

A objetivação médica e legislativa das doenças profissionais na Colômbia 1931-1945^{2*}

Óscar Gallo

Universidad EAFIT, Colombia

DOI: <https://dx.doi.org/10.7440/histcrit66.2017.05>

Data de recebimento: 31 de marzo de 2016/ Data de aceitação: 09 de agosto de 2016/ Data de modificação: 29 de agosto de 2016

Citando: Gallo, Óscar. “A objetivação médica e legislativa das doenças profissionais na Colômbia 1931-1945”. *Historia Crítica* n. ° 66 (2017): 87-107, doi: <https://dx.doi.org/10.7440/histcrit66.2017.05>

Resumo: O artigo analisa o processo de objetivação médica e legislativa das doenças profissionais na Colômbia. Mediante o estudo de pesquisas médicas, fontes legislativas e governamentais conclui-se que as condições de saúde/doença dos trabalhadores eram desconhecidas pela maioria dos médicos e políticos colombianos e os avanços na medicina do trabalho ainda muito restritos. Em consequência o legislador parece ter considerado desnecessário reconhecer legalmente as doenças profissionais, postergando o direito a adoecer da classe trabalhadora até 1946, isto apesar das sugestões da Organização Internacional do Trabalho.

Palavras-chave: *Thesaurus: Colômbia; legislação trabalhista. Palavras-chave da autor: doenças profissionais; medicina do trabalho.*

La objetivación médica y legislativa de las enfermedades laborales en Colombia 1931-1945

Resumen: el artículo analiza el proceso de objetivación médica y legislativa de las enfermedades en Colombia. A partir del estudio de investigaciones médicas, fuentes legislativas y gubernamentales, se concluye que gran parte de los médicos y políticos colombianos desconocían las condiciones de salud/enfermedad de los trabajadores y los avances en la medicina laboral eran aún muy restrictos. En consecuencia, el legislador pareciera haber considerado innecesario reconocer legalmente las enfermedades laborales, postergando el derecho a enfermarse de la clase trabajadora hasta el 1946, a pesar de las sugerencias de la Organización Internacional del Trabajo.

Palabras clave: *Thesaurus: Colombia; legislación laboral. Palabras clave autor: enfermedades laborales; medicina laboral.*

Medical and Legislative Objectification of Occupational Diseases in Colombia 1931-1945

Abstract: The article analyzes the process of medical and legislative objectification of diseases in Colombia. Based on the study of medical research projects and legislative and governmental sources, it concludes that a great many Colombian doctors and politicians were unaware of the health/disease conditions of workers, and the advances in occupational medicine were still very limited. Consequently, legislators seem to have considered it unnecessary to grant legal recognition to occupational diseases, thus postponing workers' right to get sick until 1946, despite the recommendations of the International Labor Organization.

Keywords: *Thesaurus: Colombia; occupational diseases; occupational medicine. Author keywords: labor law.*

* O artigo está baseado na pesquisa de doutorado “Trabalho, medicina e legislação na Colômbia, 1910-1946”. Uma bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) permitiu a realização da tese na Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil).

Introdução

Em 1910, foi realizado o *II Congresso Internacional de Doenças Profissionais*, na cidade de Bruxelas (Bélgica). Médicos da Alemanha, Itália, França, Suécia, Espanha, Bélgica, Peru, entre outros, reuniram-se para discutir a diferença entre os Acidentes de Trabalho (AT) e as Doenças Profissionais (DP). O primeiro encontro ocorrera em 1903, quando se criou a *Comissão Internacional Permanentemente para o estudo de doenças profissionais*. Na agenda, foram incluídos aspectos como a definição clínica da DP; a dificuldade de se estabelecer os limites legais, por conta da falta de investigações; a necessidade de institutos de pesquisa e consolidação, dentro das Caixas de Seguros, das estatísticas do trabalho; a função do Estado perante o problema das DP¹. Nesse último aspecto, consideravam alguns dos médicos assistentes que a solução estava no seguro alemão de cobertura absoluta. Outros julgavam mais adequado o modelo inglês de compensação parcial, que reconhecia estritamente as DP. Os mais práticos sugeriam que todas as DP fossem vistas como AT e “cobertas pelo seguro obrigatório”, o que constituía não “somente um ato de justiça social, mas também a melhor maneira de desenvolver medidas profiláticas”².

É indiscutível a riqueza histórica desses congressos, mas para o argumento deste artigo, importa que os representantes das diferentes nações concluíram que os AT estavam em oposição às DP. Os primeiros seriam causados por perturbações intempestivas externas, produzidas no exercício do ofício ou profissão, ao passo que as segundas resultavam do exercício de uma profissão, ação incessante ou repetida de insalubridade do trabalho, do ambiente profissional e dos produtos manipulados. Vista assim, a questão estava relativamente clara. As DP eram consequência de uma ação corrosiva, prolongada no tempo, enquanto os acidentes resultavam de um fato repentino e violento. Tratava-se de uma diferenciação concisa e útil em termos clínicos. Não obstante, eticamente inútil, pois na opinião de muitos médicos, tantos os acidentes quanto as doenças deveriam ser indenizados. Afinal, ambos eram estados morbosos produzidos pelo trabalho, mais concretamente, pelo risco do trabalho³.

Quase trinta anos depois, o médico mexicano Jorge Torres, em artigo publicado num jornal colombiano, perguntava se a malária seria uma doença profissional e afirmava que definir esse grupo de doenças era uma das tarefas mais difíceis da Medicina do Trabalho (MT). Para sustentar sua hipótese, Torres mencionava uma dezena de autores, que, em diferentes momentos da história, tentaram defini-las, dando destaque ao caráter repetitivo do agente causal, ressaltando o ofício ou a profissão como principal produtor das doenças⁴. Em torno dos anos 1920, começou-se também a falar das “doenças do trabalho”. O novo grupo incluía aquelas doenças que, por não resultarem da influência direta e continuada do tipo de trabalho, podiam resultar da pressão do meio no qual esse se realizava e das predisposições orgânicas. Assim, entravam no horizonte as patologias nas quais o trabalho, com sua ação desgastante, acentuava determinadas taras ou simplesmente as exteriorizava. Era o

1 José Úbeda y Correal, *El II Congreso internacional de enfermedades profesionales (Bruselas 10-14 septiembre de 1910)* (Madrid: Imprenta de la Sucursal de la Minuesa de los Ríos, 1914), 36.

2 Úbeda y Correal, *El II Congreso*, 36.

3 Gabriel Villa, “La incapacidad permanente en los accidentes de trabajo” (tese de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 1942), 20.

4 Jorge Torres, “¿Debe declararse el paludismo enfermedad profesional?”, *Revista de Medicina y Cirugía* [IV, n.º 8], agosto, 1938, 31-42.

caso, por exemplo, das hérnias. Por outro lado, incumbia à nova forma de olhar os mal-estares produzidos pelo trabalho daquelas patologias epidêmicas e endêmicas possibilitadas por certo tipo de atividade profissional. Pense-se na ancilostomíase, na malária ou na febre amarela.

Ante esse panorama, compreende-se por que o Comitê de Assuntos do Trabalho da Liga das Nações afirmava, nos anos 1940, que a definição da DP levava unicamente a discussões desnecessárias, e que era melhor que os países elaborassem uma listagem de doenças como base para seu reconhecimento⁵. Dessa maneira, a Liga das Nações somava-se aos médicos que, em diferentes momentos e lugares, tinham se manifestado pela eliminação dessas categorias, em favor de outras mais abrangentes e inclusivas em termos sociais, como a noção de “riscos profissionais”. A listagem como solução, certamente atrativa, era também um problema. Por um lado, diminuía uma discussão que se tornava bizantina, mas por outro, insinuava a possibilidade de se definir, antecipadamente, a relação entre corpo e trabalho, que a todas as luzes era absolutamente dinâmica. Mas se compreende que essa não era a intenção da agência internacional. O comitê tinha razão, ao menos no que dizia respeito às discussões desnecessárias em torno da definição⁶.

Disso, pode-se concluir que a prematura definição médica de DP antecipou clinicamente, e com fins operacionais, a heterogeneidade das doenças relacionadas com o trabalho. Mas para que esses avanços no campo médico tivessem sentido, era preciso o reconhecimento legislativo deste tipo de doenças. Algo que pode parecer óbvio, mas é necessário lembrar que as DP, assim como os AT, existem paralelamente no âmbito jurídico e no campo médico. Não em vão, o papel do médico é provar plenamente a relação causal entre trabalho/meio e a afeição morbosa.

A intenção não é afirmar que esses fatos são um fenômeno exclusivamente jurídico. É evidente que existe, na vida dos trabalhadores, um conjunto de fenômenos infortunados, relacionados ao meio no qual estão inseridos. Assim como também existe um objeto de pesquisa médica, que são as doenças dos trabalhadores. Também é certo que novas condições ambientais ou industriais podem fazer novas doenças emergirem. Mas o que parece ter acontecido, em relação às doenças do trabalho na Colômbia, foi que essas começaram a ser reconhecidas e observadas com maior interesse nos anos 1930 e 1940, quando já eram um problema político e jurídico na maior parte do mundo⁷. Em termos médicos, isso pode expressar-se com a definição “doença emergente”: existia antes de sua primeira descrição, mas escapava ao olhar médico porque não podia ser conceituada como doença; sua existência foi percebida somente como resultado de uma avaliação qualitativa e/ou expressões quantitativas; existia em uma determinada região do mundo e foi introduzida em outra região; não existia em qualquer população humana, mas afetava uma população animal; era absolutamente nova, e o germe causante e/ou as condições ambientais não existiam antes das primeiras manifestações clínicas⁸.

Assim, as DP têm lugar no século XX colombiano pelo menos por duas razões. Primeiro, por reemergirem à luz de uma outra classificação, consequência da diferente perspectiva médico social e jurídica das doenças do trabalho. Em sentido estrito, não eram totalmente desconhecidas para os especialistas, mas ocupavam um lugar secundário, distante ou diferente nas preocupações

5 Jaime Camargo, “Enfermedades profesionales” (tese de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 1954), 11.

6 Úbeda y Correal, *El II Congreso*, 36.

7 Veja-se o dossier “Les maladies professionnelles: genèse d’une question sociale (XIXe-XXe s.)”. *Reveu de Histoire Moderne et Contemporaine* 56, n. ° (2009).

8 Mirko Grmek, “Le concept de maladie émergente”. *His Philos Life Sci* n.° 15 (1993): 281-282 96.

médicas. Portanto, eram praticamente inexistentes em sua relação com o mundo do trabalho. Segundo, devido a certo desequilíbrio patocenótico⁹ gerado pelas u novas condições na produção industrial que conduziram à emergência de doenças inéditas. Pense-se, por exemplo, no amianto e nas intoxicações relacionadas à utilização de produtos químicos na indústria. Resumindo, ao lado de patologias que antes eram familiares, o médico verá “aparecer entre as populações de trabalhadores, confiados a sua tutela, perturbações patológicas, cuja origem lhe passava despercebida”¹⁰.

Neste artigo, analisa-se a legislação sobre DP na Colômbia. Mostra-se a lentidão do Estado colombiano para legislar nesse campo e as críticas que os contemporâneos fizeram à lei. Igualmente, investiga-se o processo de objetivação das DP por parte dos médicos colombianos. Interessa analisar como eles se inseriram num horizonte jurídico e de reflexão sobre o corpo do trabalhador, que já era motivo de debate em praticamente todo o mundo. Finalmente, observa-se o estado das pesquisas sobre DP na Colômbia para resolver a questão pela forma como foram objetivadas as doenças profissionais no país, ou seja, interessa conhecer como os médicos refletiram sobre as doenças consequentes do trabalho. Resta unicamente sublinhar que a historiografia colombiana tem se preocupado pouco em refletir sobre saúde/doença dos trabalhadores¹¹. Com efeito, num artigo de 2011 foram mostradas algumas tendências na historiografia mundial e a escassa contribuição colombiana à questão da saúde laboral¹²; as pesquisas têm focalizado na história sociocultural da medicina, a saúde e a previdência social ou do ponto de vista da biopolítica refletido sobre os processos de medicalização, higienização, disciplinamento, e controle da população e os habitats.

A pergunta pela saúde/doença dos trabalhadores como problema histórico pressupõe que os fenômenos patológicos são também fenômenos sociais. Admitir que a diáda saúde/doença é um fenômeno biológico, social e cultural equivale a dizer que não se trata de algo natural senão de um complexo de relações¹³. O caso das doenças profissionais revela nesse sentido um especial interesse, ao tratar-se de um fenômeno patológico de alto impacto econômico e cuja existência deriva da interdependência dos discursos de médicos e advogados. As doenças profissionais nesse sentido são um problema individual, um problema epistemológico e um problema sociocultural. Em uma frase, as doenças profissionais são o paradigma —no sentido lato de modelo— da doença dentro da história da medicina social da primeira metade do século XX, porque elas sintetizam ou fazem visível em todas suas dimensões a economia social da saúde.

9 Mirko Grmek e Jean-Charles Sournia, “Les maladies dominantes”, em *Histoire de la pensée médicale en occident*, dirigido por Mirko Grmek (Paris: Seuil, 1998), 271-294.

10 Torres, “Debe declararse”, 40-41.

11 Não é possível nesse espaço descrever os avanços da historiografia da América Latina. Os artigos incluídos no dossier Trabalho, saúde e medicina na América Latina da revista *Mundos do Trabalho* 7, n. °13 (2015) <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/43217/31296>>, assim como os artigos do livro de Oscar Gallo e Eugenio Castaño, *La salud laboral en el siglo XX y el XXI de la negación al derecho* (Medellín: Escuela Nacional Sindical, 2016).

12 Óscar Gallo e Jorge Márquez, “La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis, 1910-1950”. *Historia Crítica* n.º 45 (2011): 114-43, doi: [dx.doi.org/10.7440/histcrit45.2011.06](https://doi.org/10.7440/histcrit45.2011.06), assim como “Tuberculosis en el mundo laboral colombiano 1934-1946”. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos* (2016) <<https://nuevomundo.revues.org/69862>>.

13 Jorge Márquez, “Historia de la salud y la enfermedad”, em *Historia de la salud y la enfermedad*, editado por Carolina Biernat e Karina Ramacciotti (Buenos Aires: Biblos, 2014), 58.

1. A legislação sobre doenças profissionais

Há leis míticas que casam perfeitamente com a ideia de uma República Liberal, voltada à solução dos problemas da classe operária. Concretamente, as Leis 129, de 1931, e 10, de 1934, sobre a saúde dos trabalhadores, têm desorientado vários pesquisadores. Com a lei de 1931, o Estado colombiano ratificou várias Convenções adotadas pelas Conferências Internacionais do Trabalho, nas Sessões 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10 e 11. O projeto de lei foi aprovado com muita facilidade, sem maior oposição política ou debate parlamentar e nem uma discussão criteriosa acerca das implicações¹⁴. Isso foi surpreendente porque toda a política social na Colômbia passou por lentos e traumáticos processos no parlamento. Mas explica-se isso pelo fato de que nada do que se colocava nessas convenções era desconhecido para os parlamentares.

Com efeito, a *Oficina General del Trabajo* (OGT) informara, desde 1928, as muitas vantagens e poucas desvantagens de se adotar as resoluções desse organismo internacional, insistindo ademais na necessidade de atualização da legislação nacional à luz de tais preceitos. Nesse sentido, o mesmo organismo apresentou, em 1929, um avançado e extenso projeto de Código do Trabalho, que vinha sendo elaborado havia, pelo menos, quatro anos. O dito projeto passou, em 1930, a ser revisado por uma Comissão Especial do governo formada por Juan de Dios Carrasquilla e Alberto Portocarrero, representantes da Sociedade de Agricultores da Colômbia e do Comitê Nacional de Cafeeiros, e por Tomás Uribe Márquez e Leandro Médina, representantes dos operários.

Na lógica da OGT, a ratificação dos convênios e do código do trabalho deviam estar unidas. Não obstante, o parlamento ratificou os convênios ao passo que o projeto de código de trabalho foi adiado indefinidamente. Esse aspecto ilustra a forma como a correlação de forças sociopolíticas existentes em cada país tem influência no reconhecimento efetivo dos modelos de intervenção social difundidos pelos organismos internacionais. Todavia, além dessa dinâmica sociopolítica, as coisas aconteceram como se o código tivesse dado um impulso indireto para a aprovação da Lei 129/1931. Assim, materializava-se uma ação positiva que, na prática, era claramente menos radical, visto que a adoção das convenções não necessariamente se traduzia em ações imediatas ou leis positivas.

Entre as questões tratadas pelos convênios da OIT —mas que não eram novidade no país— estavam as leis sobre AT (1915), trabalho infantil (1924), jornada laboral (decreto 1827 para trabalhadores oficiais) e descanso dominical (1931). Outros aspectos tiveram que esperar um processo relativamente mais longo, como a jornada laboral de oito horas (1934) e a proteção a mulheres grávidas e no período da lactação (1938). Pode-se afirmar assim que o processo de apropriação das convenções foi bastante heterogêneo, ao passo que, em sentido estrito, pouco renovador. Ratificou-se o que já estava pronto e os assuntos importantes foram deixados para muito depois.

O convênio 018 de 1925, sobre doenças profissionais, determinava que se garantisse às vítimas desse tipo de patologias uma indenização baseada nos princípios gerais da legislação nacional sobre AT. Acrescentava que o valor de indenização não seria inferior ao valor dos acidentes. Cada membro da OIT estava livre, no entanto, para adotar ou adaptar o pagamento por acidentes e doenças às condições nacionais. Finalmente, foram descritas três doenças e substâncias tóxicas: intoxicação por chumbo, intoxicação por mercúrio e infecção carbuncular. Cabe dizer que o grupo de doenças incluídas pela OIT vinha de uma classificação “limitada e prudente”, que não afetava

14 Mario Hernández, *La salud fragmentada* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002), 94-95.

muito o desenvolvimento da indústria, segundo a Junta de Representantes da OGT¹⁵. Ao ratificar o convênio, o Estado comprometia-se a pagar indenização por incapacidade ou morte em caso de doenças profissionais, pois, segundo o artigo 5, a ratificação obrigava a tomar as medidas necessárias para o cumprimento das duas primeiras disposições.

Interessante que, dois anos depois, em 1936, Cirilo Mogollón reivindicou uma indenização à empresa *Colombia Petroleum Company* por doença profissional. O inspetor do trabalho de Santander del Norte, inspirado pelos ventos de mudança social ou por falta de conhecimento rigoroso da lei, decidiu que Mogollón tinha direito a ser indenizado pela petrolífera. O representante legal apelou e obteve como resposta do *Departamento Nacional del Trabajo* (DNT) a revogação da indenização, com o argumento de que o legislador colombiano reconhecia o dever de reparar os AT, mas “não tinha consagrado em normas positivas o direito [...] de receber indenização quando as consequências forem o efeito das doenças profissionais”. Não existia lei que “obrigasse os proprietários dos meios de produção a indenizar seus operários nos casos em que eles contraíam uma doença profissional”¹⁶.

Com efeito, não havia lei concreta sobre doenças profissionais. Na opinião de Gustavo Restrepo¹⁷, o problema era que algumas normas citavam de maneira “acidental” as “doenças profissionais”, porque não havia um conceito autorizado sobre esse tipo de afecção e menos ainda uma regulamentação do direito positivo. Assim, as DP tinham que ser assimiladas às doenças genéricas, para as quais não havia indenização, ou a necessidade de se comprovar. Segundo a resolução 37 de 1937, a “doença tinha uma indiscutível, definida e inegável vinculação de causalidade com o trabalho desempenhado”. Essa prova estava a cargo do trabalhador, o que insinua, sem dúvida, a imprevisão do legislador. Em conclusão, as prestações patronais terminavam por limitar-se a “misérrimos auxílios nos períodos agudos, ou, no caso de empregados oficiais, a curtas licenças remuneradas, com salários incompletos, quando a incapacidade temporal não passava de seis meses”¹⁸.

Em 1934 formulou-se a Lei 10, pela qual se estabeleciam alguns direitos para os empregados particulares, ou seja, para “toda pessoa que, não sendo operário, realize um trabalho por conta de outra pessoa ou entidade, fora do serviço oficial, em virtude do soldo ou remuneração periódica ou fixa, participação em benefícios ou qualquer outra forma de retribuição”¹⁹. O seguro de doenças dos empregados, trabalhadores da indústria, do comércio e dos serventes domésticos, que estava no Convênio 024 de 1927, não era levado em conta nesse limitado seguro contra as doenças da classe média.

Ao reconhecer o auxílio-doença para os empregados particulares, tendia-se a pensar que, por extensão, reconheciam-se as doenças dos trabalhadores em geral. De fato, é possível confundir empregado particular com operário ou assimilar doenças e doenças profissionais²⁰. O caso é que com a norma de 1934 foram beneficiados os que tinham sido excluídos da Lei 57 sobre AT, em

15 Oficina General del Trabajo, “Convenciones Internacionales sobre el trabajo”, *Boletín de la Oficina General del Trabajo* [I, n.º 1-2], agosto, 1929, 31-115.

16 Campo Elías Barón, *Legislación del trabajo. Disposiciones reglamentarias y jurisprudencia* (Bogotá: Editorial ABC, 1939), 207.

17 Gustavo Restrepo, “Apuntes sobre enfermedades profesionales” (tese de Direito, Universidad Nacional de Colombia, 1944), 9-11.

18 Julio César Silva, “Aspectos del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional ante la legislación colombiana” (tese de Direito e Ciências Sociais, Universidad Externado de Colombia, 1945), 38.

19 Barón, *Legislación del trabajo*, 513-515.

20 Veja-se, por exemplo: César G. Lizarazo, *et al.*, “Breve historia de la salud ocupacional en Colombia”. *Archivos de prevención de riesgos laborales* 14, n.º 1 (2011): 38-42.

razão de salários maiores que três pesos diários. É importante esclarecer que a Lei 133 de 1931 eliminou o critério salarial como fator diferencial. Ao mesmo tempo, excluíram-se os operários, alegando que eles já tinham muitos direitos. Curiosa forma de redistribuir o que não se possuía, promovida por Jorge Eliécer Gaitán, a figura mais importante do populismo colombiano e defensor das demandas da classe média naquela época²¹.

Em 1946, o Estado colombiano legislou pela primeira vez sobre a proteção social para as doenças profissionais²². No interregno, tentou-se legislar sobre as doenças dos trabalhadores, porém, liberais tão vanguardistas quanto Alejandro López foram reticentes, afirmando que era preciso ajudar o patrão para poder ajudar o operário²³. Se isso era o que pensava o engenheiro López, defensor das leis sobre AT e do intervencionismo estatal, é possível imaginar a timidez pacata do liberalismo da revolução em marcha no que tangia a esses assuntos. O legislador célere sobre acidentes do trabalho foi absurdamente lento para definir o que fazer a respeito das doenças profissionais. Em comparação com outros países do continente, a Colômbia foi, provavelmente, o último país a reconhecê-las. Para se ter uma ideia, legislaram sobre o assunto a Argentina, em 1915; o México, em 1917; o Chile, em 1924; e o Brasil, em 1934. A Colômbia, por sua vez, fez esse desluzido ato de adoção das convenções da OIT em 1931 e, logo depois, um antidemocrático reconhecimento das doenças não profissionais da classe média.

A correlação de forças sociopolíticas existentes no país explica por que demorou tanto para que o legislador interviesse nesse campo do direito social. Para os contemporâneos, porém, o atraso legislativo se justificava por questões técnicas. Emilio Morales citava, em 1937, o caso da França, que demorou cerca de trinta anos para legislar sobre o assunto²⁴. Para ele, antes de legislar, era necessário levantar as estatísticas sobre as DP e as indústrias que as produziam, “então, sobre bases científicas, enumerá-las em uma lei especial. De outro modo os abusos seriam incontáveis”²⁵.

Ainda que sem estatísticas ou monografias, o artigo 12 da Lei 6 de 1945 legislou sobre doenças profissionais: a primeira parte do artigo redefinía os AT e as compensações econômicas e a segunda parte determinava que as indenizações por DP fossem em proporção ao dano sofrido, até o equivalente ao salário de dois anos; além da assistência médica, terapêutica, cirúrgica e hospitalar a que tivesse lugar e a duas terças partes do salário, enquanto tal assistência fosse obrigatória, sem ultrapassar seis meses. Definía também que DP eram aqueles estados patológicos sobrevividos do tipo de trabalho que desempenhava o indivíduo, ou do meio no qual tinha sido obrigado a trabalhar, fossem causados por agentes físicos, químicos ou biológicos. Por último, determinava que o governo, com ajuda da Academia Nacional de Medicina, elaboraria uma tabela de avaliação dos AT e DP. A lei enfatizava que apenas seriam “presumidas” como DP aquelas incluídas na tabela, “enquanto o empregador não extinga tal presunção”. No caso de “outras entidades patológicas de origem ocupacional”, seria presumível que não fossem profissionais, “enquanto o trabalhador não

21 Hernández, *La salud fragmentada*, 112.

22 Guillermo Sarmiento, “Observaciones sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”, *Salud y Trabajo* [I, n.o 3], 1948, 4.

23 Alberto Mayor Mora, *Técnica y utopía: biografía intelectual de Alejandro López (1876-1940)* (Medellín: Universidad EAFIT, 2001), 540.

24 Emilio Morales, “Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo” (tese de Medicina e Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, 1937), 1.

25 Morales, “Algunas consideraciones”, 1

demonstre que concorrem as condições previstas na lei, para que sejam tidas como profissionais”. Excetuando as doenças endêmicas e as epidêmicas, que eram somente consideradas como profissionais quando adquiridas pelos encarregados de combatê-las, em razão de seu ofício²⁶.

Para Agustín Arango, médico especialista em questões laborais, a legislação era defeituosa, pois permitia que doenças tropicais como a malária ou a ancilostomíase fossem consideradas profissionais. Afortunadamente, esclarecia Arango, o legislador tinha compreendido que num país tropical essas doenças eram endêmicas e epidêmicas, e, para evitar consequências graves na economia agrícola, fez a ressalva: “somente se consideraram profissionais quando se adquirem pelos encarregados de combatê-las em razão de seu ofício”²⁷. Pelo contrário, Guillermo Sarmiento, subdiretor da Direção Nacional de Medicina e Higiene Industrial (DNMHI), manifestava surpresa frente à ressalva, dado que a medida excluía cultivadores e colhedores de café, desvirtuando o objetivo social da legislação e contrariando a realidade nacional²⁸. De fato, o setor agrícola empregava mais de 70% da população economicamente ativa, estimada em 4.475.483. Desses, 73,5% eram agricultores, 11,7% trabalhavam na indústria, 5% em serviços, 3,5% no comércio, 0,4% em atividades extrativas (incluindo petróleo) e 4,7% se dedicavam a outras atividades²⁹.

O decreto n.º 841 de 1946 cumpriu o previsto na Lei 6. Além de estabelecer os critérios de avaliação dos AT, definiu como DP: carbúnculo, tuberculose, actinomicose, antracose, silicoses, tétanos, siderose, tabacose, várias dermatoses, vários tipos de oftalmias, escleroses do ouvido médio, intoxicações por produtos químicos, doenças e lesões produzidas pelos raios X e substâncias radioativas, traumatismos, hígroma de joelho, câimbras profissionais. Observadores especializados, como Jorge Vergara, consideravam que a classificação tinha erros importantes nos artigos sobre antracose, silicose, siderose e tabacose. Sobre a antracose, argumentava que não havia dúvida de que a absorção de pó de carvão não era patológica, no entanto, associada ao pó de sílice, podia predispor à tuberculose, por isso, recomendava usar a categoria de antraco-silicoses, incorporada no artigo 6 sobre as silicoses. Questionava também a falta de normas para o pagamento das compensações para silicoses. Há necessidade de se aprofundar nos elementos de que dispunha o perito para julgar os casos de silicoses e a importância de se uniformizar as técnicas radiográficas.

Finalmente, com respeito às profissões que o legislador considerou susceptíveis de sofrer de silicose (mineradores, marmoreiros, vidreiros, canteiros, caieiros, afiadores, areeiros e trabalhadores de fábricas de cimento e cerâmica), estimou-se que deveriam ser excluídos do grupo os marmoreiros, caieiros e areeiros, pois as partículas de carbonato de cálcio e cal, assim como as de ferro e gesso, não representariam graves problemas para saúde, exceto quando acompanhadas de pó de sílice. Sobre os trabalhadores do cimento, assegurava o perito que não havia provas que permitissem saber se as condições do trabalho na Colômbia eram comparáveis às de outros países. Pediu, então, para adiar a inclusão. Quanto à siderose, tipo de pneumoconiose produzida pelo ferro, avaliou desnecessário incluí-la por não existir literatura médica que sustentasse a

26 República de Colombia, “Nueva Tabla de Valuación de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales adoptada por el gobierno. Las posibles lesiones se clasifican en 18 grupos en vez de 11 que antes se contemplaban”, *Colombia Médica* [V, n.º 6], março, 1946, 196-200.

27 Agustín Arango, “Enfermedades profesionales”, *Salud y Trabajo* [I, n.º 6], 1948, 2.

28 Guillermo Sarmiento, “Enfermedades profesionales”, *Salud y Trabajo* [I, n.º 4], 1948, 3.

29 Ernesto Herrnstadt, “The Problem of Social Security in Colombia”, *International Labour Review* [47, n.º 1], abril, 1943, 427.

classificação como doença profissional. A respeito da tabacose, os argumentos foram os mesmos: não existiam provas científicas que a definissem como doença profissional. Isso contrastava com a visão de outros médicos, que observavam duas etapas de intoxicação nos operários das manufaturas de tabaco — a primeira, de “aclimação”, marcada por enjoo, vomito, cólicas; na segunda etapa, sofriam permanentemente de diurese e alteração da cor da pele, entre outros sintomas³⁰.

A sofisticação das críticas de Vergara evidencia o domínio do tema, e foi com essa bagagem científica que propôs reduzir ainda mais a tabela. Assim como ele, outros colegas que participaram da polêmica destacaram mais fragilidades. Guillermo Sarmiento considerava que o carbúnculo e o tétano não eram doenças de caráter profissional. Com relação à tuberculose, a crítica era similar, devendo ser aceita como doença profissional no caso dos agentes de saúde, mas não no dos mineiros, operadores de maçarico, caldeireiros e fogareiros, cujos casos seriam indiretamente profissionais. O interessante do esforço crítico desses autores foi o reconhecimento de que toda tabela era meramente provisória e incompleta. De fato, dizer que eram um produto artificial e contingente, cujas modificações obedeciam a critérios científicos em permanente mudança, é praticamente um aforismo da época.

Em contraste com a visão mais acadêmica, Héctor García pensava que a maneira como estava organizada a tabela de DP obrigava os médicos a “enquadrar a extensa patologia do trabalho em uma pequena lista de doenças”³¹. Por sua experiência no Posto de Saúde de Barrancabermeja, da *Tropical Oil Company*, e na Fábrica de Cimentos Samper, podia afirmar que, perante as dificuldades para classificar as doenças, a primeira coisa que o médico fazia era recorrer ao DNT. Essa entidade contava com três ou quatro empregados e tinha que resolver todas as demandas do país, com grave prejuízo para o trabalhador doente e para a própria entidade, que tinha a obrigação de responder por sua saúde.

Alguns médicos sugeriram uma reforma, a partir de uma tabela genérica, de acordo com três agentes etiológicos específicos: 1) agentes físicos — pó, luz, barulho, eletricidade, ar seco, raios X, umidade, compressão de determinada região, pressão atmosférica, trabalho estático, temperaturas extremas, movimentos passivos, traumatismos frequentes, exercícios constantes, esforços constantes e repetidos, AT; 2) agentes químicos — pó, gases, fumaça, névoas, solventes, irritantes locais, metais e seus derivados, alcatrão e parafina; 3) agentes biológicos — brucelose, micose, hepatite, tuberculose, carbúnculo, dermatose, alergias³².

Assim, hesitavam entre uma tabela mais depurada e uma mais abrangente, que não se atinha exclusivamente a doenças mais conhecidas ou estatisticamente importantes. Enquanto isso acontecia no plano científico, os direitos sociais eram sonogados, por conta de pleitos demorados, à espera de uma resolução do Ministério do Trabalho. Isso ocorria porque, segundo o legislador, era na tabela que estavam todas as doenças indenizáveis, deixando implícito que as outras patologias possíveis do trabalho não estavam amparadas pela lei. Em conclusão, o que parecia ser o primeiro passo para o reconhecimento do direito a adoecer na Colômbia, evidenciava-se pelo caminho da

30 Roberto Concha, “El vicio del tabaco”, *Salud y sanidad. Órgano de divulgación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social* [VII, n.º 75], novembro, 1938, 7-10.

31 Héctor García, “Enfermedades profesionales. Ensayo de clasificación” (tese de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 1948), 1.

32 Camargo, “Enfermedades profesionales”, 76-84.

espessa retórica científica: limitado, sinuoso e incerto. Alguns exemplos podem ajudar a dimensionar as dificuldades e a incerteza quanto à classificação e à aplicação da legislação.

Em 1952, o inspetor do trabalho de Cundinamarca enviou à DNMHI uma consulta sobre o caso do trabalhador N. N., da empresa X. X., que apresentava, desde 1950, uma infecção aguda das vias respiratórias e fenômenos asmatiformes. Depois de muitos tratamentos sem resultados, o diagnóstico do médico do Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) foi “síndrome de esclerose pulmonar”, produzida pela aspiração de pó de cimento e pedra. José Manuel Baena, especialista do ministério, respondeu que não era possível comprovar empiricamente a origem profissional da asma alérgica, que não existiam provas de pneumoconioses-silicose ou esclerose pulmonar por aspiração de cimento e pedra; concluiu que as estatísticas sobre riscos profissionais na indústria do cimento, levantadas pelos peritos, demonstravam “que as únicas manifestações alérgicas que produz a um trabalhador o contato permanente com o cimento são as dermatites das partes descobertas”³³. Nesse caso, foram negadas as prestações sociais, mas em outros, o médico podia favorecer o trabalhador, embora a relação entre ofício e doença não fosse visível sem elencar pesquisas científicas. Também em 1952, Baena conceituou que a doença pulmonar infectocontagiosa da qual sofria N. N., após de nove anos de trabalho como guardião em diversas instituições penitenciárias, era resultado de uma alimentação inadequada e da convivência, “muito possivelmente, com reclusos infectocontagiosos, etc.”³⁴

Chama a atenção o caso do gerente de uma agência do Banco Central Hipotecário. Ele afirmava ter adquirido uma úlcera duodenal por causa do excesso de trabalho, da preocupação permanente, além do cansaço físico e mental, comprovados por sete anos sem férias em nove de trabalho. Baena respondeu que as úlceras gástricas e duodenais somente tinham sido comprovadas em certos traumatismos de abdômen. Aliás, as pesquisas não estabeleceram nenhuma relação etiológica com outros fatores industriais, nem lesões ulcerosas das vias digestivas como consequência direta de trabalhos intelectuais intensos³⁵. Em suma, não considerava possível afirmar-se que as ocupações bancárias tivessem relação etiológica com a doença, portanto, não caberia qualificar a doença como diretamente profissional. Em todo caso se “pudesse demonstrar com toda amplitude” a relação entre a úlcera duodenal e o excesso de trabalho, seria o caso de considerá-la uma doença indiretamente profissional. Esse caso se sobressai por dois motivos. Em primeiro lugar, por aludir aos empregados particulares, ou à classe média, raras vezes visíveis nos debates sobre DP da época. Em segundo lugar, por insinuar a emergência de novas patologias profissionais em decorrência de novos setores empresariais. Além disso, por tratar-se de um caso diferente, Baena se estendeu ao explicar o contraste entre as DP propriamente ditas e as doenças indiretamente profissionais, também denominadas doenças do trabalho.

Nas DP, era necessário provar a relação direta entre a ação nociva do trabalho e a evolução da entidade nosológica — a fatalidade da produção ou, ao menos, a enorme probabilidade, como definiu um advogado. No caso das patologias do trabalho, partia-se do pressuposto que podiam afetar a qualquer indivíduo, indiferentemente da ocupação ou ofício, não obstante a ação mórbida de certas profissões servir de causa coadjuvante para aparição da doença. Em outros termos,

33 José Baena, “Concepto 074-D. Prestaciones sociales por enfermedad”, *Boletín Trabajo* [I, n.º 2], novembro, 1952, 104-106.

34 José Baena, “Concepto 082-D”, *Boletín Trabajo* [II, n.º 2], novembro, 1952, 108-109.

35 José Baena, “Consulta trabajador Banco Central Hipotecario”, *Boletín Trabajo* [I, n.º 5], maio, 1955, 117-120.

eram consequência da influência que as condições ambientais desfavoráveis exerciam sobre o organismo. Eram os casos do reumatismo ou da tuberculose nos trabalhadores obrigados a permanecer durante muito tempo em lugares úmidos. A prova, nesse caso, elaborava-se com o estudo científico da doença, os antecedentes clínicos do paciente, o estudo das condições ambientais, a classe de trabalho, o tempo de exercício e as circunstâncias especiais que envolviam o trabalho. Depois de analisado o processo, era eventualmente possível obter-se as mesmas prestações sociais que no caso das doenças tipicamente profissionais.

Certamente, o legislador considerava não ser possível a utilização de uma tabela taxativa, já que as transformações da indústria vinham acompanhadas de novos riscos profissionais, além do fato de a medicina estar em permanente mudança de técnicas e princípios. Por isso, segundo Efraín Meneses, a lei contemplava as lesões não previstas na tabela, mas em definições análogas que podiam ser consideradas³⁶. Entretanto, a dependência de uma lógica de prova fazia com que, na prática, isso raras vezes acontecesse. Aquele que demandava tinha que comprovar a existência de contrato de trabalho, a aquisição da doença no serviço para a empresa, a diminuição da capacidade laboral, lucrativa, além do certificado do grau de diminuição ou da intensidade do prejuízo. Isso para casos nos quais a doença estava incluída na lei; caso contrário, cabia ao demandante a “prova positiva da profissionalidade da afeição”³⁷.

Por outro lado, é relevante o papel do DNMHI em todos os casos citados. Esse departamento do Ministério do Trabalho, Higiene e Previdência Social fora criado, em 1948, para o estudo dos aspectos médico-legais. Complementava, em casos de dúvidas ou demandas, as funções dos inspetores do trabalho, mas também mantinha uma das funções mais importantes do anterior DNT, que era resolver os conflitos entre patrões e trabalhadores por conta da aplicação da lei sobre AT. Havia, no entanto, uma notável mudança entre essas resoluções, já que no horizonte legislativo dos anos 1940 —que prefigurou a previdência social na Colômbia— o Estado tinha um papel muito mais ativo. Com efeito, na mesma época, a Lei 90 de 1946 criou o ICSS, inspirado na teoria do risco social, que propunha que todos os riscos deveriam ser garantidos por uma instituição especial, criada e sustentada com fundos especiais providos pelas empresas, pelo Estado e pelos trabalhadores³⁸. Na prática, o instituto começou a funcionar em 1950, com limitado reconhecimento por parte da classe trabalhadora³⁹. Não obstante, transformou-se, paulatinamente, no modelo de seguros de responsabilidade do patrão, mesmo que as DP não fossem assumidas nos primeiros anos de funcionamento do ICSS, por incerteza científica e estabilidade econômica⁴⁰.

36 Efraín Meneses, “Enfermedades y accidentes de trabajo” (tese de Direito, Universidad Externado de Colombia, Editorial Prensa Católica, 1949), 32-33.

37 Meneses, “Enfermedades”, 32-33.

38 Leonardo Gárces, “Resumen de la evolución del concepto de responsabilidad patronal en los accidentes de trabajo” (tese em Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidad Javeriana, 1951), 50.

39 Julián Arturo e Jairo Muñoz, “La clase obrera en Bogotá. Apuntes para una periodización de su historia (aspectos económico, político e ideológico-cultural)”. *Maguare* n.º 1 (1981): 151.

40 Jorge Vergara, “Consideraciones sobre una política asistencial sanitaria”, *Heraldo Médico* [VII, n.º 106], enero, 1949, 15.

2. A emergência das doenças profissionais

Os problemas para a aplicação da lei não aconteceram somente porque instauraram um novo regime de compromisso social na vida do trabalhador, nem por terem criado um sistema de previdência social cujos limites eram incertos. O problema era quanto ao saber que deveria inspirar todo o sistema, mas que apenas começava a formar-se no país. Isso sem contar que, nas doenças profissionais, era preciso considerar critérios geralmente díspares, como o médico e o legal. Na Colômbia dos anos 1930, as DP eram ignoradas pelos industriais, por aqueles que delas padeciam e pela maioria dos médicos. Em 1937, Enrique Putnam afirmava que “a ignorância do operário a respeito das perturbações orgânicas ocasionadas pelo trabalho era muito grande, e era humano que o proletário ignorasse o que desconhecia o médico”⁴¹.

A constatação da ignorância do médico frente às doenças do trabalho tinha vigência ainda em 1948, segundo Guillermo Sarmiento o tema apenas começara a ser estudado na Colômbia⁴². Em conclusão, profissionais e leigos tinham um absoluto desconhecimento acerca desse ramo da ciência na Colômbia. Não era somente uma disciplina ignorada na faculdade, havia médicos que desconheciam a maneira de redigir com “juízo, exatidão, equanimidade um certificado de incapacidade para o trabalho”. Por isso, Putnam concluiu que “urge que o operário, o industrial e o médico tenham noções claras sobre estes problemas, para que seja a cultura mútua a que ajude a resolvê-los, e não o egoísmo ou a força cega”⁴³. Assim, era necessário que os médicos entrassem no universo do trabalho. A primeira grande questão era objetivar as doenças profissionais, defini-las e estabelecer os tipos, os limites teóricos e práticos. Na Colômbia e em muitos outros lugares do mundo, essas foram as questões que guiaram as discussões acadêmicas da primeira metade do século XX.

Para alguns autores, o conceito de doença profissional pouco mudou desde 1902, quando a Comissão para o Estudo das DP as definira como aquelas causadas direta e exclusivamente pelo exercício de uma profissão ou eram consequência direta de determinada atividade⁴⁴. Ao serem entendidas como consequência direta de uma atividade ou de um risco profissional, as DP se distinguíam das doenças comuns, que eram entendidas como consequência de um risco genérico, ao qual todo indivíduo estava exposto pelo simples fato de viver. Porém, nem toda patologia adquirida no trabalho podia ser entendida como doença profissional. Daí que ganhava força a ideia de que as DP eram microtraumatismos que unidos aniquilavam o equilíbrio fisiológico. Essa ideia permitia diferenciar as doenças dos AT, assunto de grande importância econômica, já que, até 1946, o trabalhador só tinha direito à indenização em caso de AT. Dessa maneira, destacava-se que as DP eram evolutivas, progressivas, insidiosas, crônicas, normais no ofício, previsíveis e diluídas, em contraste com o caráter concentrado dos acidentes. Em uma frase repetida uma e outra vez, “o acidente era o raio que derrubava o carvalho, e a doença era a obra lenta e diária que carcomia as fibras da planta-homem”⁴⁵.

41 Enrique Putnam, “La medicina del trabajo”, *Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla* [IV, n.º 4], abril, 1937, 32-33.

42 Guillermo Sarmiento, “Observaciones sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales”, *Revista de la Facultad de Medicina* [XVII, n.º 2], agosto, 1948, 31.

43 Putnam, “La medicina del trabajo”, 32-33.

44 José Miguel Restrepo, “Algunos apuntes sobre medicina del trabajo”, *Boletín Clínico* [VIII, n.º 4 (88)], julho, 1942, 166.

45 Camargo, “Enfermedades profesionales”, 16.

Se já era complicado definir as doenças profissionais, que se podia esperar de sua classificação. José Miguel Restrepo propunha a separação entre os riscos genéricos e os riscos específicos⁴⁶. Para ele, os genéricos eram as causas “coadjuvantes” ou “auxiliares” que concorriam para processos morbosos, infecciosos, diatésicos ou metabólicos. No caso da tuberculose, estavam em risco genérico os operários das fábricas com produção de pó, chumbo, cloro, ácido clorídrico ou aquelas com ar viciado, horários prolongados e excesso de trabalho. Os riscos específicos, no caso concreto da tuberculose, eram a permanência obrigada em lugares infectados ou em contato com doentes, caso das pessoas que trabalhavam em hospitais, sanatórios, dispensários antituberculosos. Entende-se que o risco específico estava dado pelo contato com o bacilo.

Na mesma perspectiva de separação entre doenças específicas e genéricas, Restrepo propôs três tipos de doenças profissionais: as produzidas por causas exógenas, as de causas endógenas e as de AT. As doenças de origem exógena eram produzidas por agentes inanimados, animados e condições atmosféricas exclusivamente relacionadas com as condições de trabalho impostas aos operários; eram as DP propriamente ditas. As de causas endógenas eram todas as que causavam deterioração gradual e habitual do corpo do trabalhador, isto é, as doenças do trabalho em geral. Ainda no exemplo da tuberculose, era considerada DP em profissionais da saúde por ser causada por um agente endógeno; nos operários, era doença do trabalho, consequência de um fator exógeno. Porém, como não existiam definições nesse campo de saber, em 1948, Restrepo propôs seu próprio ensaio de classificação⁴⁷. Ele organizou as DP em cinco grupos: doenças por esforço, doenças por acidente de trabalho, doenças por material de trabalho, dermatoses profissionais, tumores profissionais. Subdividiu as primeiras em resultantes de esforço agudo, crônico, posição, repetição. O segundo grupo, das produzidas por acidentes, separou entre doenças por fatores físicos e doenças por fatores químicos. O terceiro grupo, de doenças produzidas pelo material de trabalho, foi fragmentado em “nosokonioses” e intoxicações por agentes biológicos. As dermatoses foram subdivididas em resultantes de causas físicas, minerais, vegetais ou animais.

Um observador especialista podia criticar as múltiplas classificações anteriores e muitos profissionais podiam até estar equivocados ou utilizar classificações em desuso. Mas isso serve unicamente para provar que o conhecimento acerca dos corpos em risco estava em pleno processo de construção. Que os médicos não lograram chegar a um acordo nesse ponto, assim como sobre a definição de doença profissional, unidade básica de sentido e de individuação do saber, é mais uma prova do estado embrionário da especialidade médica do trabalho. Em outras palavras, esses esforços de apropriação de uma linguagem denotam, principalmente, a vontade de construir uma identidade e legitimar socialmente uma especialidade ou campo de saber. Além do assunto da definição e da classificação, o desafio realmente começava quando tentavam aplicar-se à análise das condições laborais concretas e das doenças derivadas dessas atividades. O primeiro passo era observar as pesquisas realizadas por médicos de diferentes lugares do mundo, levando em consideração que a utilidade dessas pesquisas era relativa.

Na época em que se debatia a Lei 6, Jorge Vergara —médico especialista em questões laborais formado nos Estados Unidos—, insistia que, se o governo queria simplesmente intervir em questões de higiene industrial, seria fácil. Ou seja, apenas determinar que os inspetores do trabalho

46 Restrepo, “Algunos apuntes”, 168.

47 García, “Enfermedades profesionales”.

ou das companhias de seguros vigiassem e promovessem exames antes do emprego, campanhas educativas, nutritivas, higiene dos edifícios, segurança da maquinaria, condições sanitárias, iluminação, ventilação, disposição de equipes, materiais de segurança etc. Porém, como o legislador queria intervir sobre as doenças profissionais, a coisa era bem mais complexa. Para ele, o governo tinha que começar por dispor de laboratórios que decidissem as disputas médico-legais ou, no mínimo, utilizar um laboratório nos Estados Unidos. Isso porque a base de todas as indenizações era a possibilidade de mostrar cientificamente que o indivíduo fora afetado por determinada substância industrial. Suponhamos, disse Vergara, que a legislação colombiana aceitasse o saturnismo. O operário faria uma demanda à empresa, por sofrer de cólicas atribuídas ao uso do chumbo em seu ofício. “A presença dessas cólicas e o fato de que se trabalhe com chumbo não são critérios suficientes para diagnosticar o saturnismo”. O fato clínico teria que ser acompanhado e “harmonizado” com os dados de laboratório⁴⁸.

De modo que as condições teóricas podiam estar satisfeitas, mas a base do reconhecimento estava na experimentação, na identificação estatística do risco e no estudo detalhado das empresas nacionais. Dessa opinião era a maioria dos especialistas em MT. O básico era vulgarizar o conhecimento mundial acerca dos efeitos da indústria na saúde dos operários. Mas na medida em que não houvesse pesquisas e monografias acerca da indústria nacional e seus doentes, médicos e legisladores, por um lado, continuariam pensando que ainda estava longe o dia em que as DP seriam uma grande preocupação na Colômbia. Por outro lado, como observava Guillermo Sarmiento, a legislação se manteria no caráter provisional, com o agravante que “aplicar doutrinas de outros países no nosso, como alguns propugnavam, era inaceitável, pois as condições de ambiente e de trabalho eram muito diferentes”⁴⁹. Esta lógica conflitava com o fato de não haver estatísticas na Colômbia acerca das doenças do trabalho ou das doenças profissionais. Os médicos conheciam muito pouco sobre os produtos e processos utilizados nas fábricas do país. Nesse sentido, a maioria das coisas que se dizia acerca das doenças dos trabalhadores era deduzida de pesquisas internacionais ou da observação, atenta e dispersa, do entorno socioeconômico.

Muitos exemplos podem ilustrar as limitações do conhecimento médico acerca da realidade nacional nesse campo. Era conhecido, na literatura médica, o fato de que, nas indústrias de vidro, os trabalhadores manifestavam lesões cutâneas, dos dentes, boca e cataratas por conta do uso de chumbo ou mercúrio em alguns processos. Pois bem, em 1928, o inspetor de fábricas da OGT informava que, na fábrica de vidros Fenícia não se apresentava esse tipo de doenças, o que era prova das boas condições de higiene em que se encontrava a fábrica e seus trabalhadores⁵⁰. Em seu périplo, o mesmo inspetor visitou um curtume, onde o técnico encarregado da produção lhe informou que as doenças comuns nesse tipo de indústrias não se tinham produzido ali, pois diferentemente do que acontecia na Europa, os couros eram de gado fresco, examinado previamente. Tal informe foi construído, conscientemente, ao redor das três doenças sobre as quais tinha se manifestado a OIT em 1925, isto é: intoxicação por chumbo, intoxicação por mercúrio e infecção por carbúnculo. Ou

48 Jorge Vergara, “Medicina Industrial e Higiene Industrial”, *Colombia Médica* [V, n.º 6], março, 1946, 170-71.

49 Guillermo Sarmiento, “Trabajo y enfermedad”, *Revista de Medicina Legal de Colombia* [VIII, n.º 47-48], novembro, 1946, 77.

50 Oficina General del Trabajo, “Informe de visita practicada a la fábrica de vidrio Fenicia, la de material refractario Sajonia, la de dulces y pasta El Papagayo y la de curtidos de la Compañía Colombiana”, *Boletín de la Oficina General del Trabajo* [I, n.º I], agosto, 1929, 13.

seja, o inspetor visitava as indústrias à procura desse tipo de doenças, que eram as analisadas na pouca produção técnico-científica da OGT. Assim, a visita apontava um grupo fechado de riscos profissionais ou de condições insalubres, que podiam ser tóxicas ou infecciosas, de acordo com a OIT. Quer dizer, outras doenças não eram identificadas (ou eram invisíveis).

Esse tipo de diagnósticos era o único instrumento com que contavam os médicos nos anos 1930 para afirmar que certas doenças —identificadas no plano internacional— eram realidade no universo patológico nacional ou se eram apenas curiosidades nosológicas no país. A autenticidade desses “instantâneos” da vida laboral podia ser inspiradora ou estéril em termos científicos, porém, é o que menos importa. O fato é que, em seu conjunto, serviam de diagnóstico médico social e neles é possível identificar as primeiras insinuações acerca de três gerações de doenças profissionais, mais ou menos diferenciadas pela relação com modelos produtivos distintos e diferentes formas compreensão do mundo do trabalho. Sobra dizer que não há, estritamente, uma sucessão, embora possa acontecer que mudanças técnicas ou ecológicas tornem rara uma doença.

Uma primeira geração constituiu-se por tuberculose e silicose, vinculadas fundamentalmente à produção de matérias-primas, na qual o mecânico supera o tecnológico frequentemente. Os perigos desse meio se enfrentam com ações guiadas pela higiene industrial. Para alguns especialistas, trata-se de um estado primitivo, tanto no que tange ao tipo de doenças quanto às ações médicas correlatas. Uma segunda geração de DP pode ser exemplificada com as intoxicações e dermatoses típicas da indústria química; nessa classe, as funções do médico do trabalho podem ser mais que preventivas e corretivas, correspondendo a especialidades como a dermatologia, oftalmologia, ortopedia etc. Finalmente, da terceira geração seriam as doenças produzidas pelo maquinismo; nesse cenário, a fadiga fisiológica se soma ao esgotamento psicofisiológico do trabalhador. Os médicos se convencem dos problemas de racionalização científica do trabalho e dos efeitos potenciais no organismo e na psique. Nesse contexto, a ergografia, a psicotécnica ou a psicologia industrial são as que determinam o que fazer. A literatura médica colombiana ocupava-se do primeiro grupo de doenças profissionais. Concretamente, nesse panorama das doenças do mundo do trabalho, destaca-se a inclinação a descrever patologias resultantes de atividades extrativas, como a mineração.

Nos citados casos da vidraçaria e da curtidora, o inspetor transmitiu ao leitor do ministério uma tranquilidade pouco consistente diante dos riscos profissionais desse tipo de indústrias. Ao contrário, o encarregado de visitar uma exploração de carvão em Cundinamarca descreveu a preocupação que, além de fundada nas observações, concretizava temores inspirados em pesquisas científicas de diferentes lugares do mundo. Assim, ainda que em 1930 o conhecimento médico sobre as questões da MT fosse bastante impopular, o médico-inspetor fez observações detalhadas acerca da composição do ar, os riscos de explosão por acumulação de grisú, a presença de partículas de carvão e sílice no ar e, em geral, sobre higiene da mina, higiene individual e assistência sanitária.

A sofisticação e o nível de detalhe do informe não foram uma casualidade. Evidencia a longa trajetória de pesquisas sobre o setor mineiro, que remonta ao século XIX e que na Colômbia, além de ser divulgada permanentemente em jornais médicos e de engenharia, tinha como representantes vários médicos vinculados a um dos poucos setores que, por necessidade ou obrigação, colocou em funcionamento sistemas de atendimento médico-social para os trabalhadores, desde fins do século XIX. Além do detalhe sobre os processos perigosos, outro aspecto interessante que insinua o grau de alcance dessas pesquisas no âmbito acadêmico colombiano, é a referência à velocidade de deterioração corporal dos mineradores, calculada pelo médico-visitante em quarenta

anos de vida. Essa idade se aproxima do cálculo descrito por diversos autores em diferentes épocas e sugere que nosso autor conhecia a informação científica sobre a matéria.

Naturalmente, os informes não eram sempre convincentes peças de retórica científica. Em especial sobre a mineração, ao lado dos comentários técnicos, é comum, desde fins do século XIX, encontrar comentários sobre o abuso de álcool e da chicha como causas predisponentes da doença⁵¹. Mas, o que ilustra esses artigos é o processo paulatino de legitimação do saber médico sobre os corpos em risco. No primeiro caso, a atenção estava nos detalhes da produção e nas doenças correlatas; na análise de chichismo, misturam-se observações sociais, características do higienismo do início do século XX, com algumas anotações dos efeitos da produção.

Tem-se a impressão de que os médicos colombianos não sabiam nada do que acontecia com os trabalhadores de outros setores econômicos além da mineração. Se pensarmos em termos de produção de conhecimento sistemático, com as ferramentas teóricas da MT, pode-se afirmar que isso é verdade. De um total de 134 pesquisas e publicações médicas sobre questões de saúde entre os trabalhadores, 36 estão relacionadas diretamente com a mineração. As restantes aludem a temas como previdência social (23), AT (21), MT (16), DP (12), silicose (11), ferrovias (7), bananeiras (6), higiene industrial (3), petroleiras (3), bairros operários (2), fazendas cafeeiras (2). Estas cifras corroboram a tendência a observar as doenças da primeira geração, confirmando a ênfase no teórico⁵².

Mas não é verdade que desconheciam o que acontecia com os trabalhadores de outros setores. Como se pode deduzir desses números, houve publicações sobre ferrovias, bananeiras, petroleiras e fazendas. A questão, com muitas dessas pesquisas, é que não se podem considerar em sentido estrito as pesquisas de MT, mesmo que as onze relacionadas com a silicose sejam pesquisas com essa orientação. Deixando de lado as monografias sobre setores econômicos concretos, o conhecimento sobre as DP no país circulava em diferentes âmbitos acadêmicos de maneira assistemática, mas estável. A distância aparente entre a realidade da indústria nacional e a necessidade do conhecimento médico sobre as doenças do trabalho, não foi obstáculo para que alguns médicos estivessem à vanguarda dos debates sobre o assunto no mundo. Ainda que desconfiando da utilidade desse conhecimento, observaram a indústria nacional para advertir sobre os seus riscos potenciais. Ao menos nas três primeiras décadas do século XX, e seguramente por falta de observação, autores como José Miguel Restrepo afirmavam que eram bastante estranhas as dermatoses produzidas pela maquinaria ou pelas anilinas na indústria têxtil do país. O mesmo acontecia com a bissinose, mencionada de passagem em apenas dois trabalhos acadêmicos, que é produzida pelos filamentos do algodão e da lã nos cardadores ou trabalhadoras da indústria de tecidos⁵³.

Entretanto, na mesma indústria se considerava que havia maior propensão às doenças respiratórias. De fato, pela concentração de trabalhadores num mesmo espaço, geralmente pouco ventilado, as fábricas eram vistas como lugares propícios para o contágio da tuberculose. Não é à toa que o acordo 33 de 1916, que instaurava a profilaxia dessa doença, tenha contemplado no artigo 7 que os tuberculosos deviam ser separados dos operários sadios, “colocando-lhes em

51 Juan Tamayo, “Beriberi, epidemia de Junín y La Hermosa”, *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* [II, n.º 8-11], outubro, 1889, 324.

52 Óscar Gallo, “Higiene industrial y medicina del trabajo en Colombia, 1912-1948”, em *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina*, de Hilderman Cardona Rodas e Zandra Pedraza Gómez (Bogotá: Ediciones Uniandes, 2014), 239-72.

53 Restrepo, “Algunos apuntes”, 170; García, “Enfermedades profesionales”, 138.

melhores condições”. Pelo mesmo acordo, não era permitido que os homens trabalhassem mais de dez horas, as mulheres, oito, e as crianças, seis. Os homens tuberculosos não podiam trabalhar mais de oito horas, e as mulheres tuberculosas, mais de seis⁵⁴.

Por outro lado, à nascente indústria do cimento vinha atrelada uma série de moléstias respiratórias e ações irritantes sobre a pele. Mais tarde que cedo, alguns médicos imaginavam que as doenças respiratórias começariam a atingir também os pedreiros. Em 1946, Vergara desprezou tais riscos respiratórios nas cimenteiras, ao menos no que tangia às denominadas pneumoconioses, mas reconheceu, como muitos contemporâneos, que nas minerações ou qualquer outro lugar com sílice, a mistura podia aumentar o risco de silicotuberculose.

Outros males do trabalho, como saturnismo, intoxicações por mercúrio, arsênico, benzol, óxido de carbono, entre outras, eram, de alguma forma, temores clássicos de velhas indústrias. A intoxicação por chumbo na mineração do ouro, nas fundições ou na utilização de pinturas à base de cerusita era muito conhecida. De fato, há registros na literatura médica colombiana desde 1898. Nesse ano, o médico Juan B. Martínez mencionou casos de saturnismo por conta do uso irresponsável de chumbo na construção de alambiques para aguardente: “os produtos ativos da destilação, álcool, ácido carbônico e ácido acético, atacaram o chumbo, formando carbonato e acetato de chumbo, que o álcool dissolveu, ficando completamente tóxico”⁵⁵. A denúncia se baseou na ideia, conhecida na época, de que a utilização do chumbo e das variedades desse produto (como sais ou cerusita) na indústria da mineração, na cosmética ou na produção de chapéus, produzia intoxicações no mundo todo e na Colômbia. Uma das primeiras manifestações da OIT sobre DP foi o Convênio 013 de 1921, que proibiu a utilização de cerusita, sulfato de chumbo ou qualquer outro pigmento na pintura interior dos edifícios⁵⁶.

As intoxicações produzidas pelo mercúrio eram menos comuns, ainda que um número considerável de operários prestasse serviços em indústrias de fabricação de explosivos, termômetros, chapéus de feltro e peles para abrigos, fotogravadores, douradores e bronzeadores. O arsênico era um inimigo relativamente melhor conhecido, principalmente nas fundições, vidraçarias, mordentes no tingimento de tecidos, elaboração de esmalte branco, fabricação de tintas e papeis, indústria curtidora, entre outras. Finalmente, o benzol era conhecido pelos efeitos nos operários das tinturarias, elaboração de borracha, lavadouros de panos e lãs. A respeito das intoxicações por benzol, Restrepo afirmou: “É verosímil que isto exista entre nós, por isso, deve examinar-se detidamente os doentes que trabalham nessas indústrias”⁵⁷.

O risco de intoxicações por óxido de carbono era outro velho inimigo da classe operária, que se estendia a um sem-número de indústrias dependentes de combustíveis sólidos, líquidos e gasosos. Ou seja, os envenenamentos agudos, subagudos ou crônicos por óxido de carbono deviam ser muitos, como afirmava Restrepo, pois além dos operários, o óxido de carbono afetava “pessoas do povo”, que dormiam ao pé de um fogão aceso dia e noite, assim como sucedia com as mulheres cujo trabalho era passar roupas.

54 Pablo García, *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*, vol. I (Bogotá: Imprenta Nacional, 1932), 262.

55 Juan Martínez, “Saturnismo agudo de los dipsómanos”, *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* [VII, n.º 5], fevereiro, 1896, 144-152.

56 Oficina General del Trabajo, *Boletín de la Oficina General del Trabajo* [I, n.º 1-2], agosto, 1929, 31-115.

57 Restrepo, “Algunos apuntes sobre medicina del trabajo”, 178.

Na mineração, as intoxicações por esse gás eram tão comuns que integravam o programa das escolas de engenharia. Nas conferências sobre higiene do professor Gabriel Toro Villa, para os alunos da Escola Nacional de Minas, mencionava-se, por um lado, o empobrecimento do sangue e a insuficiência de oxigenação e, por outro, se atribuía ao permanente contato com esse gás a predisposição dos mineiros à tuberculose⁵⁸. Duas décadas depois, um artigo de vulgarização na revista *Minería* da mesma faculdade confirma a importância do tema para esse setor. A respiração dos mineradores, a chama das lâmpadas e as detonações eram elementos que podiam aumentar a concentração do óxido de carbono⁵⁹. Não sendo o mais perigoso, se comparado ao grisú, ainda assim produzia dores de cabeça, suores, convulsões, visão imperfeita e, em certas ocasiões, morte por asfixia.

Todo esse conhecimento vulgarizado nas faculdades não necessariamente resultava em medidas eficazes, como insinuava Próspero Ruíz, engenheiro representante do Ministério de Higiene, depois da visita realizada à mina El Silencio, no município de Segovia, Antioquia. Segundo ele, as lâmpadas utilizadas não são seguras mesmo que não contivessem gases explosivos, pois “o inconveniente desta iluminação é o consumo de ar até o ponto em que não haja ventilação, e a atmosfera torne-se irrespirável, porque a lâmpada consome todo o oxigênio”⁶⁰. O leque de DP poderia ampliar-se com algumas outras produzidas por agentes biológicos, no caso de ancilostomíase, tuberculose, icterícia, reumatismo infeccioso, sífilis. A maioria dos autores preferia localizar essas patologias no grupo das doenças do trabalho, o mesmo no qual eram localizadas as doenças originadas pelo desgaste físico, a fadiga e o esforço: câimbras e espasmos musculares, surdez, nistagmo e blefaroespasma, hérnias, desvios da coluna vertebral, artrites e espondilite, conjuntivite, nevralgias e neurite, afecções cardiovasculares, doenças nervosas e psicológicas produzidas pela rotina e o maquinismo, entre outras.

Dos dados esparsos acerca dos riscos profissionais a que estavam submetidos os operários colombianos, interessa menos a precisão dos comentários, que relevar a preocupação, no mínimo teoricamente, sobre temáticas que não foram de interesse da medicina nacional até os anos 1930. O reconhecimento clínico do ofício e da doença representa, a todas as luzes, a aceitação de uma mudança política, visível na incorporação dos trabalhadores no espectro democrático, muito mais que um simples deslocamento exclusivamente discursivo.

Conclusão

Em 2015, foi interrogado acerca da utilidade da pesquisa histórica sobre as doenças dos trabalhadores na primeira metade do século XX. O entrevistador enfatizava a vigência do tema das doenças dos trabalhadores da mineração e a importância de pesquisas sobre o estado atual do problema. No entanto, na forma como era colocada a questão, a perspectiva histórica era vista como teórica ou apenas ilustrativa. Como se fosse possível fazer uma fotografia das doenças ignorando sua historicidade. Como se as doenças não tivessem história, assim como o assombro. Contrastando com essa visão, nas últimas décadas pesquisas históricas acerca das doenças dos trabalhadores têm influenciado nas ações reivindicativas por parte diferentes agentes sociais nos Estados Unidos, Bélgica, França,

58 Gabriel Toro, “Conferencias sobre higiene”, *Anales de la Escuela Nacional de Minas* [6, n.º 1], julho, 1913, 370.

59 Asociación Colombiana de Mineros, “La salubridad en las minas”, *Minería* [II, n.º 20-21], fevereiro, 1934, 1348-1356.

60 Próspero Ruíz, “La amenaza de la salud de las minas”, *Revista de Higiene de Bogotá* [XVIII, n.º 5], maio, 1937, 29.

Itália. De fato, David Rosner e Gerald Markowitz afirmam que o historiador pode ter um papel central nas decisões da justiça sobre DP e ambientais ou nas decisões sobre as políticas públicas em matéria de riscos. Para eles, “o poder dos arquivos é impressionante”⁶¹ em casos de patologias ligadas ao tabaco, o amianto, a radiação e outras substâncias tóxicas.

Assim, Rosner e Markowitz conseguiram mostrar que os industriais tinham consciência do risco ao passo que os advogados da indústria nos tribunais de justiça afirmavam que: 1) os riscos do produto não estavam confirmados pelos dados que tinham os empresários da época; 2) as dúvidas tinha tentado ser dissipadas no seu momento e, portanto, as indústrias apoiaram as controvérsias com mais dados científicos; 3) a incerteza e o ambiente de controvérsia não podem ser considerados como razão para eliminar os produtos ou reduzir a exposição dos trabalhadores; 4) a ciência precisa de um lento e sinuoso processo de acumulação de dados antes de entregar provas conclusivas para as autoridades.

Em outras palavras, a minimização da realidade das DP se relaciona como um problema maior, que diz respeito à forma como se legitimam as doenças profissionais. Em primeiro lugar, dá-se valor a individualidade do fator humano e os determinantes técnicos e sociais dos riscos laborais. Em segundo lugar, o enfoque científico baseado nas evidências fixa uma visão extremamente restritiva e reducionista dos problemas de saúde no trabalho e da definição médico-legal de doença profissional⁶². As condições teóricas podem estar satisfeitas, mas a base do reconhecimento está na experimentação, na identificação estatística do risco e no estudo detalhado das empresas de cada país. Que a prova se construía sobre os estudos regionais e locais tem consequências absolutamente desastrosas, porque nem o reconhecimento da doença por parte da OMS ou a OIT é garantia de que o trabalhador vai receber a proteção social necessária.

Finalmente, a política em saúde parte de dois pressupostos fundamentais. Primeiro, a intervenção no mundo do trabalho tem como finalidade legitimar o risco mediante o gerenciamento ou atenuação, de modo que os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores sejam “menores”. O segundo diz respeito as compensações a que o trabalhador tem direito pela deterioração “inevitável” de saúde. Defende-se a ideia de que existem umbrais ou níveis de exposição toleráveis, banais ou normais. As controvérsias, a mobilização social e as pautas de reivindicações no século XXI não deveriam, portanto, atenuar um risco industrial aceitável, mas sim substituir as indústrias que têm colocado um preço à vida dos homens.

Bibliografia

Fontes primárias

Periódicos:

1. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*. Medellín, 1889, 1896.
2. *Anales de la Escuela Nacional de Minas*. Medellín, 1913.

61 David Rosner e Gerald Markowitz, “L’histoire au prétoire. Deux historiens dans les procès des maladies professionnelles et environnementales”. *Revue d’Histoire Moderne et Contemporaine* n.º 56 (2009): 227-253.

62 Alfredo Menéndez, “El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales”. *Archivos de prevención de riesgos laborales* 6, n.º 4 (2003): 160-161.

3. *Boletín Clínico*. Medellín, 1942.
4. *Boletín de la Oficina General del Trabajo*. Bogotá, 1929.
5. *Boletín Trabajo*. Bogotá, 1952, 1955.
6. *Colombia Médica*. Bogotá, 1946.
7. *Heraldo Médico*. Bogotá, 1949.
8. *International Labour Review*. 1943.
9. *Minería*. Medellín, 1934.
10. *Revista de Higiene de Bogotá*. Bogotá, 1937.
11. *Revista de Medicina Legal de Colombia*. Bogotá, 1946.
12. *Revista Médica de Medicina y Cirugía de Barranquilla*. Barranquilla, 1937.
13. *Revista Médica de Medicina y Cirugía*. Barranquilla, 1938.
14. *Salud y sanidad. Órgano de divulgación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social*. Bogotá, 1938.
15. *Salud y Trabajo*. Bogotá, 1948.

Teses:

16. Camargo, Jaime. “Enfermedades profesionales”. Tese de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 1954.
17. Gárces, Leonardo. “Resumen de la evolución del concepto de responsabilidad patronal en los accidentes de trabajo”. Tese de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidad Javeriana, 1951.
18. García, Héctor. “Enfermedades profesionales. Ensayo de clasificación”. Tese de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 1948.
19. Meneses, Efraín. “Enfermedades y accidentes de trabajo”. Tese de Direito, Universidad Externado de Colombia, Editorial Prensa Católica, 1949.
20. Morales, Emilio. “Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo”. Tese de Medicina e Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, 1937.
21. Restrepo, Gustavo. “Apuntes sobre enfermedades profesionales”. Tese de Direito, Universidad Nacional de Colombia, 1944.
22. Silva, Julio César. “Aspectos del accidente de trabajo y de la enfermedad profesional ante la legislación colombiana”. Tese Direito e Ciências Sociais, Universidad Externado de Colombia, 1945.
23. Villa, Gabriel Jaime. “La incapacidad permanente en los accidentes de trabajo”. Tese de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 1942.

Documentação de imprensa:

24. Barón, Campo Elías. *Legislación del trabajo. Disposiciones reglamentarias y jurisprudencia*. Bogotá: Editorial ABC, 1939.
25. García, Pablo. *Compilación de las leyes, decretos, acuerdos y resoluciones vigentes sobre higiene y sanidad en Colombia*, volume I. Bogotá: Imprenta Nacional, 1932.
26. Úbeda y Correal, José. *El II Congreso internacional de enfermedades profesionales (Bruselas 10-14 septiembre de 1910)*. Madrid: Imprenta de la Sucursal de la Minuesa de los Ríos, 1914.

Fontes secundárias

27. Arturo, Julián e Jairo Muñoz. “La clase obrera en Bogotá. Apuntes para una periodización de su historia (aspectos económico, político e ideológico-cultural)”. *Maguare* n.º 1 (1981): 99-152.

28. Gallo, Óscar e Jorge Márquez. “La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis, 1910-1950”. *Historia Crítica* n.º 45 (2011): 114-43, doi: dx.doi.org/10.7440/histcrit45.2011.06
29. Gallo, Óscar. “Higiene industrial y medicina del trabajo en Colombia, 1912-1948”. Em *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina*, de Hilderman Cardona y Zandra Pedraza. Bogotá: Ediciones Uniandes, 2014, 239-272.
30. Gallo, Oscar e Jorge Márquez. “Tuberculosis en el mundo laboral colombiano 1934-1946”. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos* (2016) <https://nuevomundo.revues.org/69862>.
31. Gallo, Oscar e Eugenio Castaño. *La salud laboral en el siglo XX y el XXI de la negación al derecho*. Medellín: Escuela Nacional Sindical, 2016.
32. Grmek, Mirko. “Le concept de maladie émergente”. *His Philos Life Sci* n.º 15 (1993): 281-296.
33. Hernández, Mario. *La salud fragmentada*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.
34. Márquez, Jorge. “Historia de la salud y la enfermedad”. Em *Historia de la salud y la enfermedad*, de Carolina Biernat e Karina Ramacciotti. Buenos Aires: Biblos, 2014, 51-68.
35. Mayor Mora, Alberto. *Técnica y utopía: biografía intelectual de Alejandro López (1876-1940)*. Medellín: Universidad EAFIT, 2001.
36. Menéndez, Alfredo. “El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales”. *Archivos de prevención de riesgos laborales* 6, n.º 4 (2003): 158-165.
37. Grmek, Mirko, e Jean-Charles Sournia. “Les maladies dominantes”. Em *Histoire de la pensée médicale en occident*, dirigido por Mirko Grmek. Paris: Seuil, 1998, 271-294.
38. Rosner, David y Gerald Markowitz. “L’histoire au prétoire. Deux historiens dans les procès des maladies professionnelles et environnementales”. *Revue d’Histoire Moderne et Contemporaine* n.º 56 (2009): 227-253.



Óscar Gallo

Pesquisador professor de cátedra da Universidad EAFIT. Históriador e mestre em História pela Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín, e doutor em História pela Universidade Federal de Santa Catarina (Brasil). Faz parte dos grupos de pesquisa *Administración y Organizaciones* (Categoria A, Colciencias) e *Historia Empresarial* (Categoria A, Colciencias). Entre as publicações mais recentes encontra-se: “Instituições laborais e intervencionismo social na Colômbia, 1923-1946”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 41, n.º 2 (2016): 335-362, doi: doi.org/10.15446/achsc.v43n2.59086. oscargallovelez@hotmail.com