

El trabajo como determinante de la salud

Leopoldo Yanes ¹

Resumen

El estudio del proceso de trabajo y la salud no es una preocupación reciente. Desde el siglo pasado, y debido a los cambios que sobre las condiciones de vida y salud de los trabajadores generó la Revolución Industrial, diversos estudiosos identificados con la causa de los trabajadores, comenzaron a evaluar el impacto de la misma sobre la salud de la población trabajadora. Desde esta época se plantea el conflicto entre dos maneras de abordar los problemas de la salud de los trabajadores. Una, que comenzaba a vislumbrar que los problemas de la salud de los trabajadores estaban vinculados a la manera como los trabajadores se insertaban en el proceso productivo; y la otra que centraba su acción en dos vertientes: la primera que privilegiaba la atención médica curativista, y la segunda, que consideraba al ambiente de trabajo en función de riesgos específicos, fundamentalmente los denominados factores de riesgos físicos y químicos.

Es en la década de los sesenta, en el marco de un proceso global de auge de las luchas sociales y del cuestionamiento de la organización capitalista del trabajo, cuando de nuevo cobra fuerza la posición que plantea que la salud tiene una estrecha relación con el proceso de trabajo en tanto que espacio concreto de explotación y en este sentido, entiende a la salud obrera como expresión concreta de esa explotación, y la lucha por la defensa de la salud obrera como un campo privilegiado de la lucha anticapitalista.

El presente ensayo busca sistematizar los avances desarrollados desde la perspectiva de la Salud Colectiva en relación al tema de la salud, el trabajo y la enfermedad en el marco de las relaciones sociales de la producción.

Palabras claves: Trabajo, salud, salud ocupacional

Abstract

The study of working process and health is not a new preoccupation. From the last century, and owing to the life conditions and health changes originated by the industrial revolution; distinct studios, identified with the workers cause, began to evaluate its impact on the working population's health. Since this time the conflict is stated within two ways to approach the workers health problem. One, that began to suspect the worker's health problems were related to the way they inserted in the productive process; and the other one centered its action on two flowing: the first one granted the Cure medical attention, and the second, which considered the working environmental on function of specific risks, fundamentally the denominated physical and chemical risks.

It's in the sixties decade, with the frame of a global process apogee for social fights and the doubt of capitalist organization, when the position that health is closely related with the work process takes over, and this also generates room for exploitation, in this sense the workers' health is understood as a concrete expression of the exploitation, and the fight for the workers' health and as a field of the anti capitalist fight.

The present assay seeks to systemize the developed advances from the collective health perspective related with health fact, the work and sickness in the frame of social relations production.

Key Works: Work, health, occupational health.

¹ Investigador del Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores (CEST). Magister en Salud Ocupacional.

Introducción

El estudio del proceso de trabajo y la salud no es una preocupación reciente. Desde el siglo pasado, y debido a los cambios espectaculares que sobre las condiciones de vida y salud de los trabajadores generó la Revolución Industrial, diversos estudiosos franceses, alemanes e ingleses -identificados con la causa de los trabajadores-, comenzaron a estudiar el impacto de la misma sobre la salud de la población trabajadora. Entre ellos destacan Villerme, Guépin, Penot y Benoiston de Chateauneuf entre otros (Dejours, 1990; Rosen, 1972). Mark y Engels dedican gran parte de su obra a analizar los efectos que sobre la salud de los trabajadores como una de las expresiones concretas de la explotación capitalista (Ver “El Capital”, tomo 1, de Marx, y “La situación de la Clase Obrera en Inglaterra” de Engels).

Desde esta época se plantea el conflicto entre dos maneras de abordar los problemas de la salud de los trabajadores. Una, que comenzaba a vislumbrar que los problemas de la salud de los trabajadores estaban vinculados, de alguna manera, a la manera como los trabajadores se insertaban en el proceso productivo; y la otra, que en definitiva fue la dominante, con una visión parcelada de la salud obrera que centraba su acción en dos vertientes: la primera que privilegiaba la atención médica curativista, y la segunda, que consideraba al ambiente de trabajo en función de riesgos específicos, fundamentalmente los denominados riesgos físicos y químicos, y los accidentes de trabajo. Esta parcelización encuentra su sustento científico en lo que hoy se conoce como el Modelo Médico, el cual identifica la enfermedad como el resultado de la acción de agentes específicos, que son los “riesgos”, y su solución la centra en la acción curativa. Esta visión no permite clarificar la compleja relación entre el proceso de trabajo y la salud, ya que una parte importante de la salud es ubicada fuera de la esfera del trabajo, que es lo que se ha denominado “la enfermedad común”, y la otra, la que reconoce como “enfermedad del trabajo”, se restringe, en última instancia, a una relación **unicausal** entre los diferentes riesgos presentes en el ambiente de trabajo con una visión principalmente indemnizatoria. Subrayamos la expresión “en última instancia”, porque el modelo médico ha desarrollado propuestas multicausales, que aunque permiten una mejor descripción del problema, las mismas no logran trascender sustancialmente la concepción **unicausal** de la relación salud-enfermedad.

Es en la década de los sesenta, en el marco de un proceso global de auge de las luchas sociales y del

cuestionamiento de la organización capitalista del trabajo, cuando de nuevo cobra fuerza la posición que plantea que la salud tiene una estrecha relación con el proceso de trabajo en tanto que espacio concreto de explotación y en este sentido, entiende a la salud obrera como expresión concreta de esa explotación, y la lucha por la defensa de la salud obrera como un campo privilegiado de la lucha anticapitalista.

Simultáneamente se presenta en este período, elementos dentro del mismo campo médico que cuestionan la validez del Modelo Médico por su incapacidad de resolver los problemas de la salud de la población en general -por una parte, permanecían como causas importantes de mortalidad enfermedades consideradas como resueltas por la ciencia médica, mientras que las nuevas patologías se presentaban con una frecuencia cada día mayor-, a pesar del crecimiento de los servicios de salud.

En palabras de Laurell y Noriega (1989), “...retorno a la fábrica para descifrar la realidad, salida del hospital para entender la enfermedad.” Estas fueron las premisas y el marco histórico que permitieron retomar la exploración de la **relación salud-trabajo** para entender el carácter social del **proceso salud-enfermedad** y de sustentar una nueva práctica en relación a la salud obrera.

La relación Salud-Trabajo

Al analizar el discurso sanitarista dominante podemos concluir que los problemas generales de salud de una sociedad determinada son analizados desde la perspectiva de las poblaciones agrupadas por las denominadas variables sociodemográficas (edad, sexo, ubicación geográfica, etc.), y no desde la perspectiva de los trabajadores. Se analizan los problemas de salud desde la óptica del consumo y de las conductas o actitudes, y no de la producción ni de la actividad laboral (Breilh, 1994). Esta manera de analizar la realidad sanitaria de la sociedad, si bien permitió avances en la solución de los problemas de salud, sin embargo hoy día muestra severas limitaciones para dar respuesta a esa misma realidad. Se puede afirmar que a pesar de los avances de la ciencia médica, todavía permanecen como principales causas de mortalidad aquellas enfermedades consideradas como resueltas por esa misma ciencia; y por otra parte, a pesar del crecimiento de los servicios de salud, éstos no parecen resolver los problemas relevantes de salud de la población (Laurell y Noriega, 1989).

A grandes rasgos, y para el objetivo de este estudio, podemos ubicar tres momentos del discurso sanitario que se corresponden con tres niveles diferentes de análisis de la relación salud-enfermedad (Pacheco, 1989; Rojas, 1982). Un primer momento se refiere a la enfermedad como un proceso que se presenta en un organismo determinado, y para resolver el problema de salud que lo afecta se requiere del concurso de la medicina y otras ciencias afines (la biología, la bacteriología, la fisiología, la anatomía, etc.) En base a las teorías, métodos, técnicas e instrumentos disponibles se realiza un diagnóstico de la enfermedad para lo cual se elaborarán previamente hipótesis de presunción, sobre todo cuando el cuadro clínico es complejo. El diagnóstico permitirá iniciar el tratamiento de la enfermedad a fin de restablecer la salud y eliminar o reducir al máximo las secuelas discapacitantes (Pacheco, 1989). Este momento encuentra su ubicación en el modelo que considera un solo tipo de causas de la enfermedad. Su interés está centrado en eliminar el o los agentes patógenos, físicos o químicos que ocasionan la alteración de las funciones “normales” del organismo. Es lo que se ha denominado como el *Modelo Médico*. Este modelo orienta la búsqueda de la causa que produjo la enfermedad pero de acuerdo con una concepción de ésta. El ideal aquí es establecer una relación en la que una causa es necesaria y suficiente para que se produzca una determinada enfermedad. Si se logra esto, podrá incidirse en forma directa e inmediata en el agente patógeno, físico o químico que daña la salud (Rojas, 1982).

La base teórica de este modelo se encuentran resumidos en los postulados de Koch: el microorganismo se halla siempre con la enfermedad, de acuerdo con las lesiones y la etapa clínica observadas; el microorganismo no se encuentra en ninguna otra enfermedad; el microorganismo, aislado de quien padece la enfermedad y cultivado durante varias generaciones, reproduce la enfermedad. La presencia “regular” y “exclusiva” del microorganismo demuestra una relación causal. En el caso de la medicina del trabajo tradicional, este modelo tuvo y aun tiene una amplia dominancia, es la práctica médica que busca una relación unicausal entre el ambiente de trabajo y sus consecuencia sobre la salud, tanto en el caso de las enfermedades ocupacionales como en los accidentes de trabajo. Es la búsqueda de un agente o de una causa que puede determinar la aparición de una patología o de un suceso en el caso de los accidentes (Rojas, 1982).

Este nivel de análisis e interpretación de la enfermedad, y la consecuente práctica médica, es el de la medicina curativa que busca la reincorporación de las personas a las actividades que desempeñaban antes de enfermarse o accidentarse. De acuerdo con este enfoque, para resolver el problema de salud *individual*, basta la acción competente del equipo de salud, apoyada en una infraestructura médica adecuada. Cualquier otra consideración es secundaria. Toda la información sociodemográfica requerida para la historia clínica (sexo, ocupación, edad, escolaridad, etc.), se presenta como datos aislados, abstractos, que poco o nada dicen de las verdaderas causas por las que los individuos se enferman o se accidentan (Breilh, 1994).

En el segundo momento del discurso sanitario, el individuo ya no se concibe en forma aislada, sino como parte de una comunidad que tiene determinadas características socioeconómicas y culturales, y está expuesto a un determinado riesgo de contraer enfermedades. De acuerdo con esto, se analizan algunos elementos con los que está relacionada la enfermedad: factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, etc., a fin de establecer regularidades empíricas entre estos factores y el tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad. La enfermedad se vincula por lo tanto, con condiciones deterioradas de vida y de trabajo: hacinamiento, falta de agua potable, desnutrición, educación médica deficiente, presencia de factores físicos, químicos o mecánicos en el medio de trabajo y que resultan adversos a la salud. Se adopta un *Modelo Multicausal* que permite incorporar el elemento social para poder comprender la enfermedad en cuanto que se consideran variables que hacen mención de aspectos sociales, pero que no permiten una comprensión profunda del verdadero significado de lo social al quedarse en lo meramente descriptivo (Rojas, 1982). Es el modelo de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark, que rebasa al modelo unicausal en la búsqueda de las causas de la enfermedad, pero es un enfoque ahistórico y mecanicista que no permite establecer una jerarquía entre los factores sociales y físicos, sino sólo señala relaciones externas inmediatas entre los fenómenos (Betancourt, 1995; Breilh, 1994). Este enfoque representa sin duda, un avance cuantitativo respecto al anterior en la concepción de la salud y la enfermedad, y en las prácticas para prevenir los daños y el restablecimiento de la salud.

En el tercer momento se busca conocer las causas fundamentales de la enfermedad y la muerte, los elementos condicionantes del acceso real a los servicios médicos, de la esperanza de vida en los seres humanos, no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse. En este nivel se trata de descubrir los nexos internos entre los fenómenos a fin de establecer leyes que orienten la búsqueda de las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con la misma, y permitan plantear alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada (Betancourt, 1995; Laurell y Noriega, 1989; Rojas, 1982).

Este tercer nivel supone a su vez un enfoque que supera a los anteriores, ya que implica un cambio cualitativo en el análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad. Lo central del planteamiento de este momento del discurso sanitarista es que el proceso salud-enfermedad, aún cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar por qué existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto al tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad; esperanza de vida y muerte; y en el acceso real a los servicios médicos, replanteando además la discusión sobre la concepción misma de la salud y la enfermedad.

En los tres niveles que hemos descrito pueden emplearse métodos, técnicas e instrumentos para obtener información empírica de la realidad concreta; la diferencia estriba en el tipo de realidad que se estudia en cada nivel.

En el primero, la realidad es el individuo y se hace abstracción de sus condiciones materiales de existencia, ya que el interés radica en resolver a la brevedad posible un problema de salud, y el método que se utiliza es el clínico. El segundo nivel se refiere a la búsqueda de un conocimiento sobre una realidad en la que el individuo ya no se concibe aislado del acontecer físico y social; pero la realidad que se investiga es lo fenoménico, lo externo e inmediato de los vínculos y aspectos de los elementos físico-sociales y su relación con el proceso salud-enfermedad. Aquí pueden emplearse diversos métodos y técnicas que la práctica ha demostrado que son de gran utilidad para alcanzar

conocimientos objetivos, con la limitación que se han centrado en los aspectos externos. Estos métodos y técnicas pueden ser, entre otros, el experimento social, la observación, la encuesta o la entrevista.

En el tercer nivel, se estudia a la realidad en su conjunto, en sus múltiples nexos y determinaciones; es la realidad vista como una totalidad concreta, histórica, en la cuál se encuentran y desarrollan todos los procesos y objetos. En este nivel de análisis, el proceso salud-enfermedad es parte de esa totalidad. Por tanto, la explicación de dicho proceso se encuentra en la base material de la sociedad, es decir, en la forma en que ésta se organiza para producir y reproducirse.

En este nivel de análisis se recurre también a los métodos y técnicas antes mencionados, pero tales herramientas se encuentran ubicadas en una perspectiva teórica que da cuenta de determinada concepción del mundo, de la sociedad, de los fenómenos inherentes a ésta, y que guía, además el manejo de los métodos y técnicas de investigación, así como la aplicación de los resultados de los estudios.

Este tercer momento del discurso sanitarista se caracteriza fundamentalmente en definir la relación salud-enfermedad como un proceso que incorpora el análisis de la realidad social como uno de los elementos determinantes del mismo, de manera que se habla del proceso salud-sociedad y que tiene su expresión más estructurada en el concepto salud-trabajo-enfermedad.

El contexto histórico de este planteamiento se ubica en el marco de un auge importante de la lucha de clases a finales de los años sesenta e inicios de los setenta, que plantea un cuestionamiento global de la organización capitalista del trabajo. Es decir, ocurre justo cuando renace –contra la parcialización de la problemática del mundo laboral impuesta por la lógica de la negociación problema por problema– una visión que recupera al proceso de trabajo como el espacio concreto de la explotación. De ahí no hay un paso largo para recuperar a la salud obrera como expresión –igualmente concreta–, de esta explotación.

Simultáneamente, en esta época se desarrolla un movimiento dentro del mismo campo de la medicina que cuestionaba la validez del modelo médico dominante. Durante aquellos años no sólo se daba la desmitificación de la inevitabilidad de una determinada manera de organizar la producción social, sino también

una reflexión crítica sobre las prácticas sociales imperantes, entre ellas la práctica médica. Surge de esta manera, la crisis de la medicina como crisis de un paradigma científico y de una práctica. Esta crisis se mostraba con particular fuerza en América Latina. (Laurell, 1983).

Desde la perspectiva de la medicina social, la salud de los trabajadores se convirtió en un tema privilegiado para la construcción de un nuevo modo de entender y analizar el proceso de salud-enfermedad colectiva como proceso social. Independientemente de los puntos de partida de los investigadores para estudiar la producción social del proceso salud-enfermedad, hubo una tendencia a converger en el tema salud-trabajo como eje central para la comprensión de la manera como se articula la salud-enfermedad en el proceso social.

Es importante señalar que el estudio del proceso de trabajo y la salud obrera no ha sido una preocupación reciente. El impacto de la revolución industrial en Europa durante el siglo XIX fue tan espectacular y expoliador de la vida obrera, que necesariamente se convirtió en una temática de estudio y de acción. Marx y Engels dedican una parte de su obra a analizar este problema como una de las expresiones concretas de la explotación capitalista, basándose en diversos estudios realizados sobre todo en Inglaterra. De igual manera, existieron en Francia y Alemania corrientes importantes de médicos identificados con la causa obrera, que documentaron, a través de una serie de estudios, los efectos devastadores de la industrialización sobre la salud y la vida obrera entre los que destacan Villerme, Guépin y Penot, Benoiston de Chateauneuf (Dejours, 1990; Rosen, 1972).

La situación era tan seria, que de hecho ponía en peligro la reproducción de la fuerza de trabajo al superar las tasas de mortalidad a las de natalidad. Es decir, la reproducción de la fuerza de trabajo sólo tenía solución mientras existiera la posibilidad de transferir población de las zonas rurales a las urbanas. Este permite comprender el por qué de la violencia del proceso de expropiación de los campesinos libres de toda Europa, especialmente de Inglaterra (Marx, 1959). Estos fueron los inicios del proletariado inglés: expropiados como campesinos, echados a los caminos como vagabundos, y castigados por no tener trabajo. Por supuesto que estos campesinos se vieron obligados a migrar del campo a la ciudad e incorporarse a las filas del naciente proletariado inglés.

De la necesidad compartida por el capital y el trabajo de modificar las condiciones creadas por la industrialización, surgieron medidas que fueron hegemonizadas finalmente por la burguesía. De esta manera se tendió a parcializar la problemática de la salud de los trabajadores enmarcándola en dos vertientes; la de la atención médica y la de los “riesgos del trabajo”. Con esta visión resulta oscurecida la comprensión de la compleja relación entre el proceso de trabajo y la salud por cuanto una parte importante de ella es ubicada fuera del trabajo, se restringe a los riesgos físicos, químicos, biológicos y mecánicos, a los que se trata de dar respuesta desde la prevención vista ésta como en proceso exclusivamente técnico, desvinculada de las relaciones de la producción, y cuando ésta falla, proceder a la indemnización, siendo muchas veces ésta última la de mayor peso en las políticas patronales.

Es importante destacar que la “realidad cotidiana del trabajo” ha sido un área inaccesible no solamente a la mirada del sanitarista, sino también de la mayoría de los observadores y analistas de la sociedad. El ambiente fabril es considerado como un “ghetto” o área de la sociedad al que no hay acceso para el estudio de las condiciones de vida y salud, y que por el contrario es un espacio reservado a las relaciones privadas entre personas. La fábrica, aún siendo un espacio “especialísimo” de lo público, donde se expresan relaciones y derechos fundamentales del ser humano, sigue siendo considerado como un área donde predomina fundamentalmente el concepto de la propiedad privada, individual. Derechos fundamentales como el de la salud, el trabajo, la organización, la libre expresión del pensamiento, quedan coartados y limitados al traspasar los límites de la sacrosanta propiedad privada. A partir de la puerta de acceso a las instalaciones, los derechos fundamentales del ser humano quedan sometidos a un derecho que pareciera superior a los anteriores: el derecho de propiedad. Se plantea entonces una reconceptualización del espacio laboral para que deje de ser ámbitos de la experiencia individual, de lo “privado”, y se conviertan en áreas socializadas y legítimas, de acción y transformación para garantizar los derechos humanos fundamentales.

Algunas precisiones de carácter teórico en la relación salud-trabajo

Cuando analizamos la visión de la salud de los trabajadores que se tiene desde las distintas concepciones presentes en la literatura científico-social, podemos observar como la mayor parte de ella la define

bajo la concepción tradicional de la medicina ó simplemente como un indicador del impacto del trabajo sobre los trabajadores. En este sentido es a la medicina social -o epidemiología crítica-, a quién le ha correspondido problematizar y avanzar hacia una nueva concepción de ella planteando "...la necesidad de entender a la salud-enfermedad no sólo como un proceso bio-psíquico sino ante todo como un proceso social" (Laurell y Noriega, 1989).

El aporte central de esta corriente reside en el planteamiento de la necesidad de entender el nexo bio-psíquico (proceso salud-enfermedad) como la expresión concreta en el ser humano del proceso histórico en un momento determinado, es decir, los procesos biológicos y psíquicos humanos sólo pueden ser entendidos en su contexto histórico. Esta posición plantea una ruptura fundamental con la concepción médica tradicional que entiende los procesos biológicos y psíquicos humanos como procesos naturales y, por tanto, ahistóricos. Identificar el carácter social del proceso salud-enfermedad equivale a reconocer que los procesos biopsíquicos no son ahistóricos e inmutables, sino que asumen formas históricas específicas que caracterizan a los distintos grupos sociales.

Levins y Lewontin (1985) formularon teóricamente el problema de historicidad de los procesos naturales al plantear que las formas históricas de la biología humana son la expresión de la capacidad del cuerpo para responder con plasticidad ante sus condiciones específicas de desarrollo, es decir, son procesos de "adaptación" que en esta concepción se distinguen en dos aspectos esenciales de la concepción de adaptación manejada por la fisiología y la corriente darwiniana dominante: en primer lugar, no se trata de una adaptación que restablece un equilibrio inicial, sino que produce una nueva condición corporal; en segundo lugar, estos procesos de adaptación no son teleológicos en el sentido de que ocurren para alcanzar un objetivo determinado. En esencia, significan la transformación de los procesos biológicos y psíquicos con el desarrollo o la destrucción de potencialidades y capacidades.

Para abordar el nexo biopsíquico humano como una expresión de las condiciones concretas del proceso histórico, es imposible mantener el instrumental metodológico y técnico de la medicina tradicional. Se hace necesaria la construcción de un nuevo objeto de conocimiento. Un primer problema que aparece es el cómo "pensar" el hecho de la historicidad de la biología humana (Laurell y Noriega, 1989). En el marco de esta

propuesta, el abordaje de la biología humana no es posible desde los procesos celulares ó sub-celulares, cómo tradicionalmente se ha venido realizando, debido a que esta historicidad se manifiesta en un nivel de complejidad diferente al nivel celular o sub-celular. Hay que abordarlo en el nivel de complejidad que representa el cuerpo humano en su integralidad. Es aquí donde se expresa el concepto de estereotipos de adaptación ó "modos de andar por la vida" (Tambellini, 1975), siempre dejando claro que el concepto de *adaptación que permite entender la historicidad de los procesos biológicos* es diferente del concepto de *adaptación entendido como un continuo retorno a la normalidad*. Es decir, se entiende la adaptación mas bien como procesos complejos, multidireccionales, los cuales no siempre significan un retorno a la normalidad del organismo.

Esta manera de concebir o de construir el objeto de científico de estudio *proceso salud-enfermedad colectivo* tiene implicaciones importantes que es necesario explicitar. Una primera consecuencia es que centra la atención en las características del proceso biopsíquico complejo y no en la enfermedad clínica, es decir, permite analizar otras dimensiones de la salud que la clínica no reconoce, pero que pueden significar un grave "malestar" corporal y psíquico. Es decir, abre las posibilidades para el estudio de otras nuevas realidades hasta ahora no reconocidas como "problemas de salud" por la visión dominante de la ciencia médica. Otra consecuencia es que esta manera de abordar el proceso salud-enfermedad obliga a una visión histórica, dinámica, que reconoce que las formas históricas biopsíquicas específicas, son estereotipos de adaptación presentes pero que a la vez hunden sus raíces en el pasado, y prefiguran el "malestar" futuro. Un tercer elemento inherente a esta construcción del objeto científico destaca que el proceso salud-enfermedad colectiva caracteriza a las colectividades humanas definidas en función de su inserción específica en los procesos sociales. Por tal motivo, es en éstas -en las colectividades humanas-, en donde se pueden estudiar sus expresiones concretas, y no en individuos aislados o en una suma de individuos. Pero es importante comprender que no son colectivos ahistóricos y difusos, sino grupos sociales definidos por su manera de inserción en la sociedad, es decir, en el proceso productivo, donde se encarna el nexo biopsíquico históricamente específico.

Si entendemos el trabajo como la relación que establece el ser humano con la naturaleza para su

aprovechamiento, en determinadas condiciones históricas; y que es el lugar que ocupa el ser humano con relación a ese proceso de trabajo lo que nos da la pista para entender el lugar que ocupa en una sociedad históricamente determinada; será a partir del estudio del proceso laboral que podremos entender los estereotipos de adaptación que corresponden a los diferentes sectores de esa sociedad concreta (Laurell y Noriega, 1989).

El problema de la construcción del objeto de estudio de la medicina social se ubica en el cómo conceptualizar la subsunción de lo biológico en lo social. A pesar de que los procesos de adaptación se expresan en los individuos concretos, para poder comprenderlos es necesario comprender el “ambiente” como un producto de la realidad social, y que además, dependiendo de la inserción del individuo en ese “ambiente” presentará distintas modalidades que son características de la manera de insertarse en el proceso social. Es decir, los estereotipos de adaptación o “modos de andar por la vida”, son característicos de las colectividades humanas concretas, más allá de las características individuales de cada individuo que la integra.

Como expresión de los planteamientos anteriores, se puede ir construyendo el nuevo objeto de estudio -la relación salud-trabajo-enfermedad-, a partir de donde se puede generar el nuevo conocimiento. Entendiendo que los estereotipos de adaptación caracterizan a las colectividades humanas, es en éstas donde podemos estudiar el nexo bio-psíquico y no en los individuos aislados. Es por ello que una herramienta de primera línea para abordar el estudio de la relación salud-trabajo-enfermedad es la epidemiología, la cual ha tenido que sufrir a su vez profundas transformaciones en sus bases conceptuales para dar respuesta a los nuevos problemas que surgen de esta propuesta.

El Proceso de Trabajo

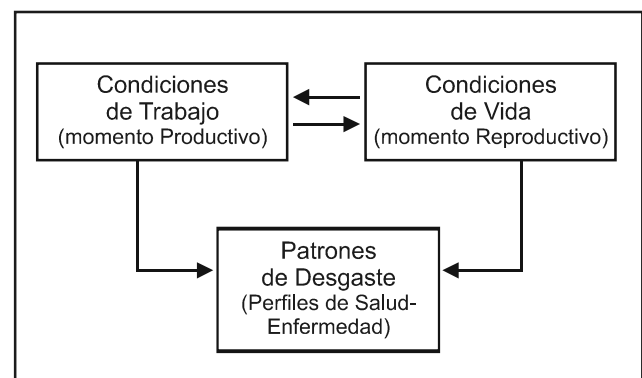
Uno de los procesos más importantes en el proceso de transformación del mono en ser humano, es la creación y uso de la herramienta mediante la utilización de materiales que aportaba la naturaleza de manera directa -piedras, madera, huesos-, hace cerca de cinco millones de años. De esta manera el ser humano comienza a actuar sobre la naturaleza para transformarla en la perspectiva de obtener beneficios de acuerdo a sus necesidades (Betancourt, 1995). La

diferencia fundamental entre el trabajo considerado como el intercambio constante entre los seres humanos y la naturaleza y la actividad de los animales es que en el caso de los primeros se realiza de manera consciente, con la participación del pensamiento, mientras que en los segundos -los animales-, es una actividad meramente instintiva, donde no existe la prefiguración del producto de la actividad. Este elemento va a ser clave al analizar el proceso de trabajo-alienación en el modo de producción capitalista y sus efectos sobre la salud.

El ser humano nunca produjo bienes de manera aislada. Desde sus inicios, el trabajo tuvo una base eminentemente social. El trabajo individual es sólo un componente del trabajo social que no se expresa de forma directa sino en trabajo acumulado. De manera que aunque el ser humano produce para satisfacer sus necesidades, esta satisfacción no se materializa en el propio acto de **producir**, sino que logra su concreción en el momento del **consumo**. De manera que para estudiar el proceso de producción y reproducción de bienes materiales, es necesario estudiar el **momento de la producción** y el **momento del consumo** como una unidad dialéctica, inseparable uno del otro.

Esta unidad dialéctica entre el **momento de la producción** y el **momento del consumo** tienen su expresión específica en el proceso salud-enfermedad o expresado de mejor manera, proceso salud-trabajo-enfermedad. El momento de la producción está vinculado con las **condiciones de trabajo** y el momento del consumo con las **condiciones de vida**. Esta unidad dialéctica **condiciones de trabajo-condiciones de vida** va a tener como resultante los **patrones de desgaste** o su expresión más completa: los perfiles de salud-enfermedad de las poblaciones socialmente determinadas (Ver Gráfico N° 1).

Gráfico N° 1
Relación Momento Productivo
Momento Reproductivo



La Salud Ocupacional ha asumido históricamente el espacio que se corresponde con el *momento productivo* (Condiciones de Trabajo), sin embargo, las tendencias actuales del empleo en el marco de las nuevas formas de la organización del trabajo hacen que esta separación (*momento productivo vs. momento reproductivo*) se haga cada día menos significativa. Especial interés cobra en este sentido la situación de la mujer trabajadora en las que no es posible entender su proceso salud-trabajo-enfermedad tomando como referente y de manera aislada uno de estos dos momentos del proceso de producción capitalista.

Estos procesos de producción y de consumo, así como las relaciones entre los seres humanos y entre éstos y la naturaleza, han cambiado a través de la historia, cambiando con ello las condiciones de trabajo, de vida y las expresiones de salud. El desarrollo de las fuerzas productivas, la presencia de una amplia variedad de procesos laborales, la incorporación de formas productivas regidas por sistemas de cooperación o de división del trabajo, por la separación entre la concepción y la ejecución, por la posesión o no de los medios de producción, por la incorporación de la máquina y de procesos automatizados, han definido las formas de enfermar o morir de los trabajadores (Betancourt, 1995).

Aunque el proceso de trabajo es el proceso básico de todas las sociedades, sólo se concreta bajo formas históricas particulares. En tal sentido, a objeto del presente trabajo, interesa analizar la forma que el proceso laboral asume en las sociedades capitalistas.

Para comprender las características que asume el proceso de trabajo en el modo de producción capitalista hay que tener presente que su finalidad es la extracción de plusvalor, de manera que hay que analizar el proceso de producción en sus dos facetas: el proceso de valoración o de producción de plusvalor, y el proceso laboral o de producción de bienes. La característica esencial del proceso de producción capitalista es que al mismo tiempo que es un proceso laboral, técnico, de producción de bienes (valores de uso), es el proceso de producción de valor de cambio o simplemente valor.

El proceso laboral, en este sentido, no es más que un medio del proceso de valorización del capital, el cual le impone su lógica. Estudiar el proceso laboral equivale a descubrir bajo qué formas concretas el capital consigue extraer y maximizar la plusvalía, problema que está indisolublemente ligado a la lucha

de clases, dado que el capitalista no sólo persigue valorizar su capital, sino que está obligado a hacerlo enfrentado a la resistencia obrera. Las transformaciones del proceso laboral capitalista las podemos explicar entonces, como las soluciones concretas específicas dadas a los problemas de maximizar la plusvalía. Es decir, expresan por una parte la necesidad de incrementar incesantemente la productividad del trabajo, fuente única de valor, y por la otra, la estrategia del capital para enfrentar y anular la estrategia obrera de resistencia a la explotación (Laurell, 1984).

Esto significa que si bien el proceso laboral es y puede ser visto como un proceso técnico, su esencia es social y económica. Cada uno de sus elementos, y la interacción dinámica entre ellos, son comprensibles únicamente en esta perspectiva analítica. La conversión de un objeto de trabajo, no es un hecho fortuito, sino que obedece a la posibilidad de convertirlo en un producto realizable en el mercado con ganancia. Los instrumentos de trabajo no son el simple resultado del desarrollo científico-tecnológico sino también, la materialización de determinadas relaciones de clase. El consumo de la fuerza de trabajo al realizarse el trabajo, finalmente, sintetiza las características del objeto, de los instrumentos y una determinada correlación de fuerza entre el capital y el trabajo, y se expresa bajo formas concretas de desgaste obrero.

Al analizar los orígenes del proceso de *valorización*, una primera interpretación se refiere a la competencia intercapitalista, apareciendo aquí el elemento de la productividad identificada con el desarrollo y la incorporación de nueva tecnología. Esta primera visión, si bien es importante, elude el elemento central para comprender la cuestión tecnológica, que es la relación capital-trabajo (Laurell, 1990). Es decir, para comprender el proceso de valorización de la mercancía no basta entender que éste se desarrolla en condiciones de competencia intercapitalista, sino ante todo, que es un campo de lucha entre las fuerzas antagónicas del capital y el trabajo.

Esta lucha, cuando se presenta en condiciones ordinarias, es decir, cuando no se cuestiona la dominación capitalista, se expresa como la disputa por el plusvalor ó plusvalía generada en el proceso laboral, y al mismo tiempo, por el cómo usar la fuerza de trabajo. Ambas luchas tienen momentos en que se expresan de una manera concentrada, tal es el caso de las

movilizaciones obreras ó en las discusiones de la contratación colectiva. De igual manera, tiene expresiones cotidianas en los lugares concretos de trabajo. Allí se expresan en la conflictividad en el proceso laboral concreto, en la indisciplina, el enfrentamiento personal capataz-trabajador, el sabotaje imperceptible de la producción, etc.

Otro elemento importante a destacar es que el proceso de trabajo no está aislado del consumo, sino que ambos constituyen una unidad. Son dos momentos de un mismo proceso en el cual el consumo está determinado por la producción. Esta unidad entre trabajo y consumo, que en el marco de la lucha de clases origina determinadas prácticas de clase, es lo que permite descubrir la existencia de patrones específicos de desgaste reproducción obrera, que se expresan en las fisonomías de clase y en el proceso salud-enfermedad. Así mismo las formas distintas de enfermar y morir de las clases y fracciones de clase, no son más que manifestaciones singulares del proceso de desgaste-reproducción.

Conceptualizar el problema de esta manera tiene una serie de consecuencias teóricas y prácticas. Por una parte, permite constatar la determinación social del proceso bio-psíquico humano, y por otra, explica la esencia social de este proceso, lo que nos coloca en condiciones de ir reconstruyendo sus elementos concretos y reconocer sus determinaciones.

Entender la enfermedad como una manifestación singular de un proceso, resuelve los dilemas causalistas, ya que pone en el centro, no tal o cual entidad gnoseológica, sino el proceso mismo que puede expresarse bajo formas distintas en diferentes momentos. Esto nos libera definitivamente de las trabas del pensamiento médico tradicional respecto a la causalidad específica en sus vertientes de mono y multicausales, y nos ubica en el camino de un pensamiento auténticamente preventivo. De allí que la simple búsqueda de cómo prevenir o curar una enfermedad determinada, deviene en un esfuerzo por desentrañar cómo lograr el desarrollo óptimo de las potencialidades bio-psíquicas humanas.

Asumir estos planteamientos tiene efectos profundos sobre la práctica. Primero, porque revelan que hay un vínculo íntimo entre el trabajo y la salud, que no se agota en algunos factores de riesgo externos y determinadas enfermedades, sino que el trabajo es a

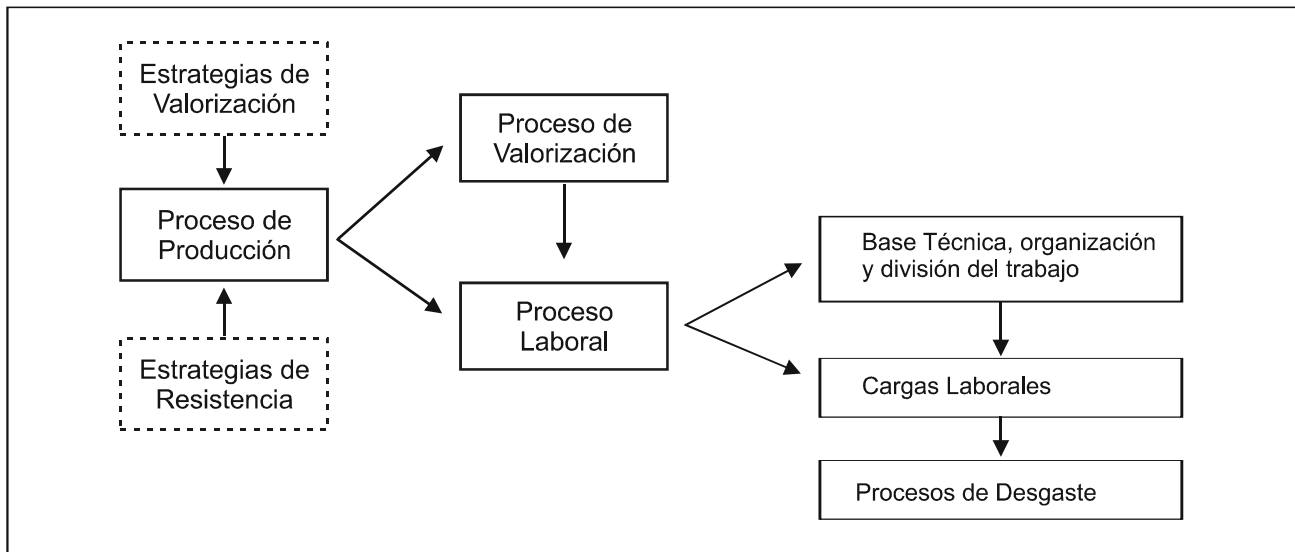
la vez un modo biológico y psíquico de vivir. No se trata de luchar contra la posibilidad de contraer determinadas enfermedades, sino porque el desgaste sea menor. Significa hacer consciente que el capital no sólo expropia el producto del trabajo, sino que lo hace bajo formas que tienen repercusiones precisas en la vida obrera cotidiana. Significa que no es posible ganar en el consumo lo que se perdió en la producción.

El transformar profundamente los patrones de desgaste / reproducción obrera, pasa por la disputa de la repartición del excedente, pero la cuestión central es el control sobre el proceso de trabajo o proceso de producción.

De manera esquemática podemos decir que el proceso de producción lo podemos desdoblar en sus dos componentes: el proceso de valorización y el proceso laboral, donde las necesidades del proceso de valorización se constituyen en el determinante principal de la conformación específica del proceso laboral. Sin embargo, el proceso de producción está en el centro del conflicto entre el capital y el trabajo, de manera que otro de los determinantes de la conformación del proceso laboral concreto es la manera como se expresan las estrategias de valorización y de resistencia.

La importancia de entender cuales son los determinantes de la conformación del proceso laboral reside en el hecho de que es en este proceso donde se concreta una forma particular de trabajar que implica un uso específico del cuerpo y la mente del trabajador (Laurell, 1990). En última instancia, el proceso laboral está conformado por el objeto de trabajo, los instrumentos de trabajo y el trabajo propiamente dicho. Los dos primeros constituyen la base técnica del proceso laboral, y el trabajo propiamente dicho va a estar definido por la organización y la división del trabajo en un proceso laboral concreto. Sus características van a estar definidas por la lógica y dinámica del proceso laboral, es decir, la forma específica que asume su base técnica y la organización y división del trabajo. Sin embargo, es necesario una segunda lectura para poder descifrar la relación entre el proceso laboral y nuestro objeto específico de estudio: el proceso salud-enfermedad colectivo. Para ello es necesario el estudio de la otra cara del proceso laboral que es la dimensión social y biopsíquica y desarrollar ésta conceptualmente. Laurell (1990), desarrolla un esquema que permite visualizar esta propuesta:

Gráfico N° 2
Proceso de Producción – Proceso de Desgaste



Tomado de Laurell: La Construcción Teórico-Metodológica. En: Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores

Las herramientas de la medicina tradicional no permiten dar respuesta a la nueva conceptualización de la medicina social, en el análisis del proceso laboral y el nexo bio-psíquico. Al producirse una ruptura con relación al objeto de estudio, necesariamente tiene que producirse una ruptura con el instrumental metodológico que lo acompaña. Así, ni la concepción tradicional del “riesgo” como agentes nocivos aislados que pueden causar enfermedad ni la concepción de los “factores de riesgo” presentes en el modelo epidemiológico multicausal, resultan suficientes para el enfoque teórico que propone la corriente de la medicina social. Se hace necesario construir nuevas categorías de análisis.

Una primer categoría de análisis, necesaria para reconstruir a nivel de los procesos intelectuales una representación coherente de la realidad es la de “*desgaste*”, entendida como la pérdida de capacidad potencial y/o efectiva, biológica y psíquica y engloba a los procesos biopsíquicos en su conjunto (Laurell, 1990). La razón de abarcar con este concepto tanto las capacidades efectivas como las potenciales es para permitir analizar no sólo la destrucción biopsíquico, repentina o lenta, sino también los obstáculos al desarrollo de potencialidades en estos dos terrenos. Es importante esta precisión ya que introduce un elemento novedoso, debido a que el desgaste puede expresarse o no en lo que la medicina reconoce como patología. Además, obliga a considerar los procesos de desgaste no solo en el marco del proceso productivo, sino además, y de manera muy importante, en el del proceso

reproductivo, de reposición y desarrollo de las capacidades bio-psíquicas.

Por su complejidad, la categoría desgaste es difícil mostrarla directamente, por lo que la mayoría de las veces sólo es posible captarla a través de alguna de sus dimensiones o mediante indicadores. Los más usados, en este sentido, son los síntomas y signos inespecíficos, el perfil patológico, los años de vida útil perdidos, el envejecimiento acelerado y la muerte prematura. Los tres últimos carecen de sentido salvo que se presenten con relación a un referente social, cuyo procedimiento de selección debe ser explícito.

Los procesos de desgaste no pueden ser comprendidos primariamente en la individualidad de cada trabajador, sino que es una categoría que caracteriza a las colectividades humanas. Es decir, aún cuando los procesos de desgaste se expresan a través de los individuos que integran la colectividad, no es sino en ella donde adquiere pleno significado y visibilidad. Esto adquiere vital importancia en la comprensión de que el proceso de desgaste no es una fatalidad ciega, sino que está moldeado por la acción de la propia colectividad.

Una segunda categoría es la de “carga laboral”, con la cual se pretende lograr una conceptualización más precisa en lo que hasta ahora se ha conocido como condiciones ambientales con relación al proceso laboral. Se intenta resaltar en el proceso laboral a los elementos

de éste que interactúan de manera dinámica entre sí y con el cuerpo humano, generando procesos de adaptación que se traducen en desgaste, entendido éste como la pérdida de la capacidad potencial y/o efectiva corporal y psíquica (Laurell y Noriega, 1989).

Es necesaria una primera aproximación a la realidad por medio de la descomposición de las cargas en tipos específicos, incluso incluyendo los riesgos particulares. Ahora bien, esto no quiere decir que la recomposición sea la simple suma de las partes, debido a que sólo es posible lograr una comprensión global de los procesos de desgaste a partir de la dinámica global del proceso laboral. Un segundo paso analítico, consiste en la reconstrucción de las cargas laborales con la lógica global del proceso laboral como punto de partida. En este sentido, para lograr una mejor comprensión de las cargas laborales es conveniente agruparlas en dos grandes grupos: las que tienen una materialidad externa al cuerpo y que al interactuar con él genera una nueva materialidad interna, éstas son las cargas físicas, químicas, biológicas y mecánicas, y las que sólo adquieren materialidad en el cuerpo humano, éstas son las psíquicas y las fisiológicas.

Las cargas físicas, químicas, biológicas y mecánicas pueden ser detectadas y hasta cuantificadas sin involucrar al cuerpo humano, tienen de esta manera una materialidad externa a él. Todas estas cargas al interactuar con el organismo, sufren un cambio de calidad debido a que pierden su materialidad externa para generar transformaciones en los procesos corporales. Así, el ruido en el ambiente cobra importancia en la medida en que genera procesos patológicos que van más allá de la simple pérdida auditiva.

Las cargas fisiológicas y psíquicas, sólo tienen materialidad en el cuerpo humano. Pero así como las cargas del primer grupo al interactuar con el organismo sufren una transformación cualitativa, de la misma manera este segundo grupo de cargas también generan procesos similares, de tal manera que el conceptualizar estas cargas no es posible al margen del cuerpo humano, pero al mismo tiempo, cobran materialidad en procesos corporales transformados.

La descomposición y agrupamiento de las cargas en distintos tipos, sólo es un primer paso analítico. El segundo paso sería la recomposición ó reconstrucción de las cargas laborales a la luz del proceso laboral concreto.

Esta recomposición es evidente en el efecto potenciador de las cargas de un mismo grupo, de manera tal que no sólo se suman sino que incrementan sus efectos sobre los procesos bio-psíquicos humanos. Pero es en la interacción entre las cargas de distintos grupos donde se logra una mejor visualización de la necesidad de analizarlas en conjunto y en el marco del proceso laboral.

Betancourt (1995) y Breilh (1994) introducen elementos adicionales que permiten ir más allá de los planteamientos de Laurell con relación a las *cargas laborales*. En efecto, estos autores hablan de *procesos* más que de *cargas* dándole una connotación más amplia al concepto desarrollado por Laurell. Plantean la existencia de *procesos peligrosos* (que se relacionan con el concepto de *carga* de Laurell) y la existencia de *procesos favorables o protectores*. Esta conceptualización de los autores antes señalados es importante ya que permite rescatar los elementos positivos del trabajo y eliminar o combatir los elementos destructivos.

Los avances propuestos por la corriente de la Medicina Social han abierto brechas para el planteamiento de nuevos problemas de la salud en el trabajo. Uno de los que ha tenido mayor relevancia es el referido al enfoque de género. La visión de género ha permitido hacer visibles problemas que antes permanecían ocultos. En el área de la salud de los trabajadores esta perspectiva ha permitido establecer las claves para la comprensión de la distribución desigual de la enfermedad al interior de los procesos productivos, al estar la distribución del empleo estrechamente relacionado con la discriminación entre hombres y mujeres. Los llamados “ghettos de empleo” al interior de las fábricas permiten comprender esta distribución desigual de la enfermedad: empleos para hombre (caracterizados por “altas exigencias” y elevados niveles de exposición a condiciones peligrosas de trabajo) vs. empleos femeninos (caracterizados *supuestamente* por “bajas exigencias” y bajos niveles de exposición a condiciones peligrosas de trabajo). Esta mitología con relación a los empleos *femeninos* y *masculinos* ha sido develada por la perspectiva de género en el abordaje de la salud en el trabajo. Estudios realizados han puesto al descubierto la falsedad de la afirmación que los empleos femeninos son de baja exigencia, y al mismo tiempo han develado la trampa de la visión masculina de la producción con relación a que los hombres pueden soportar peores condiciones de trabajo. Este último ha sido un argumento que ha

permitido exponer a los trabajadores a condiciones a las que ningún ser humano (sea hombre o mujer) debería ser expuesto en el desarrollo de su actividad de trabajo.

Entre algunos de los problemas teóricos sobre los que es necesario profundizar en el debate actual de los problemas de la salud desde una perspectiva de género podemos ubicar los siguientes: las categorías que expliquen la salud; la construcción histórica de los géneros; las diferentes nociones de reproducción que permitan profundizar en el conocimiento de los problemas de la mujer; y el trabajo doméstico como parte fundamental de la vida cotidiana de las trabajadoras (Garduño, 1993).

En la perspectiva de la salud colectiva o epidemiología crítica -entendidas como una propuesta alternativa al enfoque médico tradicional- se propone como alternativa para analizar el proceso salud-trabajo-enfermedad en su articulación con el nivel más general de la dinámica social la categoría de análisis “reproducción social” en tanto que integra los dos momentos fundamentales de la organización social: la producción de bienes (momento productivo) y el consumo de los bienes producidos para la reproducción de la fuerza de trabajo y la realización de la mercancía (momento reproductivo). Esta propuesta ha permitido avanzar en la explicación y distribución diferencial de la enfermedad y de la muerte, es decir, **ha permitido develar el carácter social del proceso salud-trabajo-enfermedad.**

En los estudios desarrollados en esta perspectiva, por razones de construcción del saber, de una u otra manera, siempre se ha privilegiado alguno de los dos momentos (el productivo o el reproductivo) para explicar la determinación del proceso salud-enfermedad colectiva. Los estudios que parten del **momento productivo** analizan los procesos de trabajo generando conocimientos que se concretan en la lucha por la salud laboral para cambiar, en última instancia, las relaciones entre el capital y el trabajo; mientras que los estudios que parten del **momento reproductivo** han permitido conocer algunos de los determinantes del proceso salud-enfermedad que se generan por las “condiciones de vida” de los diferentes grupos sociales.

La aplicación empírica en problemas de salud colectiva de esta visión dicotómica de la dinámica social, permite entender y clasificar las patologías y las causas de muerte de acuerdo a su origen, privilegiando sólo una parte de la vida -la productiva ó la reproductiva-,

aunque en última instancia se reconozca la síntesis de determinaciones en el cuerpo mismo de los individuos por la interacción de las exigencias de esos dos ámbitos. En el caso de las mujeres trabajadoras, que cumplen el doble papel de trabajadoras y de amas de casa, los dos momentos -el productivo y el reproductivo- se mezclan en la vida diaria y el límite de sus fronteras es imposible de definir. Las mujeres -en su papel de *ama de casa*, -en los espacios llamados de reposición, realizan tareas de producción de bienes y servicios que las **desgastan**. Además, en el desarrollo de su actividad laboral, no abandonan su responsabilidad sobre sus familias, de tal forma que trabajan en la reproducción de sí mismas y de los demás.

Metodológicamente es posible, en algunos sectores y/o grupos sociales, entender por separado la producción y la reproducción, **pero en el caso de la salud-enfermedad de las trabajadoras, es indispensable situar ambas categorías como un “continuum” en el que desarrollan su vida.** En este sentido, analizar la generación de problemas de salud en la mujer trabajadora desde alguno de los momentos, sin considerar el otro, puede llevar a perder o encubrir parte de su explicación y de su compleja determinación. La doble inserción de la mujer al trabajo, en los momentos de producción y de reproducción social, así como la especificidad de la reproducción biológica, deben ser abordados en el estudio de la salud de la mujer trabajadora. (Acevedo, 1993)

Podemos ubicar tres niveles de explicación de los problemas de la salud de la mujer sobre los que es importante plantear algunas reflexiones. El abordaje desde el punto de vista de la reproducción en el sentido biológico, los que la abordan desde la perspectiva de la vida doméstica como el lugar de la reproducción de la capacidad de trabajo, y los que la explican desde la perspectiva de la construcción histórica de los géneros situándose en el nivel más abstracto de la **reproducción social** (Breilh, 1991).

Al aplicar las categorías de **género** y las acepciones de **reproducción social** en el análisis de los tres papeles centrales de la mujer en la estructura social encontramos que existe una extrapolación entre sus funciones de reproducción biológica -como madre- de reproducción de la fuerza de trabajo -como ama de casa-, y en la reproducción mas general como invisible soporte social. A partir de esta perspectiva podemos situar distintos momentos en la determinación de daños en la salud.

En el primer nivel encontramos una contradicción entre el valor socialmente conferido a la reproducción de la especie y la responsabilidad que la mujer ha de asumir en forma individual, que se concreta en un discurso que eleva la maternidad a un rango superior, casi “celestial” -situación que limita a las madres al hogar-, pero al mismo tiempo se les reconoce menor jerarquía en un mundo de competencia y trascendencia. Esta contradicción se expresa aún con mayor crudeza en el ámbito del ambiente de trabajo, donde existe una doble visión del “ser madre”: por una parte se considera una obligación, la función femenina por excelencia, pero que se considera inapropiada cuando entra en contradicción con la posibilidad de generar ganancias. Esta contradicción se expresa en una **aprobación / desaprobación social** de las madres -en especial de las mujeres embarazadas- que laboran fuera del hogar. Esta contradicción llega a su máxima expresión en los períodos de crisis económica y en las tendencias actuales de la configuración del hogar, donde cada vez son más comunes los hogares monoparentales, donde la carga económica es asumida exclusivamente por la mujer. Ejemplo concreto de esta contradicción entre la maternidad y el trabajo se expresa en las políticas desarrolladas por muchas empresas donde solicitan “certificados de esterilización” a las mujeres trabajadoras para eludir la protección legal que a logrado la mujer en el ámbito de las leyes. Otra expresión de esta contradicción es la falta de apoyo colectivo a la maternidad (ausencia de guarderías, carencia de servicios básicos de apoyo a la maternidad, etc.) que representan una fuente de tensión permanente en la vida de la mujer trabajadora.

El segundo nivel sobre el que se hace necesaria una reflexión, es el de la vida doméstica, que comprende la reposición de la capacidad de trabajo. Es el momento de la renovación constante de la capacidad productiva del individuo para trabajar, a partir de su sobrevivencia estricta y de su recuperación como parte de un grupo social específico. Las tareas que esto requiere se generan en el hogar, ámbito de la realización de cada individuo y de la familia como núcleo social primario.

El tercer nivel de explicación es un análisis más general, que intenta explicar con mayor claridad la construcción de los géneros que delimitan la vida diferenciada de hombres y mujeres e influye en un análisis más particular.

Capitalismo y desgaste obrero

El advenimiento del capitalismo marca un cambio radical en la relación del ser humano con la naturaleza y, por tanto, en la manera como se expresa el desgaste del productor directo. Sin embargo, sería una simplificación extrema concluir de allí que el modo de producción capitalista se caracteriza por un patrón único de desgaste. Aún el conocimiento superficial de la realidad desmiente que así ocurre, lo que sugiere la necesidad, no de abandonar el planteamiento general, sino el analizar el proceso histórico de desarrollo del capitalismo para poder descubrir cuáles son las manifestaciones de sus transformaciones en el desgaste obrero.

Esto equivale a analizar los cambios ocurridos en el proceso laboral que se traducen en relaciones distintas entre los medios de producción y el trabajo, que a su vez originan modos diferentes de consumir la fuerza de trabajo y que se expresa en formas específicas de desgaste obrero.

Aún admitiendo que cada proceso tiene características singulares, parece posible construir una tipología de “*proceso laboral / patrón de desgaste*” sobre la base del reconocimiento de las principales formas distintas de resolver el problema de la extracción de plusvalía a partir o teniendo como referente la competencia intercapitalista y la resistencia obrera. La presencia asincrónica de procesos laborales, que pueden ser vistos en una perspectiva histórica como etapas sucesivas de maduración del proceso productivo capitalista, no invalida este enfoque analítico sino solamente señala la necesidad de especificar qué circunstancias concretas les generan y cómo se condicionan mutuamente.

Una primera gran división de los procesos laborales capitalistas está dada por las etapas de subsunción formal y subsunción real del trabajo al capital¹ -y se expresa de manera simple como la forma que adopta el control del capital sobre el trabajo-, que en términos de plusvalía corresponden respectivamente al predominio de las formas absolutas y relativas de ésta. La etapa de subsunción formal se puede considerar como la etapa de transición hacia el modo de producción capitalista propiamente dicho. Es decir, es una etapa

¹ De acuerdo con Marx, entendemos por subsunción cuando “...el proceso de trabajo se convierte en instrumento del proceso de valorización, del proceso de autovaloración del capital: de la creación de plusvalía...” (Marx, K. El Capital, Cap. VI. Fondo de Cultura Económica. 2ª edición. 1959)

que se abre con la redefinición de las relaciones de producción, pero todavía no hay una forma productiva capitalista propia. El modo de producción capitalista se establece con la subsunción real, que sin embargo evoluciona constantemente pasando por el maquinismo, el taylorismo-fordismo y la automatización. A cada una de estas etapas y subetapas hay una conformación específica del proceso laboral que implica formas de desgaste distintas.

En términos generales son dos los problemas esenciales que el capital tiene que resolver para poder maximizar la plusvalía. En primer lugar, tiene que controlar el proceso de trabajo para poder convertir la fuerza de trabajo comprada por él en trabajo realizado, es decir, materializado como valor. El control se logra, a través de formas cada vez más avanzadas de división del trabajo que conllevan a la separación entre la concepción y la ejecución del trabajo y la descalificación creciente del obrero mediante la apropiación de su saber-hacer. Como expresión de lo anterior, es necesario el desarrollo de una tecnología que materialice el control al transferir la iniciativa obrera a la máquina; se convierte al obrero en un factor objetivo del proceso de producción. El segundo problema planteado al capital es incrementar la productividad del trabajo, que logra ampliando la base productiva, eso es, desarrollando los instrumentos de trabajo.

En este sentido, consideramos importante analizar dos elementos significativos en el proceso laboral como son la división y organización del trabajo y las características de la tecnología, fundamentadas en la comprensión de los patrones de desgaste de la población trabajadora. De hecho, en cada etapa o estadio de desarrollo de las fuerzas productivas, encontramos formas distintas de desgaste obrero. Desde la Cooperación Simple, hasta las fábricas automatizadas, la población trabajadora presenta “tipos” de desgaste característicos.

Los escenarios de las luchas por la salud

A cada período del capitalismo no solo han correspondido formas concretas de desgaste, sino también, formas concretas de resistencia obrera. Vemos así como los trabajadores en el inicio del capitalismo desarrollaron formas concretas de lucha centradas fundamentalmente en la lucha por la supervivencia. No había espacio para la defensa de la salud. Era la vida o la muerte lo que se jugaba el trabajador cada día. Eran los tiempos de la explotación brutal del trabajador, de

la acumulación originaria capitalista. Frente a la voracidad de la burguesía, el movimiento obrero respondió con la lucha por la disminución de la jornada de trabajo y por el aumento de salarios. En este período, el movimiento obrero adquiere bases sólidas y toma conciencia de su poder como fuerza política. La conquista primordial en este período se puede sintetizar en la conquista del derecho a la vida.

Elementos destacables que se pueden observar durante este período son las largas jornadas de trabajo que alcanzan las 12, 14 y hasta 16 horas; el empleo de los niños en la producción industrial, a veces a partir de los 3 años, aunque la mayoría de las veces a partir de los 7. La falta de higiene, promiscuidad, agotamiento físico, accidentes de trabajo y sub-alimentación potencian sus efectos y crean las condiciones de una elevada morbilidad, gran mortalidad y esperanza de vida muy reducida.

La gravedad de la situación se expresa en la revisión médica para la conscripción militar: “En Amiens, hacia 1830, para encontrar 100 conscriptos aptos para el servicio militar, se necesitaban 153 jóvenes de las clases altas y 383 de clases pobres” (Bron, 1968: citado por Dejourns, 1990).

Con relación a las condiciones de trabajo de la época, y sobre todo los accidentes de trabajo, los autores de la época señalan que la intensidad de las exigencias del trabajo y de la vida misma amenazaban a la mano de obra. Los autores de la época compararon los efectos de estas condiciones sobre los trabajadores con los efectos de las enfermedades contagiosas.

Las concentraciones obreras creadas por las necesidades de la producción hacen surgir nuevas relaciones que permiten al Estado ser progresivamente autónomo de la tutela patronal no sin resistencia por parte de ésta última. La aparición de federaciones sindicales, asociaciones y partidos políticos obreros, dan al movimiento obrero una dimensión significativa sobre todo a partir de la Comuna de París. Las reivindicaciones obreras alcanzan un nivel propiamente político.

Durante este período se dan procesos desiguales de avances en relación a las conquistas de los trabajadores. Muchas veces los logros alcanzados serán cuestionados nuevamente por las leyes que harán regresar a situaciones anteriores por vía de innumerables derogaciones y por el rechazo de la

aplicación de las mismas. Entre un proyecto de ley y su voto se tendrá que esperar a menudo de diez a veinte años. En Francia, por ejemplo, la aprobación de la supresión de la libreta obrera tardó nueve años; trece años para el proyecto de ley sobre la reducción del tiempo de trabajo de mujeres y niños; once años para la ley de higiene y seguridad; quince años para la de accidentes de trabajo; cuarenta años para la jornada de 10 horas; veinticinco años para la jornada de ocho horas (Dejours, 1990).

Es solamente a partir del final del siglo XIX que son arrancadas las leyes sociales que conciernen específicamente a la salud de los trabajadores. Como dato histórico y como expresión de las condiciones de vida y trabajo de la población trabajadora, vale la pena rescatar los comentarios y burlas que causó la aprobación de la Jubilación para el conjunto de trabajadores de más de 65 años. Esta Ley fue llamada por el movimiento sindical y por los trabajadores “Jubilación de los muertos” ya que en esa época sólo el 15% de los franceses llegaban a esa edad.

Con el desarrollo de la resistencia obrera, y ubicada en el tiempo entre la Primera Guerra Mundial y la década de los sesenta, el movimiento obrero centra su lucha en la protección a la salud. Resguardar el cuerpo de los accidentes, prevenir las enfermedades profesionales y las intoxicaciones causadas por los productos industriales, garantizar a los trabajadores el cuidado y tratamientos adecuados, son los temas centrales alrededor de los cuales se organizan las luchas obreras de este período. Podemos ubicar este período como el de la lucha por las condiciones y medio ambiente de trabajo.

La consolidación de la organización de los trabajadores y el alcanzar la dimensión de fuerza política le permite asumir nuevas tareas en este período. Se puede decir, de manera esquemática, que la organización de los trabajadores se tradujo por la conquista primordial del derecho a la vida, incluso si las condiciones de existencia estaban lejos de ser homogéneas para el conjunto de la clase obrera (Dejours, 1990). De hecho, aparece una mayor diversidad de reivindicaciones. Uno de los ejes que estructuran estas nuevas reivindicaciones es el de la protección de la salud.

Dejours (1990) plantea tomar la referencia de la Primera Guerra Mundial (1914 - 1918) debido al salto cualitativo que se observa en la producción industrial,

el esfuerzo de producción para las necesidades de la guerra, las inéditas experiencias de reducción de la jornada de trabajo en las industrias de armamentos, etc. El vacío dejado por los muertos y los heridos de guerra en la reserva de mano de obra, los esfuerzos para la reconstrucción, la reinserción de los discapacitados en la producción, generan las condiciones de una transformación de la relación ser humano-trabajo.

La aparición del taylorismo y del fordismo como formas privilegiadas de organización del trabajo van a tener repercusiones importantes sobre la aparición de nuevos problemas a la salud de los trabajadores. La “organización científica del trabajo” se va a expresar como nuevas tecnologías de sumisión y de disciplinarización del cuerpo del trabajador que harán nacer tensiones desconocidas hasta entonces, principalmente referidas a los tiempos y ritmos de trabajo. Los resultados exigidos son absolutamente nuevos y hacen aparecer al cuerpo como principal punto de impacto de los daños del trabajo. La fatiga física ya no afecta únicamente a los trabajadores que hacen tareas pesadas, sino al conjunto de los obreros de la producción masa. Con la separación radical del trabajo manual y trabajo intelectual, el sistema de Taylor, al neutralizar la actividad mental del trabajador deja el cuerpo fragilizado y explotado, sometido a los impulsos de la organización del trabajo, sin su protector natural que es el aparato mental. Tendremos entonces un cuerpo enfermo o en peligro de estarlo.

A partir de la guerra van a ser superadas importantes etapas, al mismo tiempo que se perfila una nueva diversificación de las condiciones de trabajo y de salud. El movimiento obrero intenta obtener mejoras en la relación salud-trabajo, y medidas de mejoramiento aplicables al conjunto de los trabajadores.

Sin embargo, este proceso es desigual y va a depender de las relaciones específicas de fuerza en los diferentes segmentos de la clase obrera. Allí donde es más fuerte, es decir, donde los trabajadores son suficientemente numerosos –las grandes empresa-, donde el trabajo tiene un valor económico estratégico –sectores de punta o centros vitales de la economía nacional-, la evolución de la relación salud-trabajo será más rápida. Por el contrario, en las empresas aisladas, en las regiones poco industrializadas, donde los trabajadores ocupados son pocos y el nivel de sindicalización es bajo, y donde la población de trabajadores inmigrantes es importante, las condiciones

de trabajo van a ser incomparablemente peores en relación a las primeras.

En razón del desarrollo del movimiento obrero a nivel nacional, y del papel del Estado como interlocutor privilegiado, se pueden establecer más fácilmente la vinculación causa-efecto entre una lucha determinada y una ley específica que en el período anterior, vinculación que no se disocia por la inercia del tiempo transcurrido que por lo general es corto.

La guerra favorece las iniciativas a favor de la protección de una mano de obra que se ha visto reducida tanto desde el punto de vista numérico como de la constitución física misma, por las necesidades del frente de lucha. Los principales progresos se cristalizan alrededor de la jornada de trabajo, de la medicina del trabajo y de la curación de las afecciones contraídas en el trabajo.

Si bien ya desde 1898 existían leyes en Francia que preveían la creación de dispensarios de fábricas a cargo de empresas privadas de seguros, y existían decretos de 1913 que condujeron a ciertas empresas a organizar exámenes médicos de ingreso y de control durante el período de trabajo, es en 1915 que aparecen las bases de una verdadera medicina del trabajo con la inspección médica de las fábricas de guerra, organizadas por A. Thomas. Después de la Segunda Guerra esta tendencia se acentúa con la institucionalización de la medicina del trabajo en ciertos sectores, sobre todo en las minas, mientras que ciertos empleadores contratan a título individual un médico, ante todo para hacer una selección previa al ingreso, y para protegerse de ciertos riesgos que son ahora más articulados con penalizaciones financieras. Poco a poco se va elaborando una doctrina implícita de la medicina del trabajo.

La última época de este período de la lucha de los trabajadores por la salud que podemos ubicar a partir de la década de los cuarenta, el movimiento obrero continúa desarrollando su acción para la mejora de las condiciones de vida (duración de la jornada de trabajo, vacaciones, jubilaciones, salarios), pero simultáneamente se desprende el frente específico que concierne a la salud. Estas reivindicaciones se refieren principalmente a la prevención de accidentes, la lucha contra las enfermedades, el derecho a la atención médica, es decir, la salud del cuerpo. Dejours (1990) plantea que este segundo período de la “historia de la salud de los trabajadores” se caracteriza por la *revelación del cuerpo* como punto de impacto de la explotación.

La peligrosidad de las máquinas, los productos industriales, los gases y los vapores, los polvos tóxicos, los parásitos, virus y bacterias son progresivamente designados y estigmatizados como causa del sufrimiento físico. De 1914 a 1968, es progresivamente el tema de las condiciones de trabajo el que ocupa el primer lugar dentro de las reivindicaciones obreras en el frente de la salud. La lucha por la supervivencia dejó el lugar a la lucha por la salud del cuerpo.

A partir de 1968, y como corolario a 50 años de lucha, el movimiento obrero desarrollará jornadas importantes de lucha a nivel mundial por lo que se denominó las condiciones y medio ambiente de trabajo. En este período se desarrollan luchas que reflejan el agotamiento del modelo taylorista-fordista expresadas en formas no convencionales de resistencia obrera: el ausentismo, el “turn-over”, los paros de producción, el sabotaje, las huelgas salvajes son las expresiones más comunes de la resistencia obrera. La insurgencia obrera a nivel mundial se manifiesta en grandes movilizaciones. “Mayo de 1968” en Francia, el “otoño caliente” de Italia, los mineros de Asturias en España, las huelgas de los automotrices en Detroit, son referencias obligadas de este período.

Después de 1968 se plantea una nueva etapa en “la historia de la salud de los trabajadores” signada por la transición de las luchas de lo que hemos denominado sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo en medio de un desarrollo desigual de las fuerzas productivas, de las ciencias, de las técnicas, de las máquinas, del proceso de trabajo, de la organización y de las condiciones de trabajo que produjeron situaciones muy complejas y heterogéneas para poder reducirlas a un análisis genérico de la relación salud-trabajo. Sin embargo, en el seno mismo de este complejo mosaico de situaciones y de fenómenos, se puede identificar una nueva temática que amplía la problemática tradicional de las cuestiones de salud y se refiere a la **salud mental**.

A partir de 1968, la temática referida a los aspectos de la salud mental y el trabajo cobran cada vez más importancia y plantean nuevos retos y nuevas reivindicaciones a los trabajadores en la relación salud-trabajo.

Existen varias razones que dan cuenta de este fenómeno. La primera se refiere al agotamiento del sistema taylorista-fordista de producción. La insurgencia obrera contra este modelo de organización del trabajo llevó a un replanteamiento del mismo en

todos los terrenos: en el económico, en el del control social y en el terreno ideológico. En el primero, las huelgas, los paros de producción, el ausentismo, el “turn-over”, el sabotaje de la producción condujo a buscar soluciones de recambio de modelo. En relación al control social, este sistema ya no da más pruebas de su superioridad. Lejos estamos de las afirmaciones de Taylor acerca de las ausencias de huelgas en las fábricas que adoptaron la organización científica del trabajo (O.C.T). En el área del terreno ideológico es donde hay un mayor cuestionamiento del modelo taylorista, tanto por los trabajadores como por parte de algunos empresarios.

La reestructuración de las tareas, como alternativa de la O.C.T. provoca amplias disputas sobre la finalidad del trabajo y sobre la relación “*ser humano-tarea*”, poniendo el acento sobre la dimensión mental del trabajo no solamente industrial, sino abarcando todas las ramas de la producción, incluyendo al sector terciario y de las nuevas industrias. En las tareas de oficina, reputadas como “no productoras de daño” aparecen cada vez más en evidencia los efectos de esta actividad sobre la salud. La sensibilidad frente a las cargas intelectuales y psicosensoriales del trabajo en algunas actividades de oficina, así como las actividades que tienen una débil carga física pero altos niveles de peligrosidad del proceso productivo (industria petroquímica, nuclear, del cemento, etc.) confronta a estos trabajadores a nuevas condiciones de trabajo y les hace descubrir sufrimientos insospechados de los que nunca antes se tuvo conciencia. Nos estamos refiriendo a los problemas vinculados directamente con la salud mental.

La pregunta que surge de esta última etapa que estamos viviendo está referida a qué es lo que podemos ubicar como fuente específica de nocividad para la salud mental. Podemos responder que si la lucha por la sobrevivencia (de las primeras etapas del modo de producción capitalista) se correspondía con la lucha contra la excesiva duración de la jornada de trabajo, y la lucha por la salud del cuerpo conducía a denunciar las condiciones y ambiente de trabajo; la lucha por la salud mental se corresponde a la lucha centrada fundamentalmente en el problema **de la organización del trabajo**

Hoy en día el movimiento obrero atraviesa por una de sus crisis mas profundas. Se evidencia en la crisis de la organización sindical como instrumento de lucha de los trabajadores. A pesar de ello, se comienzan a estructurar formas de resistencia, aunque incipientes,

que van señalando el rumbo de los nuevos combates que deberá desarrollar la clase obrera para la conquista de mejores condiciones de salud y trabajo.

Aunque de manera incipiente, nuevos sectores de trabajadores comienzan a exigir el derecho a conocer, con suficiente anticipación, los planes de introducción de nuevas tecnologías y cambios de procesos para poder prever los cambios en las condiciones de trabajo. La lucha por la disminución y la regulación de la jornada de trabajo (períodos de pausas-descansos) es otro elemento que cada día aparece con mayor frecuencia en las estrategias de resistencia obrera. De la misma manera, frente a la aparición, cada día de mayor cantidad de sustancias químicas en los procesos productivos, el llamado “right to know” o derecho a conocer las características de las sustancias con las que se trabajan y sus efectos sobre la salud, se hace presente con mas fuerza entre los trabajadores.

Globalización y salud de los trabajadores

En términos de la nueva realidad laboral que generan los nuevos procesos tecnológicos, uno de los problemas más importantes en relación a los efectos de la introducción de nuevas tecnologías se refieren a las nuevas patologías asociadas a los nuevos procesos tecnológicos. **Siendo la globalización de la economía una estrategia del capital para incrementar la tasa de extracción de plusvalor, la misma lleva asociada nuevas formas de subsunción del trabajo al capital donde una de sus expresiones es la intensificación del trabajo.**

La necesidad de seguir incrementando la productividad y problemas de orden técnico, impulsan el desarrollo de los procesos laborales automáticos. Estos procesos significan la reducción definitiva de la participación obrera en el proceso laboral a funciones de vigilancia (Gilly, 1981).

Podemos hablar de dos tipos de procesos automáticos: los discretos y los continuos. Los procesos continuos son aquellos que significan la transformación física o química del objeto de trabajo e implican sistemas cerrados. Su automatización depende en gran medida de consideraciones técnicas.

Los procesos automáticos de flujo continuo, que se presentan por ejemplo en la industria química, petroquímica y metalúrgica, se caracterizan porque

trabajan con objetos de trabajo frecuentemente peligrosos y contaminantes. Esto significa que los obreros involucrados en ellos están expuestos a problemas de intoxicaciones agudas y crónicas y a efectos cancerígenos (Levinson, 1975). Aunque los productores directos están expuestos al riesgo mayor, éste también se extiende al territorio que rodea la fábrica y lo podemos observar por un sinnúmero de intoxicaciones masivas poblacionales (Bopal y Sceveso) e incrementos en la muerte por cáncer en zonas aledañas a este tipo de industria (Berlinger, 1977; Blot, 1977). En Venezuela podemos citar el caso de Los Hornitos, poblado situado en la Costa Oriental del Lago de Maracaibo, al lado de la Petroquímica de "El Tablazo" y el de la contaminación mercurial en la Petroquímica de Morón ampliamente reseñados por la prensa nacional.

Las formas concretas que asume la labor, se caracteriza por un esfuerzo físico bajo, donde predomina el sedentarismo, la inmovilidad; la monotonía combinados con una concentración y tensión alta. El papel desempeñado por el operador es observar instrumentos de medición, corregir algunos parámetros o eventualmente tocar "la alarma" si algo anormal sucede. La combinación de una inmovilidad casi absoluta y la conciencia de que en cualquier momento puede ocurrir una catástrofe suscita situaciones de gran tensión que se expresan en fatiga, stress y una florida patología psicosomática y nerviosa (Garduño, 1979).

A esto se agrega la utilización, en muy alta frecuencia, del trabajo por turnos. Dado que parar la producción implica una serie de problemas técnicos, aunque en algunos casos no es imposible, hay casi siempre una sistemática violación de la legislación respecto a la duración de la jornada laboral. El caso mas evidente de esta violación es la práctica de "doblar turnos". A pesar de que las razones que suscitan la prolongación de la jornada aparecen como de orden técnico, las repercusiones en el desgaste obrero son evidentes, no solo por que se trabaja durante mas horas, sino también, porque la exposición al riesgo se incrementa. En este sentido, habría que recordar que las normas de los límites máximos permisibles están calculados en base a una exposición de ocho horas y que en muchos casos, la prolongación de la jornada no sólo significa un incremento proporcional del riesgo, sino que traspasa el umbral a partir del cuál el daño se establece definitivamente (Laurell, 1984).

El proceso laboral automático discreto, puede ser visto como la solución capitalista técnico-organizativa mas avanzada a la producción anteriormente realizada por medio del maquinismo. Es la respuesta del capital al agotamiento de la organización fordista de la producción. Como proceso laboral, el automático discreto no se restringe a ser una forma técnica de producir sino, es ante todo, es un método de gestión de la fuerza de trabajo (Shaiken, 1981). Así, en sus formas mas avanzadas, la principal innovación consiste en la introducción del control computarizado sobre el proceso laboral, que a su vez redundan en formas nuevas de trasladar el objeto de trabajo y de realizar las tareas que excluyen la participación activa del trabajador. El desgaste de este tipo de trabajo -el automático discreto-, o mas exactamente, de no-trabajo, ha sido poco estudiado hasta el presente, pero apunta hacia los efectos de la hipoactividad y el stress, que probablemente se manifestarán en desórdenes mentales, problemas psicosomáticos y la patología del stress.

En resumen, esta intensificación del proceso laboral se basa en el esfuerzo sistemático de atención y disciplina mental que exige el control de instrumentos complejos y la toma de decisiones rápidas durante períodos prolongados, combinados con bajo esfuerzo físico y la monotonía del trabajo. Opera a través de la eliminación de los tiempos muertos (porosidad de la jornada de trabajo) generados por la falta de coordinación de los diferentes procesos productivos y por medio de esfuerzos de la administración por imponer la completa subordinación del comportamiento del trabajador a los requerimientos directos e indirectos de calidad de la producción (puntualidad, responsabilidad, pulcritud, orden). Aunque esta tendencia aparezca asociada a otras que, para grandes sectores de trabajadores, hagan más interesante y cooperativo el trabajo, la generación de un trabajo intensivo genera un mayor desgaste de la capacidad laboral del trabajador, que tiende a generar un nuevo tipo de fatiga mental y nerviosa, la cual se traduce en nuevos tipos de enfermedades ocupacionales características de la nueva época: la neurosis y el stress. Esta realidad es la que podemos observar en los países donde se han adelantado procesos de reconversión industrial basados en la introducción de nuevas tecnologías caso Japón, Europa, Estados Unidos y los países asiáticos (Corea, Tailandia, Madagascar, etc.).

Es necesario aclarar que hay procesos automáticos discretos con grados muy diversos de

complejidad que desde el punto de vista de la sofisticación tecnológica poco tiene que ver. Por ejemplo, los procesos automáticos presentes en la industria mexicana están, por regla general, caracterizados por su baja complejidad y su tecnología relativamente sencilla. Sin embargo, desde el punto de vista de las características del trabajo, tanto procesos complejos, como sencillos, son semejantes.

Finalmente habría que apuntar que al mismo tiempo que los procesos automáticos discretos transforman el modo de trabajar, tiene profundas consecuencias sobre las condiciones de la lucha obrera, donde una de las variables más importantes es la disminución del número de obreros necesarios para realizar la producción. En la fase de transición tecnológica se agudiza la competencia inter obrera, dado que se acompaña generalmente de despidos masivos frente a los cuales, los sindicatos han tenido grandes dificultades de responder coherentemente y unificados. Después de esta primera fase, queda dentro de la planta un número reducido de operarios fijos en su puesto de trabajo, con poca posibilidad de interacción. A nivel del conjunto de la sociedad, los despidos masivos significan la reconstitución del ejército industrial de reserva, hecho que pone al movimiento obrero en una situación desventajosa. El uso capitalista de la automatización no es solo un modo de incrementar la productividad, sino una medida política de control dentro de la fábrica y que tiende a cambiar globalmente la correlación de fuerzas entre el capital y el trabajo.

En nuestros países, esta realidad no se manifiesta de una manera tan definitiva. La ley del desarrollo desigual y combinado del capitalismo también se expresa en los procesos de cambio tecnológico y reconversión industrial. En América Latina y en Venezuela en especial, la reconversión industrial se expresa como cambio de patrones tecnológicos en algunas ramas industriales muy específicas, como es el caso de la industria petrolera y petroquímica, por el papel que juegan en el proceso mundial de acumulación. En la gran mayoría de las industrias, la reconversión industrial tiene que ver, de una manera mucho más importante, con cambios a nivel de la organización del trabajo. Es decir, la reconversión industrial en nuestro país se ha centrado en el incremento de los ritmos de explotación de la fuerza de trabajo para mantener los mismos niveles de "rentabilidad". En este sentido, es importante señalar la estrecha relación entre los actuales índices de desempleo y subempleo y las políticas empresariales de "ahorro" de mano de obra.

Varios estudios (Dejours, 1990), han analizado el impacto sobre la salud de una situación de desempleo. En términos generales, todos estos estudios coinciden en que una de las manifestaciones típicas que se presentan en situación de desempleo o de amenaza a la estabilidad en el trabajo se expresa en un incremento de las tasas de morbilidad de la población en esta situación con especial fuerza en las enfermedades psicosomáticas y los trastornos psicológicos. La misma precariedad del empleo conlleva a que el trabajador se sobreexponga a riesgos a los que en condiciones normales de estabilidad laboral se negaría. De allí podemos observar el incremento en los índices de accidentabilidad y su estrecha relación con el aumento de los índices de desempleo.

Asociado a las nuevas formas de organización del trabajo en el período actual, están las patologías asociadas a los trabajadores de oficina, los "cuello blanco", en los cuales la automatización ha penetrado con mayor énfasis. Esto plantea la necesidad de repensar, a la luz de las nuevas realidades económicas, las concepciones tradicionales en relación a los perfiles patológicos y patrones de desgaste de la clase trabajadora. El estudio de condiciones de trabajo y salud de estos nuevos sectores, hoy en día cobran una importancia que antes no tenían. El uso masivo de terminales de computación han introducido en el debate de la salud de los trabajadores, los efectos que los mismos puedan tener sobre la salud obrera. El efecto de las radiaciones no-ionizantes sobre el embarazo es tema de discusión mas intenso cada día. Pero no solamente se discuten los efectos que determinados agentes físicos o químicos pueden tener sobre la salud de los trabajadores, sino también, y quizás con mayor intensidad, los trabajadores se plantean las consecuencias que las nuevas tecnologías pueden tener sobre la "organización" del trabajo y la satisfacción en el desempeño de las tareas; cómo las nuevas tecnologías "eliminan" o controlan los tiempos muertos y fijan al trabajador al puesto de trabajo.

La reconversión industrial y el cambio tecnológico se expresan hoy en nuestro país en la coexistencia de viejos riesgos y viejos procesos, -en los que la intensificación de la explotación de la mano de obra es una necesidad para la supervivencia del capital, a costa de la salud de los trabajadores-, con nuevos procesos y nuevos riesgos laborales y ambientales que afectan, no solo a la población trabajadora, sino a todo el medio ambiente.

A modo de conclusiones

Las dramáticas transformaciones que están ocurriendo en el proceso de trabajo, producto de la nueva etapa del modo de producción capitalista, plantean nuevos retos para el estudio de la salud de los trabajadores.

La crisis actual del proceso de trabajo, es la crisis de la versión fordista del modelo taylorista, pero no de este último en cuanto que el taylorismo constituye la forma capitalista predilecta de organización del trabajo (Rajchemberg, 1984). Paralelamente a la revolución tecnológica y como parte de ella -en sentido amplio-, está teniendo lugar otra revolución de tipo organizacional que, en conjunción con la primera, está transformando la organización taylorista del trabajo, destruyendo los fundamentos de la organización fordista de tipo semi-militar, altamente jerarquizada y especializada, sobre la que se edificó la estructura de la empresa capitalista en el siglo actual.

Lo expresado anteriormente sólo constituye el señalamiento de una tendencia general que de ninguna manera será unidireccional. Coexistirá necesariamente con la subsistencia de áreas económicas atrasadas y, aún con retrocesos a formas más primitivas de organización de la producción como, por ejemplo, las industrias de uso intensivo de fuerza de trabajo de Estados Unidos o Europa Occidental, fuertemente erosionadas por las exportaciones de los países “en desarrollo”, como la confección o el calzado. En ellas, una de las principales respuestas defensivas ha consistido en el impulso a los talleres clandestinos “underground”- que operan con tecnología primitiva y mano de obra inmigrante pagada con salarios miserables.

Estos planteamientos parecieran prefigurar una nueva estrategia de desarrollo capitalista. La imagen de un país computarizado quizás resulte halagadora a los ojos del común de la población, pero un ligero análisis de la realidad nos indica que esta visión es profundamente equivocada: en nuestros países, la ley del desarrollo desigual y combinado se expresa en la coexistencia de sectores punta de la economía con procesos tecnológicos de un alto grado de automatización con otros procesos, muy importantes, donde aún permanecen los viejos esquemas de producción. Mas aún, al interior de procesos altamente automatizados encontramos otros donde predominan formas tradicionales de organización del trabajo (Rajchemberg, 1990).

Desde la perspectiva de la salud de los trabajadores, esta tendencia plantea nuevos retos a los que hay que dar respuestas. La coexistencia de viejas condiciones de trabajo y viejos procesos laborales con nuevas formas de organización de la producción que generan nuevas condiciones de trabajo y nuevos procesos laborales será la expresión normal de los perfiles de salud-enfermedad de la población trabajadora.

Otro elemento a destacar, en el marco de las tendencias a la desregulación del empleo es la reaparición de formas arcaicas de explotación. Hoy día vemos aparecer cada vez con más fuerza expresiones de las relaciones de trabajo que pensábamos superadas como es el esclavismo y el trabajo infantil que cada día cobran más fuerza en el mundo.

De igual manera, se observan tendencias a volver a etapas superadas en relación a la jornada de trabajo. Día a día vemos como la extensión de la jornada de trabajo tiende a incrementarse de forma paulatina sin que exista ninguna reacción ni de las autoridades, ni de los sindicatos, ni de los trabajadores mismos que encuentran en la extensión de la jornada de trabajo la manera de recuperar la pérdida del poder adquisitivo del salario. Hoy en día es común jornadas de trabajo superiores a las 10 o 12 horas de trabajo tanto para los trabajadores de base, como para los profesionales y empleados.

Otro elemento a destacar es la multiplicidad de empleos o actividades de trabajo, tanto al interior del centro de trabajo como hacia afuera. Al interior del centro laboral se expresa en la plurifuncionalidad o polivalencia de los asalariados. Hacia el exterior, el trabajo complementario en áreas radicalmente distintas a la actividad laboral principal, para complementar los ingresos. Esta realidad plantea nuevas dificultades al momento de caracterizar la actividad de trabajo. Al interior de la fábrica será cada día más difícil poder encontrar las exposiciones ocupacionales a condiciones definidas de trabajo, y hacia el exterior de la fábrica, las múltiples actividades plantean problemas de definición de la exposición ocupacional, de manera que cada vez más la separación entre *momento productivo* y *momento reproductivo* tiende a desdibujarse y a convertirse en un solo “*momento*”.

Otros elementos novedosos en relación a la salud de los trabajadores los podemos ubicar en los nuevos

temas o problemas que se plantean: la violencia, el acoso moral y sexual, la discriminación de género, etc. expresan de alguna manera estos nuevos retos a la salud ocupacional.

Estas nuevas realidades nos plantean la necesidad de profundizar en la conceptualización de la relación salud-trabajo y en el desarrollo de nuevas

herramientas que nos permitan afrontar las nuevas situaciones. La vigilancia epistemológica y el análisis crítico de las propuestas metodológicas y de las disciplinas que integran el “*saber*” de la salud de los trabajadores es una necesidad imperiosa. Asumir una actitud crítica frente al “*saber constituido*” nos permitirá ir avanzando en la construcción de nuevas propuestas que den respuestas a los retos del futuro.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, D. (1993). Mujer, trabajo y salud: referencias a la situación venezolana. *Salud de los Trabajadores*, (1) 1, 50-55.
- Berlinger, G. (1977). *La salute nelle fabbriche*. De Donato, Bari.
- Betancourt, O. (1995). *La Salud y el Trabajo. Reflexiones Teórico-metodológicas. Monitoreo Epidemiológico. Atención Básica de la Salud*. Quito: CEAS-OPS.
- Blot, W. (1977) *Cancer mortality in U.S. Counties with petroleum industries. Sciences*. 198 (4312).
- Breilh, J. (1994). *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación: Guía para un taller de Metodología*. Quito: CEAS.
- Breilh, J. (1991). *La triple carga (Trabajo, práctica doméstica y procreación)*. Serie Mujer, 2. Quito: CEAS.
- Bron, J. (1968). *Histoire du Mouvement Ouvrier*, 3 vol, Paris: Editions Sociales.
- Dejours, C. (1990). *Trabajo y desgaste mental*. Editorial Humanitas. Organización Panamericana de la Salud.
- Engels, F. (1974). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Buenos Aires: Esencias.
- Garduño, A. (1979). *Salud y clase obrera en la industria eléctrica*. Investigación Modular. UAM-X.
- Garduño, M. & Marquez, M. (1993). La salud laboral femenina: apuntes para su investigación. En *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Laurell, A. (Coordinadora). Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000. N° 3. OPS.
- Gilly, A. (1981). *La mano rebelde del trabajo*. Coyoacán N° 13.
- Laurell, A. C. (1990). El desgaste obrero: desarrollo teórico y avances empíricos. En Almada Bay I. (Coordinador): *Salud y Crisis en México: texto para un debate*. México: Siglo XXI Editores.
- Laurell, A & Márquez, M. (1983). *El Desgaste Obrero en México. Proceso de producción y Salud*. México: Colección Problemas de México, Era.
- Laurell, A. & Noriega, M. (1989). *La salud en la fábrica: estudio sobre la industria siderúrgica en México*. México: Colección Problemas de México, Era.
- Levins, R. & Lewontin, R. (1985). *The dialectical biologist*. Cambridge, Harvard University Press.
- Levinson, C. (1975). *Agentes químicos en el lugar de trabajo*. Génève: ICF.
- Marx, K. (1959). *El Capital*. Fondo de Cultura Económica. México: 2ª edición F.C.E.

Pacheco, E. (1989). *Salud y Sociedad*. Caracas: Imprenta de la Universidad Central de Venezuela.

Rajchemberg, E. (1990). Nuevas tecnologías, proceso de trabajo y salud. En Almada Bay I. (Coordinador): *Salud y Crisis en México: texto para un debate*. México: Siglo XXI Editores.

Rajchemberg, E. & Texeira, J.(1984). Salud y Seguridad en el trabajo en México. *Cuadernos de la DEP*. Facultad de Economía. México: UNAM.

Rojas, R. (1982). Capitalismo y enfermedad. México: Folios Ediciones S.A.

Rosen, G. (1972). The evolution of social medicine en *Handbook of Medical Sociology*, New Jersey: Prentice Hall.

Tambellini, A. M. (1994). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología*. Quito: CEAS.