disposiciones de creación de servicios hospitalarios dependientes de determinados gremios (de la industria azucarera, ferroviarios, vidrio, frigoríficos, etc.) con atención médica gratuita, obligatoria y personal permanente (médicos, enfermeros, laboratoristas, visitadoras de higiene, visitadoras de ojos, parteras, farmacéuticos). Como sostuvieron Belmartino y Bloch

"A diferencia de otros países de America Latina donde el Estado organiza la seguridad social cubriendo un sector de la población económica activa sin que existan diferenciaciones en el seno de los beneficiarios, en Argentina las obras sociales aparecen como logros parciales de diferentes sectores de asalariados, según su mayor poder de negociación o capacidad de reclamo, y también según la importancia del respectivo sector en el aparato productivo (...) la década del 40 (...) como punto de partida del movimiento de expansión y consolidación del sistema" (Belmartino, S y C. Bloch, 1982:7)

Ya en 1944 la creación del Instituto Nacional de Previsión Social estableció las bases de funcionamiento del sistema de jubilación. Otro resorte importante de esta política lo constituyó la fundación Eva Perón, orientada a cumplir funciones de apoyo e impulso financiero, tecnológico y de recursos humanos a las organizaciones sindicales, grupos barriales y particulares. Los servicios atendieron desde subsidios y aparatología médica, hasta becas, turismo, etc.

- Un cuarto rubro estuvo dado por el impulso a la investigación y el apoyo a congresos como lo ejemplifica el subsidio otorgado por ley en 1948 a la Unión Americana de Medicina del Trabajo para

instalar su secretaría y organizar el Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo en Buenos Aires. Durante este período se realizaron tres congresos en 1948 el Primer Congreso Argentino de Medicina del Trabajo en que se presenta el anteproyecto de Codificación de Higiene y Seguridad en el Trabajo ¹², en 1949 el Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo y en 1953, el Segundo Congreso de Medicina del Trabajo. En esta línea un hecho relevante fue la creación del Instituto del Trabajo de la Universidad de Buenos Aires en 1953, con la finalidad de impulsar las actividades de investigación, difusión, docencia y asesoramiento.

Las características de estas políticas deben entenderse en el doble juego de los procesos de demanda de participación económica, social y político-gremial de los trabajadores y otros sectores de la población; y de una propuesta estatal sustentada en un modelo de acumulación de capital, que impulsaba un programa industrialista sobre la base del crecimiento del mercado interno, y fundaba sus mecanismos de legitimación política en la participación organizada y en la concertación entre las distintas fuerzas sociales.

Desde la **caída de Perón** y salvo períodos excepcionales, la tendencia dominante se orientó a desvincular al Estado de su responsabilidad como garante de las condiciones de salud y de trabajo de la población (Belmartino y Bloch, 1982). Entre 1955 y 1958 se intervienen los sindicatos, se restringe su actividad, se limita el derecho de huelga en el sector público, se eliminan las restricciones sobre las horas extraordinarias, por decreto se reglamentan condiciones de trabajo por fuera de los convenios colectivos de trabajo. Estas y otras medidas tendieron a reducir el poder de intervención de los trabajadores organizados sobre sus condiciones de trabajo, así como a desplazar a las conducciones peronistas.

Si bien el **gobierno de A. Frondizi** (1958 - 1962) inicialmente restituyó las atribuciones perdidas por los sindicatos en 1955, legisló sobre el trabajo de mujeres y menores y extendió los alcances de la ley sobre accidentes de trabajo. Desarrolló una gestión coercitiva sobre los conflictos laborales, limitó derechos sindicales y aplicó un plan de represión sobre el activismo obrero y político peronista.

El **gobierno radical (1963-1966)** estableció el salario mínimo y restituyó la negociación colectiva, también prohibió la actividad política de los sindicatos. En 1964 por ejemplo no logra aprobación el proyecto de "Ley sobre condiciones de higiene y seguridad en el trabajo" presentado por el poder ejecutivo con la firma del Ministro de Trabajo, Fernando Solá. Este proyecto proponía "*la incorporación a la legislación social del principio de la consulta y colaboración entre empleadores y trabajadores en el ámbito de la empresa y en el plano nacional*".

Entre 1966 y 1973, el **gobierno militar** en el marco de un programa de crecimiento industrial y estabilización elimina derechos y conquistas laborales como las negociaciones colectivas, la estabilidad en el empleo en ciertas ramas como en la actividad bancaria, el derecho de huelga, etc. Al mismo tiempo, vinculado con el desarrollo de su proyecto corporativista, en el que los sindicatos cumplían un rol fundamental, se sancionan una serie de decretos leyes de protección del empleo (se generaliza la indemnización por despido, y otras medidas), y de ampliación de cobertura de la seguridad social. Entre éstos se centraliza el sistema jubilatorio, se lo extiende a trabajadores privados y públicos y se crea un sistema para trabajadores autónomos.

La Ley 18.610/69 de prestaciones médico asistenciales para trabajadores en relación de dependencia y sus grupos familiares, estableció la universalidad del sistema a través de la obligatoriedad de afiliación, uniformizó los descuentos

salariales, la contribución patronal, institucionalizó la intervención de los funcionarios estatales en las obras sociales a partir de las funciones del Instituto Nacional de Obras Sociales y reforzó el poder económico y de negociación de las direcciones gremiales ¹³.

Como medio de normatización de las condiciones sanitarias del centro de trabajo se dictó el Decreto Ley 19.587/72 sobre Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo que materializa en el país el acuerdo relativo a la Recomendación 112 de la Organización Internacional del Trabajo. Esta Ley estableció la obligatoriedad de los servicios de medicina laboral y de higiene y seguridad; fijó los límites de contaminación permitidos según un listado; brindó especificaciones técnicas para la construcción de edificios, la disposición de la luz, la ventilación, el uso de maquinarias, los métodos operativos, etc.

Las funciones asignadas a los servicios médicos y de higiene y seguridad de empresa -ya sean internos o externos- contemplaron programas de prevención en los que se encuadra el estudio de las condiciones de trabajo, los exámenes médicos periódicos y la capacitación de los trabajadores, junto con otras como la labor asistencial frente a daños o emergencias producidas u ocurridas en el centro de trabajo. El Decreto reglamentario 4.160/73 que disponía crear una comisión nacional permanente de carácter tripartito, de asesoramiento y actualización (Titulo X, Cap 25, art 331 y 332), fue derogado por el Decreto 1.572/73. Su reglamentación solo se efectuó en el marco de otra dictadura militar en 1979.

En la base de estas acciones se encuentra un modelo de relaciones entre Estado y Sociedad que intentaba combinar los niveles de decisión de las organizaciones corporativas de las clases dominantes, con la penetración e intervención de los

organismos del Estado en las organizaciones populares, así como en las áreas de la salud, la educación, la vivienda, etc.

Visto en su conjunto, entre 1955 y 1973 se desarrollaron políticas económicas tendientes a disminuir el gasto público, sobre todo en las áreas de protección social y a controlar la inflación. Se incentivaron las inversiones extranjeras directas en la industria para sustituir insumos industriales, bienes de capital etc., también se importaron bienes intermedios y de capital. Aun cuando las distintas medidas fueron tendían a reducir la participación del sector asalariado en el ingreso nacional, el papel adjudicado al consumo de los trabajadores siguió siendo relevante (Cortés y Marshall, 1991).

Los distintos gobiernos implementaron estrategias de represión y desperonización del movimiento obrero y de integración de las direcciones sindicales. No obstante, el poder de los sindicatos y la capacidad de movilización de los trabajadores no sólo se mantuvo, la actividad se incrementó desde 1968 abarcando objetivos gremiales y políticos de enfrentamiento a las direcciones sindicales y al gobierno militar.

Durante el breve retorno constitucional del **peronismo entre 1973-1976**, se desarrollaron iniciativas que cubrieron la normatización y regulación estatal, el impulso a la formación y la investigación académica y la participación de los trabajadores en el control de sus condiciones de trabajo y de salud.

- En el nivel normativo la Ley 20.744/74 modificada por la 21.297 o Ley de Contrato de Trabajo, constituyó el primer código general del trabajo que estableció mecanismos de intervención de los trabajadores. Reglamentó derechos, deberes y las características de la relación laboral, contemplando aquellos relacionados con la salud. Así, el artículo 75 expresaba

"el empleador debe (...) adoptar las medidas que según el tipo de trabajo, la experiencia y la técnica sean necesarias para tutelar la integridad psicofísica y la dignidad de los trabajadores, debiendo observar las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes sobre higiene y seguridad del trabajo".

Otros artículos normatizaron las licencias por enfermedad (208), la protección por maternidad (177,178 y 179); la protección del hijo enfermo menor de edad (183); los accidentes y enfermedades inculpables (capítulo I, título X). En otro nivel, el proyecto y luego Ley de Sistema Nacional Integrado de Salud ¹⁴ que intentaba una recomposición, unificación y expansión de la seguridad social, puso en evidencia la profundidad de las diferencias ideológicas y políticas entre grupos y fuerzas en funciones en el Estado, así como el juego de poderes e intereses que lo aceptan o lo rechazan. En efecto el proyecto no solo fue rechazados por los sindicatos, en particular por las dirigencias gremiales, sino también por sectores políticos del movimiento peronista, el sector médico privado y la industria farmacéutica

Sin embargo, es en el nivel de las prácticas sociales donde comienzan a movilizarse propuestas que evidencian un cuestionamiento al modelo médico en general y al modelo de higiene, seguridad y medicina laboral en particular. La característica dominante de estas prácticas fue la convergencia -no exenta de tensiones- entre acción política, profesional y gremial utilizando los marcos institucionales.

El mejor ejemplo lo constituyó el Instituto de Medicina del Trabajo creado en 1973 en el ámbito de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires "...considerando que es objeto de la intervención colocar la Facultad al servicio del pueblo y que un aspecto de este objetivo es desarrollar una Medicina del

Trabajo realmente al servicio de los trabajadores" ¹⁵. El Instituto se planteó una actividad multidisciplinaria, por lo que organizó departamentos como Clínica, Toxicología, Psicopatología, Ingeniería Ambiental, Sociología, Publicaciones y Biblioteca.

La práctica fue en realidad inicial y experimental, rápidamente discontinuada e interrumpida por las tensiones en la propia política universitaria y el cambio en la intervención de la Universidad de Buenos Aires. Los posteriores intentos de actividad no institucional fueron abortados por el avance de la represión a la actividad gremial -en particular la amenaza, despido y desaparición de delegados y activistas de fábrica desde fines de 1974 y por el golpe militar de 1976.

Sin embargo, en su limitado lapso de funcionamiento desarrolló tareas de docencia, investigación, asesoramiento y documentación, en una dinámica que se propuso como eje la participación activa de los trabajadores y de sus organizaciones. Entre 1973 y 1974, equipos del Instituto realizaron estudios específicos y tareas de asesoramiento a partir de convenios con gremios o comisiones de delegados de empresas, entre éstos FOETRA (Federación de obreros y empleados telefónicos de la República Argentina), AOMA (Asociación Obrera Minera Argentina), Lozadur (ceramistas), Ford (mecánicos), etc. Estos equipos brindaron apoyo a su vez, a experiencias en curso que contemplaban la participación conjunta de profesionales y trabajadores en el tema de seguridad, higiene y salud (telefonistas, gráficos, mineros, metalúrgicos, mecánicos, trabajadores del pescado, navales, etc.)

Esta dinámica tuvo su mejor expresión en las "Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo" realizadas en la Facultad de Medicina entre el 10 y 3 de noviembre de 1973, en las que participaron funcionarios, profesionales y trabajadores (delegados

y miembros de comisiones de higiene y seguridad de diferentes gremios). Como señalaba M. Epelman en 1986 "...por primera vez estaban presentes en el Aula Magna de la Facultad de Medicina los trabajadores y participaban en las mesas de trabajo donde se discutían los problemas de la salud de los trabajadores" ¹⁶. En este contexto las experiencias realizadas o en curso fueron presentadas por los propios trabajadores ¹⁷

Si bien brevemente ¹⁸, nos interesa puntualizar un conjunto de aspectos innovadores a recuperar no sólo por su vinculación con experiencias luego desarrolladas en países como Italia, España y México, sino porque estos aportes se hallaron en la base de nuestros objetivos de investigación:

a) El énfasis en un necesario replanteo de nuevas líneas teóricas que superaran el enfoque de la medicina laboral.

En particular los intentos de elaborar **categorías de trabajo, salud y enfermedad** (Ferrara:55; Efrom,Berman:129). Los cuestionamientos a los **criterios diagnósticos**, "...tales parámetros aislados representan una concepción tecnicista que niega los aportes subjetivos del trabajador". Se refieren al paciente totalmente aislado (...)se enfoca su enfermedad como perteneciente a un individuo y se la trata independientemente de las condiciones de trabajo" (Donalisio:77)

b) El considerar de conjunto **las condiciones de trabajo y de vida** (Donalisio:77; Efrom,Berman:126-130)

c) El operar a nivel experimental con una **unidad de estudio de carácter colectivo**: el grupo de sección (gráficos, Donalisio:77), o el grupo de puestos (operadoras telefónicas, Efrom,Berman:¹⁹)

d) El intento de estudiar la **globalidad de las condiciones de salud** del grupo (Yacimientos "El Aguilar" y "Pirquitas")

e) En lo metodológico, la consideración de la **"subjetividad"** del trabajador en la investigación y la implementación de canales de

participación de los mismos en el diagnóstico y propuestas de solución de estas condiciones.

Un proceso creciente de activismo y movilización gremial general, y experiencias concretas de demanda y organización específicas por empresas, otorgaban durante 1973 y 1974 marco de referencia y factibilidad a estos planteos. En efecto, en algunos sectores estatales, en las grandes terminales automotrices, en los astilleros y otros, se constituyeron comités o comisiones mixtas de higiene y seguridad, entre cuyas funciones se encontraban las de controlar e investigar accidentes y enfermedades, proponer medidas o modificaciones de acuerdo con los adelantos tecnológicos, modificar normas vigentes en las empresas, mantener registros y estadísticas de accidentes y enfermedades profesionales, etc. Algunas de ellas funcionaron hasta 1976 en que el golpe militar suspendió las formas de participación de los trabajadores previstas en la legislación (Ley 19.587/72, Decreto 4160/73 y Decreto 1572/73)

Incluso varios de los convenios colectivos firmados en 1975 otorgaron un lugar importante a la higiene y seguridad, entre ellos SMATA (Sindicato Mecánico y Afines del Transporte Automotor), Sindicato Gráfico Argentino, Unión Ferroviaria, Federación de Trabajadores de Luz y Fuerza, Federación de Obreros y Empleados Telefónicos, Federación de Obreros y Empleados de Correos y Telecomunicaciones, Sindicato de Gas del Estado, Sindicato de Trabajadores de Obras Sanitarias, Sindicato de Empleados del Tabaco.

**-1976 El proceso de eliminación de
 la protección social del trabajo**

Desde 1976 se desarrollo un explícito proyecto económico y político de concentración del poder sustentado en la implementación de una política represiva hacia la población y el

movimiento obrero en particular y en medidas regresivas en el orden legal. Este implicó no solo el debilitamiento político-gremial de las organizaciones sindicales, sino la agudización de las tendencias de fragmentación, heterogeneización y deterioro en las condiciones de trabajo en proceso desde la década anterior (Villarreal, 1987).

La implementación de un programa antiinflacionario de congelamiento de salarios, apertura económica y liberación del sector financiero promovió las fusiones empresarias, el cierre de industrias y una drástica disminución en el empleo industrial. En este marco fueron intervenidos los sindicatos, se modificó la legislación laboral, en especial se eliminó la negociación colectiva para sustituirla por el control estatal por decreto, se suspendió el derecho de huelga y el derecho de agremiación.

Al mismo tiempo se derogaba el Decreto Ley de Higiene y Seguridad, sustituido por el Decreto 4160/73351/79. En una clara orientación represiva y regresiva hacia el movimiento obrero, este decreto modificó el articulado referido a la participación de los trabajadores en "comités mixtos" de higiene y seguridad, en tareas de investigación y en el control de las condiciones sanitarias de su trabajo. El Decreto Reglamentario No 351/79 de Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo (Ley 19.587/72) fijó los límites de contaminación permitidos según un listado y reglamentó entre otros aspectos, los servicios de medicina laboral y de higiene y seguridad. Si bien las funciones asignadas por la Ley a los servicios médicos y de higiene y seguridad de empresa, contemplaban programas de prevención y capacitación de los trabajadores (además de tareas como las de efectuar los exámenes médicos periódicos) el Decreto otorgó única responsabilidad de instrumentación operativa a las empresas, y la exclusiva prerrogativa de contratar al personal. La participación de los

trabajadores o de sus organizaciones en el control de las condiciones de trabajo quedó expresamente eliminado.

Otras herramientas legales buscaron fragmentar el poder sindical, eliminar su capacidad de acción (prohibían actividades políticas) y evitar el desarrollo de lazos de solidaridad orgánicos entre los trabajadores, que posibilitaran estructurar formas de resistencia o movilización a partir de sus reivindicaciones concretas (Ley 12.105 de Asociaciones Profesionales y Ley 22.269/80 de Obras Sociales). Respecto de las obras sociales, el gobierno militar aumentó la contribución de los asalariados, prohibió las actividades económicas de los sindicatos, con lo cual les quitó el control de los fondos, y decretó la afiliación voluntaria. Como ya indicáramos se derogaron las comisiones mixtas de higiene y seguridad reconocidas legalmente en algunos gremios estatales como la Unión Ferroviaria, FOETRA, Luz y Fuerza, etc.

La evidente retracción del Estado en sus funciones de normatización, regulación y fiscalización impulsaba el desplazamiento en la orientación del interés colectivo hacia el interés individual y privado. "Así como era individual la lucha por conseguir y conservar un empleo, también se privatizó la responsabilidad por cuidar la salud" (Mercer, 1987)

El reinicio del **régimen constitucional en 1983**, no supuso el retorno a las modalidades de intervención estatal anteriores a 1976. No obstante las demandas y presiones sindicales, el gobierno radical llevó adelante programas de estabilización para controlar la inflación, reducir el déficit fiscal y afrontar la deuda externa. Una pieza clave en estos programas fue la reducción de la participación de los trabajadores en el consumo, a través del control de los salarios.

En este marco, el gobierno radical no logró la aprobación de dos proyectos, el de "democratización" de los sindicatos a través de una nueva legislación sobre las asociaciones profesionales y el proyecto de un sistema nacional de salud. Este último proponía un sistema general de salud de carácter universalista, controlado por el Estado, en el que las obras sociales permanecerían independientes de los sindicatos y por tanto, sin que éstos pudieran controlar los fondos. Recién a fines de 1988 y, con posterioridad a la derrota electoral de 1987, el gobierno reestablece las negociaciones colectivas de salarios y crea la Comisión del Salario Mínimo.

En el nivel de la Dirección Nacional de Higiene y Seguridad, dependiente del Ministerio de Trabajo sin embargo, se generan iniciativas de diagnóstico de las condiciones de trabajo, se presentan proyectos legislativos y se promueve la participación de los trabajadores. Una gran parte de estas actividades convocaron a funcionarios, profesionales y trabajadores en encuentros de estudio y discusión a través de los Seminarios Nacionales Tripartitos sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

Entre diciembre 1984 y diciembre de 1988 se efectuaron un total de quince Seminarios Nacionales Tripartitos, algunos con la participación o el apoyo del CEIL-CONICET y el Programa Internacional para el Mejoramiento de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (PIACT) de la OIT. Estos fueron dedicados a dos temáticas: participación y formación e información; y el tratamiento de trece actividades de la producción (agricultura, construcción, minería, pequeña y mediana empresa, actividad pesquera, etc) ²⁰. En todos los casos, estos Seminarios requerían la realización previa de "prediagnósticos" de la actividad, que constituirían propuestas de discusión para el encuentro

(Rodríguez,1990). Estos estudios combinaron distintas técnicas: encuestas, entrevistas individuales y colectivas de carácter semiestructurado, el relevamiento de "riesgos" a partir del monitoreo ambiental y la inspección de seguridad, el exámen de historias clínicas y en el último período el examen clínico de una muestra de trabajadores.

Sin embargo, como lo señalara Rodríguez, a cargo de la DNHS durante el período, esta actividad estuvo limitada por el escaso número de profesionales y de tiempo disponible para esa tarea; la situación de doble empleo de la mayor parte del personal por problemas salariales; la falta de presupuesto para el rubro; el no contar con profesionales con experiencia en la materia; las dificultades en el desarrollo de el trabajo interdisciplinario (Rodriguez,1990).

Un avance lo constituyó en su momento la creación del Area de Estudio e Investigación en Ciencias Sociales del Trabajo en la Secretaria de Ciencia y Técnica (Resolución No 246, diciembre, 1985) que encaró por convenio con Francia, la organización de cursos y seminarios dictados por especialistas del trabajo de dicho país ²¹. Si bien desde ámbitos oficiales se abrió espacio a la discusión de la temática y se estimuló la actividad de investigación, incluso se elaboró una serie de proyectos de reforma a nivel legislativo.

Vistas en su conjunto estas iniciativas respondieron no al desarrollo de una política global en torno de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores, sino al impulso de voluntades o decisiones sectoriales puntuales, de organismos gubernamentales específicos a nivel nacional (DNHYS), provincial o municipal, hacia los que convergieron ámbitos universitarios o académicos, asociaciones profesionales y gremiales. Ninguno de estos espacios

del Estado lograron estructurar una propuesta única, un apoyo continuo a la investigación y la formación de recursos, como tampoco el consenso y el poder suficiente como para garantizar la aprobación parlamentaria de los proyectos presentados o reactivar el rol regulador y fiscalizador del Estado.

Desde 1989 el gobierno justicialista plantea una profunda reestructuración del modelo económico-social centrada en la redefinición del Estado, en términos de eliminación de la intervención económica y social y en la desregulación de los mercados. Las acciones implementadas incluyen el plan de privatización de empresas y servicios del Estado, el recorte del gasto público, la transferencia de servicios tales como educación, salud, inspecciones de trabajo, etc. a las provincias, la reforma impositiva y la reducción de programas sociales.

El "retiro", el "descompromiso" del Estado y la crisis del sector público de salud, de todos los niveles de la educación, del sistema de previsión social, constituyen las características de mayor impacto de este gobierno. Al mismo tiempo, las estrategias económicas entre otras consecuencias, acentuaron la caída de los salarios y del empleo durante 1989 y 1990, extendieron los sistemas de contratación temporal, por agencia o directamente en "negro" en la industria y, consecuentemente, profundizaron la crisis del sistema de obras sociales.

En una clara aplicación de recetas neoliberales, el gobierno inició una estrategia ofensiva contra la legislación reguladora de protección del trabajo. Así la nueva Ley de Empleo "flexibilizó" el contrato de trabajo, se restringió por decreto el derecho de huelga, se legalizó sistemas previsionales privados, se limitó por decreto la negociación colectiva de salarios a la constatación de "aumentos en la productividad", etc. Aún estan sin

definición proyectos tales como el de obras sociales y de asociaciones profesionales

En este marco, la reforma de la Ley de accidentes de trabajo (diciembre de 1991) es una clara muestra de legislación desprotectora al restringir la responsabilidad empresaria al momento y a la estricta vigencia de las tareas asignadas por el contrato de trabajo; al eliminar la figura legal de "indiferencia de la concausa" por la que el empleador debía indemnizar en su totalidad todo trastorno preexistente que el trabajo haya agravado, desencadenado o puesto de manifiesto; al suprimir la figura legal de presunción de responsabilidad empresaria para enfermedades, cuyo origen o agravamiento por tanto deberá ser probado por los trabajadores en el ámbito judicial; al establecer el carácter voluntario de la denuncia empresaria, con lo cual no hay posibilidades de registro como tampoco de intervenir de oficio (en forma administrativa) por parte de los organismos de control; al eliminar el "indubio pro operario" que ante la duda otorgaba la razón al trabajador. Como era previsible modificó el coeficiente de indemnización para reducir los montos de indemnización ²²

Esta desprotección debe entenderse globalmente en un proceso de supresión de derechos (establecidos en 1915), eliminación del rol mediador, regulador del Estado (la actuación administrativa de los organismos del trabajo), fragmentación e individualización de las prácticas obreras (reduce el reclamo obrero al ámbito jurídico e individual) que coloca indefenso al trabajador como individuo, frente a una justicia que tampoco debe seguir el principio de inclinarse por el más débil.

Una mirada al conjunto del proceso histórico presentado permite efectuar una serie de observaciones:

Si bien la intervención estatal y en particular, la protección sobre el trabajo ha sido una de las principales características de nuestro país desde la década de los cuarenta, sus antecedentes se encuentran ya desde principios de siglo, planteados por gobiernos conservados y radicales. En una dialéctica entre protección y coerción-represión esta intervención sobre el trabajo reguló el empleo, condiciones de contratación, salarios, condiciones de trabajo, las relaciones laborales, etc.

En este marco, la intervención estatal en materia de trabajo y salud resultó notoriamente escasa, caracterizada de manera dominante por acciones aisladas, neutralizadas por la lucha de intereses sectoriales y políticos durante los gobiernos constitucionales, discontinuadas o anuladas por cambios políticos o golpes militares. Esta intervención se orientó fundamentalmente a configurar, a partir de la demanda y presión por parte de los trabajadores, un marco legal que estipula ciertos controles técnicos sobre el "medio ambiente de trabajo", reglamenta condiciones de trabajo para puestos o actividades encuadradas como "insalubres" y enfermedades y accidentes de trabajo. Este marco está dominado por una clara orientación compensatoria en términos monetarios.

a) **En el nivel legal.** Salvo los períodos peronistas de 1946-1955, no se ha legislado normativa alguna que contemplara herramientas concretas para la prevención y, a excepción del breve período entre 1973 y 1975, no se ha permitido la participación organizada de los trabajadores en mesas de concertación cuyo objetivo fuera los problemas encuadrados en la relación trabajo-salud. La legislación actual y los proyectos (ley de empleo, ley de accidentes, proyecto de asociaciones profesionales, de obras sociales, etc), no solo no incluyen precisiones o avances en la

relación trabajo-salud, por lo contrario consolidan y profundizan la "desprotección legal" en la que ya se encontraban de manera creciente sectores importantes de la población.

b) **En el nivel de la fiscalización** los organismos encargados de las funciones de controlar el cumplimiento de la legislación vigente, han carecido históricamente de los recursos humanos, técnicos y financieros para el desempeño de dichas funciones. Cuando no han sido prolijamente desmantelados, como en el último período militar en que el número de inspectores de la DNHYS terminó siendo sólo de setenta y ocho (Neffa, 1987). A su vez, tal como la DNHYS reconocía el Estado no ha contado con una estructura centralizada y regionalizada, multiplicándose en organismos nacionales, provinciales y municipales sin coordinación de funciones de los ámbitos de Ministerio de Salud y Acción Social y del Ministerio de Trabajo (Rodríguez, 1990). En la actualidad el "retiro" del Estado de sus funciones de fiscalización y punición, se evidencian en el recorte presupuestario, el desplazamiento de personal -inspectores del trabajo- a otras áreas y la transferencia a las provincias.

c) **En el nivel de la formación.** El Estado no ha estructurado programas de formación a nivel terciario y universitario, encontrándose hoy en retroceso por la suspensión de un significativo número de carreras o cursos ²³. La oferta ha contemplado dos especialidades: Higiene y Seguridad (cursos o carrera de Técnicos de Higiene y Seguridad y el nivel universitario de Posgrado en Higiene y Seguridad) y Medicina del Trabajo; en ambos casos es marcadamente escasa y heterogénea. Tampoco se ha dado una política de apoyo a la formación brindada por entidades profesionales o gremiales ²⁴. Un estudio realizado entre 1984 y 1985 ²⁵ destacaba como rasgos dominantes una profunda heterogeneidad en lo referido a la definición de cursos

o carreras, en los títulos o certificados, en las condiciones de ingreso y en la duración horaria. Enfatizaba la omisión de materias sociales y de psicología. En el caso específico de los médicos del trabajo encuestados la mayoría reconocía carencias en "patología laboral, epidemiología analítica, técnicas modernas de diagnóstico precoz, análisis global de las CyMAT y materias de orden psicosocial" (Giordano, Giraudo, 1987). La formación evidencia una orientación predominantemente técnico-asistencial carente de líneas de investigación y sobre todo de una visión interdisciplinaria de la problemática.

d) **En el nivel asistencial.** El Estado no ha generado una oferta pública de servicios de medicina del trabajo y de higiene y seguridad, la mayor parte de ésta la constituyen empresas privadas que funcionan por contratación. Estos servicios no desarrollan las funciones previstas en el marco jurídico y los organismos gubernamentales encargados de su control (municipales, provinciales o de la Nación) no cumplen con su cometido.

A su vez, los servicios dependientes del sector público (hospitales, institutos, etc) en especialidades de reconocida relación con el trabajo (toxicología, neumonología, etc) presentan como características:

- reciben los casos como derivación, generalmente con un proceso ya en estado de avance;
- manifiestan -como el resto del sector salud- un predominio de las actividades de tipo curativo/reparatorio respecto de las preventivas;
- salvo en el caso de accidentes de trabajo, intoxicaciones agudas o "enfermedades profesionales" claramente identificadas por la legislación y fácilmente diagnosticables, el trabajo es sólo un dato en la historia clínica (cuando figura), sin ningún tipo de relación con el daño atendido.

- están dispersos, es decir el sector salud carece de una estructura centralizada y regionalizada que imposibilita incluso acciones técnicas puntuales de control médico, análisis, etc, que pueden y de hecho requieren algunos sindicatos u obras sociales;
- no han recibido fondos específicos para actividades de investigación y desarrollo, o son decididamente escasos

e) **En el nivel de la investigación.** No se ha impulsado la investigación como parte de la formación de especialistas en medicina del trabajo o en higiene y seguridad. Tampoco se ha canalizado los fondos necesarios para que las instituciones educativas integren las áreas de investigación/ diagnóstico y asesoramiento. Si bien durante el último gobierno radical, se implementaron iniciativas como la creación del área de Ciencias Sociales del Trabajo en el ámbito de la Secretaría de Ciencia y Técnica y la canalización de fondos por parte de CONICET y UBA, estos fueron escasos y discontinuados siguiendo el proceso de recorte presupuestario de estos organismos.

En resumen en el nivel asistencial la mayor parte de los procesos de desgaste y daño no son relacionados con el trabajo y las condiciones de vida asociadas. No se ha implementado ningún tipo de reconsideración del problema en las instituciones formadoras ni en las asistenciales especializadas. El Estado no solo no ha desarrollado una política preventiva en relación a las condiciones de salud del trabajo, tampoco ha generado una oferta de servicios asistenciales de medicina del trabajo.

Para rediscutir la funcionalidad del modelo.

La vinculación en términos analíticos de las características de la intervención estatal en materia de trabajo y salud en nuestro país, a la estructura del modelo hegemónico presentada en

el capítulo anterior, posibilita proponer una rediscusión de su funcionalidad.

Como han señalado García (1982), Navarro (1982) y Laurell (1983,1989) la medicina hegemónica ha relativizado teórica e instrumentalmente la problemática de la salud de los trabajadores. De ahí el escaso desarrollo de su "especialidad", la medicina del trabajo. Para García (1982) el carácter marcadamente instrumentalista del modelo médico ha imposibilitado la formulación de las categorías de trabajo y de salud y, por tanto, de su relación. Para Navarro (1982) esta falta de desarrollo de la medicina laboral estaría relacionada al proceso de reproducción de la fuerza de trabajo en el proceso capitalista que, en esta dimensión, no se realiza a través de la especialidad, sino de los servicios de atención médica generales.

Para este autor, la contradictoria formulación y el escaso desarrollo de la medicina laboral resulta de un proceso de monetarización de las relaciones sociales y de pasaje de la atención desde la esfera de la producción a la del consumo impuesta por el sistema capitalista. En este marco entonces, debe entenderse la distinción entre medicina laboral (definición y administración de las enfermedades y accidentes de trabajo) y los servicios de salud prestadores de los cuidados médicos (Navarro, 1982).

Si bien es posible reconocer aspectos válidos a esta propuesta, no me parece adecuado afirmar que...

"No hay necesidad de explicar porqué en el interior del sistema social, las prioridades eran mayores para la medicina del consumo y menores para la medicina de la producción, particularmente si se considera que una función primordial de esta última -la de vigilar a la

fuerza de trabajo- se logró bajo el capitalismo por otros medios mas eficaces que la medicina ocupacional. La mayor parte de las luchas sobre compensaciones, se llevaron a cabo allí donde el capital ejercía una mayor influencia que el trabajo: bajo la supervisión de instituciones estatales" (Navarro, 1982:78)

En efecto, el escaso y tardío desarrollo de la medicina laboral es una constatación empírica, su peso ha sido y sigue siendo irrelevante en relación a otras especialidades. Sin embargo, proponer el pasaje de funcionalidad de una "esfera" a otra (de la producción al consumo, de la medicina laboral a los servicios de salud del Estado), resulta problemático en tanto parte de una distinción mecánica entre medicina del consumo y medicina de la producción, a la vez que plantea una escisión entre producción y consumo, sin definir el carácter de su relación, ni esclarecer los mecanismos por los cuales se operara dicho pasaje.

Tampoco considero que la función de controlar- vigilar a la fuerza de trabajo sea sólo operada desde afuera y por una instancia específica, aun cuando efectivamente existen instancias de control externo: la supervisión y los servicios médicos de fábrica para el control del ausentismo. Por eso estos procesos deben ser analizados y explicados, ya que el mismo Navarro aporta elementos que permiten afirmar que la construcción hegemónica de la salud-enfermedad de los trabajadores trasciende los alcances concretos del desarrollo efectivo de las especialidades profesionales.

Desde ahí propongo distinguir la **funcionalidad** del modelo de aquellas **funciones** concretas de la práctica médico-técnica de fábrica que, como señaláramos, se centra en la selección preocupacional, en el control del ausentismo laboral y la consecuente justificación o nó de la enfermedad, en la atención

médica de rápido reintegro a las tareas productivas y en la evaluación de la proporción de daño sufrida por los trabajadores en los procesos de negociación de carácter indemnizatorios. Aspecto éste último en el que el rol histórico de intervención del Estado se delinea como de fundamental importancia para el análisis

En esta línea entonces no pareciera válido identificar funcionalidad con funciones y reducir la primera -la funcionalidad- a las tareas inmediatas de la práctica de la medicina laboral o de la práctica técnica de los servicios de higiene y seguridad. Sin embargo, interrogarse sobre la funcionalidad solo desde la práctica médico-técnica resulta insuficiente para resolver las dificultades planteadas, por lo que es necesaria una mirada que la articule a la modalidad de relaciones sociales en las que se halla inserta.

Vista desde ahí entonces, desde la modalidad de relaciones sociales es posible reconocer una múltiple funcionalidad al modelo de higiene, seguridad y medicina laboral. De éstas, aquella relacionada con asegurar la mantención y reparación de la salud (reproducción de la fuerza de trabajo) resulta claramente secundaria, en nuestro país históricamente responsabilidad de los propios trabajadores -desde las mutualidades y los servicios médicos sindicales a las actuales obras sociales- y de los servicios de atención médica estatales -el hospital público-.

Las funciones manifiestas más claras son las relativas al disciplinamiento o vigilancia de la fuerza de trabajo, expresadas por el control de ausentismo laboral y la práctica de rápido reintegro a las tareas productivas. Resortes que aseguran la inserción en la producción de la fuerza de trabajo. Por su carácter, éste es un control desde arriba (desde la autoridad) y

desde afuera por lo que cobra la forma de la coacción, de la imposición.

. Sin embargo, a la dimensión económica de la productividad debe articularse el análisis de los procesos sociales de organización del trabajo, políticos e ideológicos referidos a las relaciones entre los actores sociales en la producción, en el consumo y en el conjunto de la vida social.

Atendiendo entonces, a las modalidades de relaciones sociales en el trabajo es posible proponer que la **funcionalidad** más relevante es la de una **construcción social** en la que la medicina y la higiene y seguridad aportan, a través de sus categorías y su marco analítico, una visión tecnicista e instrumental de la relación trabajo-salud. Retomando el planteo de García (1982), tal instrumentalismo no una mera insuficiencia, se halla en función de ideologizar-naturalizar la relación trabajo-salud negando su carácter social y político. Los marcos legales y las acciones estatales justamente dan cuenta del modelo aún cuando las especialidades en la práctica no presenten mayor desarrollo.

La eficacia del modelo reside en que aporta a los modos de representación de los trabajadores las categorías de análisis, los fundamentos "científicos" para naturalizar el trabajo como un proceso exclusivamente técnico, sustentando aquello que se identifica y se demanda. Al mismo tiempo que promueve y refuerza (legítima) en los trabajadores la aceptación de una intervención exclusiva de propietarios y especialistas técnicos en el control y organización de las condiciones de trabajo.

El modelo opera entonces como **medio de control interno**, además de los mecanismos externos de control de la productividad y de disciplinamiento, funcionando como un **mecanismo productor y**

reproductor de hegemonía en tanto posibilita al mismo tiempo desplegar aspectos de coerción como de consenso. Su funcionalidad por tanto debe relacionarse a la construcción de formas internalizadas de trabajo que en proceso operarían más allá del centro laboral o de la actividad de trabajo concreta, para orientarse a la reorganización del conjunto de las instancias de la vida cotidiana (Menéndez, 1986)

Desde esta construcción hegemónica los trabajadores han demandado mejoras en las condiciones de trabajo. También, desde esta construcción hegemónica el Estado estructuró las respuestas que caracterizamos en el punto anterior. Es en este marco de lucha social -de procesos de demanda y negociación- que el desarrollo e institucionalización del modelo de higiene, seguridad y medicina laboral, supuso subordinar aquellos aspectos sociales de la visión del trabajo y marginar, sobre todo, los referidos a las relaciones obrero-patronales contenidos de distinta manera en las propuestas de la "higiene social".

Por tanto las categorías médico-técnicas deben ser tratadas como productos de un proceso político, como construcciones sociales implementadas y legitimadas desde relaciones e intereses de poder. El modelo asegura en términos de representación, que la salud-enfermedad de los trabajadores se reduce a:

- una cuestión de responsabilidad individual y sobre todo a un problema moral, por la que el accidente será asociado a la alcoholización o a "desviaciones" como "pereza", "descuido".
- una cuestión de iniciativa de inversión técnica de la empresa, que desplaza en la voluntad y en la ilusión de control técnico, la complejidad del proceso de subordinación política e ideológica

NOTAS

1. La intervención social del Estado se ha estudiado como el conjunto de políticas sociales, laborales, demográficas, etc. por las cuales éste regula, controla y modifica aspectos de las condiciones de vida de la población o de algunos de sus sectores. Entre las primeras se incluyen aquellas relativas a la provisión de servicios o bienes por parte del Estado, encuadradas en las políticas de salud, educación, vivienda etc

2. En el marco de las modalidades del proceso de acumulación de capital, los gobiernos desarrollan distintas estrategias económicas, sociales, etc.

3. Telémaco Susini fue su padrino de tesis.

4. Entre los miembros de ese partido contratados por el gobierno se encontraban Marcelino Ugarte, Del Valle Iberlucea y Carlos Bunge. Biale Massé, simpatizante socialista fue contratado para la investigación previa. (J. Godio, 1987)

5. Juan Biale Massé, de origen catalán, fue primero médico y luego abogado e ingeniero agrónomo.

6. La retribución fue aprobada por Diputados, pero descalificada por el Senado considerándola un "ataque al derecho de propiedad". A su vez, planteada como Ley nacional, fue restringida al ámbito de la Capital Federal y territorios nacionales.

7. Sobre las modalidades de respuesta del gobierno radical frente a los conflictos laborales vease Smith, 1975 y del Campo, 1983.

8. También en ese año, 1931 se sanciona la indemnización por despidos

9. Discurso del Dr Jose Pedro Reggi, Presidente de la institución. Rev. Medicina del Trabajo y del Deporte. Año 1, 1935

10. Revista de la Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo, cit en publicación del Primer Congreso Argentino de Medicina del Trabajo Vol 1. BsAs, 1948

11. En 1943 un golpe militar lleva Perón a la dirección de la recién creada Secretaría de Trabajo y Previsión Social dependiente de la Presidencia de la Nación. El período peronista se continúa con las dos elecciones presidenciales de 1946 y 1953

12. Entre los trabajos presentados se destacan:

La Alimentación de los Trabajadores (P. Escudero)

Trascendencia social de la Medicina del Trabajo (G. Aráoz Alfaro)

Fisiología del Trabajo Humano (JC Fasciolo)

Ausentismo por enfermedad (R. Carrillo - secretario de Salud Pública)

Prevención de Accidentes de Trabajo (D. Parreiras - Brasil)

Selección y Orientación Profesionales (J. Kaplan)

Función de la Biotipología en la prevención de los Accidentes de Trabajo y

Enfermedades Profesionales (J. Mazileff - Uruguay)

Clínica psicosomática en la medicina del trabajo (B. Sumiacher)

Cuidado de la salud y Seguridad del Trabajadores (F. Pataro) (Actas del Primer Congreso de Medicina del Trabajo, 1948)

13. Para un análisis de la significación de esta Ley en su contexto sociopolítico ver Cortés,R 1988; Belmartino,S y Bloch, C.1988, 1991

14.Ver Belmarino y Bloch,1988;1991

15.Resolución del Delegado Interventor de la Fac. de Medicina. Dr Mario Testa. BsAs 16-7-73. Boletín del Instituto de Medicina del Trabajo. Año 1, Octubre 1 1973

16.Mario Epelman. Panel de Investigación Social sobre Trabajo y Salud. Coordinador J. Neffa. Segundo Seminario-Taller en Ciencias Sociales y Salud, 4 al 8 de julio de 1986, Tomo 1, SECYT, BsAs, 1987, Pag.46

17.Las experiencias presentadas fueron entre otras:

- Condiciones de trabajo en la sección fricción de una empresa metalúrgica de frenos y embrages. Trabajadores de la Sección
- Estado de salud y seguridad de los trabajadores de Fiat, plantas Caseros y Palomar. Comisión de delegados de planta.
- Condiciones de trabajo de las operadoras de ENTel. Mesa de trabajo, Comisión femenina, FOETRA. Sindicato BsAs.
- Situación en la Mina "El Aguilar". Delegados y dirección de AOMA Medicina del Trabajo al servicio de los Trabajadores,1974.

18. Lamentablemente no hemos encontrado ningún estudio que sistematice y analice la práctica y las experiencias desarrolladas en el Instituto. Al respecto se encuentra la ya citada publicación de Eudeba de las "Jornadas..." y referencias - no coincidentes- de sus protagonistas. Sería importante una investigación específica sobre la relación entre práctica política, profesional y gremial, y la incidencia de los marcos institucionales.

19. Efrom R, Berman S y otros. Informe preliminar presentado a FOETRA, Sindicato BsAs y ENTel. Inédito

20.Las restantes actividades fueron: industria pesquera, estibadores del puerto de BsAs, industria de la madera, fundición de hierro y acero, clínicas, sanatorios y hospitales del ámbito privado, nuevas tecnologías, industria cerámica y curtiembres (Rodríguez,1990).

21. B.Coriat, C. Freysinnet y R.Boyer, entre otros, tuvieron a su cargo estos seminarios

22.En la Ley anterior el monto indemnizatorio final resultaba del siguiente coeficiente: 1000 salarios diarios multiplicado por el porcentaje de incapacidad, multiplicado por 100, dividido por la edad del trabajador. Con esta reforma, 100 es reemplazado por 65

23.De 14 carreras o cursos de Técnicos en Higiene y Seguridad, 4 habian dejado de dictarse en 1985. Ver Giordano,Giraudo et.al,1987

24. Nos referimos al Colegio Profesional en Higiene y Seguridad Industrial, Asociación de Medicos del Trabajo de la Republica Argentina, Sociedad de Medicos del Trabajo de la Provincia de BsAs, Asociación Argentina de Higiene y Seguridad

en el Trabajo, Centro de Graduados Universitarios en Higiene y Seguridad del Trabajo

25. El estudio indicaba cursos de Técnico de Higiene y Seguridad en Capital Federal, Tucumán, la Rioja, Mendoza, Córdoba y Santa Fé; nueve Posgrados Universitarios en Higiene y Seguridad y los impartidos en la Universidad Tecnológica Nacional (distribuidos 3 en Capital Federal, 2 en el Gran BsAs, 1 en la Pcia de BsAs, 3 en Santa Fe); y también nueve especializaciones en Medicina del Trabajo (2 en Capital Federal, 3 en Gran Buenos Aires, 2 en Santa Fe, 1 en Corriente y 1 -discontinua- en Neuquén).
(Giordano, Giraudo, 1987)