

LA REALIDAD LATINOAMERICANA FRENTE A LOS PARADIGMAS DE INVESTIGACION EN SALUD LABORAL

Mariano Noriega¹

RESUMEN

La política económica neoliberal conlleva una agresión directa a los trabajadores. En términos generales se puede caracterizar por despidos, subordinación, autoritarismo, control estricto de las actividades, diferenciaciones salariales muy marcadas, individualización de problemas laborales y de salud y modificaciones de la legislación en contra de los trabajadores, entre otros aspectos.

Estas condiciones, válidas para muchos trabajadores de nuestros países, obligan a cambiar la visión dominante de la salud laboral. No se trata de abandonar las investigaciones anteriores, sino plantearse nuevos problemas que esta realidad impone y nuevas vías de solución.

Entre algunas de estas propuestas están el estudio de: el tiempo de latencia y/o de exposición para la aparición de las enfermedades laborales; la salud laboral femenina; las categorías intermedias: riesgos, exigencias, cargas, estrés, fatiga; los trastornos mentales y psicosomáticos; y una sugerencia metodológica.

Junto a lo anterior, es imprescindible modificar las tendencias de la práctica de la salud laboral, entre ellas: la calidad de la información; sistemas, programas y acciones obsoletos en empresas e instituciones (de trabajo, de salud y educativas) y el cumplimiento de la legislación en la materia, entre otras.

Se concluye que, aunque en los próximos años en América Latina puede haber mayor control de riesgos físicos, químicos y de accidentes, las condiciones de trabajo serán más estrictas, exigentes y deshumanizantes; a menos que se puedan revertir estas tendencias por los propios trabajadores.

Palabras claves: Trabajo y Salud, Epidemiología Social, Salud Ocupacional, Exigencias Laborales, Estrés, Salud Mental.

ABSTRACT

The institution of neoliberal economic policies has brought with it a direct confrontation with the ordinary working people. It has caused unemployment, lay offs, an authoritarian administrative style with the consequent subordination of the worker, a strict control of working activities, and the widening of salary differences. It has forced the individual worker to resolve labour and health problems without the help of a union, and has effected changes in the legal status and rights of the worker.

All these factors, which have affected the lives of latin american workers, have led to a change in the way occupational health should be considered. It is not a question of abandoning previous lines of research so much as of examining the new problems which this new situation has produced and trying to find solutions for them.

New areas for research would be: the exposure and/or latency time wich precedes work-related diseases; the health of women workers; the factors which occupy the intermediate zone between work and health such as: risks, job demands, load, stress and fatigue. We must also take into account psychosomatic problems and mental health. Finally, it is most important to develop an adequate methodological approach.

Together with this, changes must be made in the way occupational health is carried out. Among other things to be considered are: the quality of the information used to draw conclusions about health; the obsolescence of the work, health and education programmes used in many factories and the effect, if any, that legislation has on real working conditions.

We may conclude by saying that although these may in future be a greater control of physical and chemical risks and accidents in Latin America, working conditions will be stricter, more demanding and more dehumanising, unless the workers themselves can reverse these tendencies.

Key words: Health and Work, Social Epidemiology, Occupational Health, Job Demands, Stress, Mental Health.

¹ Profesor de la Maestría en Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.

Este artículo deseo iniciarlo expresando un reconocimiento a la lucha heroica de los pueblos indios de Chiapas por defender sus derechos elementales, expropiados durante 500 años y por abrir nuevas esperanzas de respeto, de dignidad, de libertad, de democracia y de condiciones realmente humanizantes de vida y de trabajo para el pueblo de México y para otros pueblos latinoamericanos.

INTRODUCCION

Un tema recurrente en la salud colectiva es el de los trabajadores. El proyecto neoliberal que ha permeado, en mayor o menor medida, todas las sociedades derrama toda su velada ira en contra de los que producen la riqueza. Hay sin duda, y de forma más agudizada en Latinoamérica, una brutal ofensiva que agrede a los trabajadores de todos los sectores de la economía: el agrícola, el industrial y el de los servicios.

La crisis de las sociedades latinoamericanas y el forzado cambio en el modelo de acumulación han agravado las condiciones de reproducción sobre todo de esta población. A su costa se ha intentado, en algunos países latinoamericanos, el repunte macroeconómico -fracasado en su mayor parte-, y sin posibilidad alguna de expresarse en mejores condiciones laborales y de vida de los trabajadores y de sus familias.

El proceso de integración latinoamericano en el sistema mundial de dominación produce homologación en ciertos ámbitos, pero reproduce, a mayor escala, antiguas diferencias y/o produce nuevas diferenciaciones. Los recientes tratados de libre comercio, tal como están planteados, son una muestra más de la intención de globalizar, no las economías, sino las desigualdades sociales entre los países industrializados y los nuestros.

He mencionado en un escrito previo (Noriega, 1993) que, en términos generales, el elemento que caracteriza las nuevas formas de explotación de la gran mayoría de los trabajadores latinoamericanos es la ruptura de sus condiciones de "precariedad controlada".¹

Es decir, había en América Latina, en las décadas anteriores a los ochenta, un cierto "equilibrio", por un lado, entre salario, ciertas condiciones de defensa en los contratos o convenios colectivos y formas de organización laboral generalmente no muy estrictas y, por el otro, condiciones de trabajo insalubres e inseguras, equipos y maquinarias deficientes y obsoletos y baja productividad. En general se planteaba una lucha económica, ideológica y política más clara y, en muchos países, más combativa; un espacio más factible de defensa de condiciones más humanas de trabajo. En la actualidad ese equilibrio se ha perdido, parcialmente en

muchos espacios laborales y por completo en otros.

En el momento actual, por ejemplo en México, existe una persecución sistemática en todos los centros de trabajo que no respeta ni reconoce organizaciones, grupos, gremios e incluso ni la integridad laboral de los trabajadores. Esto último en sentido amplio: despidos masivos, vejaciones, subordinación al poder reconocido, autoritarismo, control estricto de las actividades, fiscalización, carencia de indemnizaciones, falta de reconocimiento de los problemas de salud, desconocimiento de huelgas, bajos salarios, supresión de cláusulas contractuales, falta de cumplimiento de lo pactado en los contratos colectivos, instauración generalizada de premios, conformación de grupos de aparente privilegio, diferenciaciones salariales cada vez más marcadas al interior de grupos similares de trabajadores, individualización de los problemas colectivos de trabajo, modificación de las legislaciones laborales en contra de los trabajadores, entre otras (De la Garza, 1990).

Es, de alguna manera, la incorporación de formas taylorizadas de organización del trabajo -nuevas para la mayoría de los trabajadores- en todos los espacios laborales con la finalidad de aumentar el rendimiento y con una estricta dirección vertical. Las burocracias gobernantes en los centros laborales (patrones, empleados de alto rango, con o sin conocimiento de los problemas) imponen el qué y el cómo se van a hacer las cosas, qué vale y qué no tiene importancia, qué se apoya y se valora y qué no sirve, qué se premia y qué se castiga, es decir, cuáles son las nuevas reglas del juego.

A pesar de que en la actualidad en los países industrializados se afirma que "...está en crisis el proceso de trabajo comúnmente denominado 'taylorista'", los cambios que en algunos de nuestros países se están produciendo en sus procesos de trabajo tienen mucho en común con esta antigua, pero no en desuso, forma de organización laboral. Así, por lo menos se cumplen o se instrumentan siete u ocho de los once principios en que algunos autores resumen la propuesta taylorista de la organización científica del trabajo, entre ellos: una acentuada división social y técnica del trabajo; estandarización de las tareas; la asignación de un número limitado de tareas a cada trabajador; la selección "científica" de los trabajadores; pero sobre todo, la necesidad de individualizar el trabajo; la medición "objetiva" del trabajo realizado por cada trabajador; un sistema de remuneración estructurado básicamente en función del rendimiento personal; y el control y la estrecha supervisión de cada trabajador por parte de capataces, reduciendo su margen de autonomía (Neffa, 1991).

En realidad, los cambios que se están gestando en los sectores secundario y terciario de algunas de nuestras economías están produciendo una mezcla de formas de

¹ Estos planteamientos no pueden ser homogéneos en todos los países latinoamericanos e incluso ni al interior de cada país. Se pretende sólo mencionar algunas de las principales tendencias que se han impuesto como consecuencia de la "globalización" de la política neoliberal.

organización laboral que tienen como sustento central para los trabajadores: una pérdida mayor del control sobre el proceso laboral, inestabilidad -por la flexibilización y las formas de contratación- y aumento de las exigencias laborales.

La base de la "modernización" productiva en América Latina no es, principalmente, recambio tecnológico, es por lo menos recambio tecnológico con intensificación del trabajo y despidos o, en muchos casos, exclusivamente intensificación del trabajo y despidos. Incluso en una gran mayoría de casos significa pérdida cualitativa del contenido del trabajo.

Bajo el pretexto de aumentar la productividad: se vigila, se castiga, se fiscaliza, se individualiza el trabajo colectivo. Se completa o se agudiza el despojo del trabajo imaginativo, creativo, del trabajo cualitativamente superior. Se impide, ahora más que nunca, la posibilidad de conjuntar imaginación, creación y ejecución en el producir. La tan mencionada libertad del neoliberalismo coarta las posibilidades del ejercicio de la democracia, en el aspecto más importante de la actividad humana: el trabajo.

De esta manera, los riesgos y las exigencias laborales no son los únicos elementos que afectan la salud de los trabajadores. También son determinantes aquellos aspectos que están ausentes -o están presentes, pero de manera muy limitada- en el proceso laboral. Entre estos están: una adecuada combinación del trabajo intelectual y manual, el desarrollo de potencialidades fisiológicas y mentales, la creatividad del trabajo, o el control sobre el mismo.

En resumen, las consecuencias de la supuesta modernización se expresan, por lo menos, en cuatro planos diferentes: a) El surgimiento de nuevas o el agudamiento de antiguas exigencias laborales; b) La carencia, disminución, ausencia o desaparición de muchos componentes básicos para el desarrollo del trabajo humano; c) El estrés agudo y crónico y la fatiga como elementos mediadores de la patología vinculada a las "nuevas" formas de organización laboral; y d) Los trastornos mentales y psicosomáticos, como problemas de salud pública, indisolublemente vinculados a estos cambios.

La "modernización" debe ir aparejada a cambios favorables en el conjunto de la población; es un medio y no un fin en el que todo se vale, incluso destruir a los que pueden llevarla a cabo. Las transformaciones derivadas de este proyecto macroeconómico: reconversión, flexibilización, precarización y demás caras de este fenómeno generan contradicciones que llegan incluso a destruir, "pervertir" o empobrecer la propia cultura obrera.

Si en Latinoamérica los ochenta se considera como la década perdida, ésta bien puede plantearse como una nueva era de capitalismo salvaje, donde grupos importantes de trabajadores tienen que ser sacrificados (despidos, expulsión de enfermos, muertes) para que otros puedan subsistir (Marx, 5a. ed., 1974).

EL MODELO DOMINANTE EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE SALUD EN EL TRABAJO

Si el panorama descrito es fidedigno y engloba a una gran parte de los trabajadores latinoamericanos es imprescindible plantearse nuevas vías para el estudio de la salud laboral.

Esto no quiere decir abandonar las investigaciones clásicas, ya que, en Latinoamérica persisten -y de manera muy importante- los padecimientos considerados típicamente laborales (neumoconiosis, intoxicaciones, cánceres de diverso tipo, dermatitis por solventes, hipoacusias, entre otros). Sin embargo, se investigan en una proporción mucho menor un sinnúmero de padecimientos, tales como, los trastornos psíquicos, las enfermedades psicosomáticas y la fatiga patológica que están también vinculados, de manera estrecha, al trabajo. Incluso, en ocasiones, este tipo de padecimientos se desconocen o se ocultan en los ámbitos médico, legal y patronal.

Sólo desde hace pocos años se ha iniciado el estudio y, en cierto sentido, la aceptación de los efectos que el trabajo y diversas formas de organización laboral tienen en la salud de los trabajadores. Este es un problema de la mayor importancia, dado que tradicionalmente estos elementos determinantes eran vistos exclusivamente como "ambientes" donde se desarrolla la interacción entre agentes y enfermedades. El avance en ese sentido empieza a cambiar la visión unicausal y estrictamente "orgánica" de la patología laboral.

Aunado a esto, hay desarrollos importantes también en la concepción sobre los "factores de riesgo" o "agentes causales". En la actualidad se reconoce la importancia no sólo de los agentes físicos, químicos, biológicos y mecánicos, sino de los así llamados psicosociales: cargas, exigencias, requerimientos y estresores que son determinantes en la producción de múltiples padecimientos asociados al trabajo (Frankenhaeuser y Gardell, 1976; Leplat, 1978; OIT, 1986; Wisner, 1988).

De la misma manera, se estudian ahora procesos patológicos relacionados con el trabajo, más allá de las enfermedades profesionales tradicionales, tales como molestias o síntomas - antes llamados- inespecíficos, o trastornos psíquicos y psicosomáticos vinculados fuertemente a las actividades laborales.

A pesar de estos avances, una buena parte de las investigaciones todavía "reproducen" el mismo paradigma, sólo que con otros elementos. Ahora, en vez de considerar a agentes físicos o químicos se habla de estresores o, en vez de abordar las enfermedades laborales tradicionales, se habla de otro tipo de trastornos, como los psicosomáticos. El sustento teórico-metodológico, sin embargo, frecuentemente permanece inalterado, lo que limita el alcance de estos

estudios.

En otro escrito (Noriega, 1989) he considerado que la posición empírico-analítica es sumamente limitada para el abordaje y tratamiento de la salud laboral, ya que considera que el conocimiento humano puede ser visto como progreso constante, en donde cada pregunta tiene sólo una respuesta verdadera; un método racional en carácter y en esencia idéntico en todos los campos. Para esta corriente, las verdades son universales, eternas e inmutables. Además, se considera que existe sólo un procedimiento creado por el hombre que implica ciertos pasos rigurosos para hallar esas verdades y que se convierte en la única forma posible de comprender cualquier realidad. En este planteamiento, la búsqueda de la verdad se basa, sobre todo, en la experiencia. Sin embargo, la experiencia no tiene otro recurso que el método inductivo (Belaval, 1984).

Este "modelo científico" considera que sólo lo cuantificable, lo mensurable, es real. Esto se relaciona con la convicción de que para cada pregunta hay sólo una respuesta verdadera y universal. Las nociones de "tiempo", "cambio", "desarrollo histórico" no chocan, sin embargo, con estas opiniones. Más aún estas verdades -argumenta esta corriente- al ser descubiertas aumentarán el bienestar humano (Berlin, 1979; Belaval 1984).

Sin embargo, al contrario de lo que plantea este modelo, el avance de la ciencia es relativo, más que un desarrollo continuo del conocimiento humano. Está basado en la ruptura de teorías y métodos y la consecuente creación de nuevos. Así también hay diferentes niveles de análisis de la realidad y no verdades únicas, dadas de una vez para siempre, puesto que los problemas y las soluciones en la sociedad, pero también en la naturaleza, son cambiantes, porque la realidad cambia. Las verdades pues no son eternas, pero no porque no sean verdades, sino porque cambian.

Sin embargo, aun en las corrientes de la salud laboral diferentes a la positivista (la medicina del trabajo incluso -y quizás sin proponérselo- ha asumido la posición más atrasada de esta fundamentación epistemológica) e incluso dentro de una misma corriente, existen variadas posiciones y, a veces divergentes, sobre la forma de analizar una misma problemática y cómo actuar sobre ella. Esta discusión, empero, es distinta a la anteriormente expresada. Aquí las diferencias se relacionan más bien con el grado de avance del conocimiento, ya que algunos procesos están apenas explorándose. En este orden de discusión se encuentran cuestiones tales como: cuáles son las categorías explicativas en la determinación de la salud de los trabajadores; la conformación de categorías intermedias que den cuenta de manera más específica de la relación trabajo-salud, como es el caso cuando hablamos de riesgos, cargas y exigencias o la construcción de conceptos en relación con la salud colectiva.

Muchas de las respuestas dependen de la forma como

se comprenda el objeto de estudio, del avance del conocimiento y de las acciones que se desarrollen, en los próximos años, por los profesionistas del campo y por el conjunto de los trabajadores.

NUEVOS INDICIOS EN LA CONSTRUCCION DE UN PARADIGMA

Hay abundantes indicios que permiten vislumbrar paradigmas distintos al positivista (Gingburg, 1989) donde todavía falta mucho por profundizar, pero donde los avances son evidentes en esta búsqueda de una nueva forma de entender la relación entre el trabajo y la salud.

Así, muchas de las investigaciones recientes, a pesar de características y diseños muy diversos, podrían agruparse en tres tipos de modelos básicos: Primero aquéllos que se centran en la relación entre una o varias exigencias específicas (rotación de turnos, trabajo nocturno) en relación con alguna enfermedad específica: cardiovascular, gástrica o algún trastorno mental. (Véase, por ejemplo: Carpentier y Cazamian, 1977; Angersbach, Knauth, Loskant et al. 1980; Akerstedt, Knutsson, Alfredsson et al. 1984; Hernberg, 1984; Araki y Goto, 1985; Malinverni et al. 1985; Knutsson, Akerstedt, Jonsson et al. 1986; Segawa, Nakasawa, Tsukamoto et al. 1987; Hendrix, 1989; Stockmeier, Kuhn y Muth, 1989; Siegrist, Peter, Junge et al. 1990).

Segundo investigaciones -aunque menos numerosas- que retoman algún elemento del proceso de trabajo, en particular, de la organización laboral o del tipo de actividad y lo relacionan con una amplia gama de efectos a la salud de los trabajadores estudiados. Se limitan por lo general a grupos reducidos de trabajadores o al estudio puntual de ciertos puestos en particular. (Véase, por ejemplo: Johansson, Aronsson y Lindstrom, 1978; Guélaud et al. 1981; Hoiberg, 1982; Partinen, Eskelinen y Tuomi, 1984; Aro y Hasan, 1987; Winkleby, Ragland, Fisher et al. 1988; Johansson, 1989).

Un tercer grupo de investigaciones, con menor desarrollo que los anteriores, trata de entender el proceso de trabajo como una categoría explicativa y determinante de la salud de los trabajadores (Laurell, 1978, 1983; Garfield, 1980; Gardell, 1982; Henao, 1982; Frankenhaeuser, 1989; Karasek y Theorell, 1990; Houben, 1991; Betancourt, 1994). La pretensión de estos estudios es encontrar las relaciones más generales entre el proceso de trabajo y la salud y las formas particulares que adopta ese proceso en la determinación de conjuntos de riesgos y exigencias y de conjuntos patológicos. Además pretenden incidir no sólo en estos efectos, sino en las causas generadoras de los mismos.

Estos estudios y muchos otros comparten preocupaciones similares. Varios de ellos han hecho planteamientos que no sólo abordan el problema de la causalidad y de la determinación de las enfermedades, sino que han abierto nuevas líneas de investigación que proponen

caminos y plantean problemas distintos a los tradicionales para comprender la relación entre el trabajo y la salud (Betancourt, 1994).

Entre algunas de estas líneas, a mi modo de ver, se encuentran: 1. El cuestionamiento del tiempo de latencia o de exposición para la aparición de enfermedades laborales; 2. El estudio de la salud laboral femenina; 3. Las categorías intermedias en la relación trabajo-salud; 4. Las investigaciones sobre trastornos mentales y psicosomáticos y 5. Una propuesta metodológica: la investigación participante en salud laboral. Expondré, aunque de manera muy breve, cada una de ellas.

1. Tradicionalmente se ha considerado que la mayoría de las enfermedades relacionadas con el trabajo aparecen después de un largo tiempo de exposición y/o de latencia. Esto se debe a que se consideran en estrecha relación con agentes físicos o químicos presentes en el "ambiente" laboral. Se dice que la exposición a dichos agentes y la intensidad de la misma va "acumulándose" para producir daños a la salud. Sin embargo, el análisis del comportamiento de los padecimientos psíquicos y psicosomáticos en relación con el trabajo muestra que muchos de estos planteamientos no son válidos.

El tiempo de "exposición" necesario para la aparición de estos trastornos es bastante corto, contrario a lo que sucede con la gran mayoría de las enfermedades reconocidas como profesionales. En nuestra breve experiencia en este campo hemos encontrado que al poco tiempo de vida laboral activa, ya aparecen, en muchos trabajadores, como una patología importante (Laurell, Noriega, López y Martínez, 1991). Sin embargo, será importante profundizar sobre estos primeros hallazgos.

2. Otro problema relevante en estos últimos años ha sido el de la salud laboral femenina relacionada estrechamente con el estrés y los trastornos mentales (Hall, 1989; Estry-Behar et al., 1990). Algunos estudios recientes sobre el tema han planteado salidas al reduccionismo en que probablemente habíamos caído por la atracción de estudiar a los trabajadores industriales. Al abordar la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres se han incorporado a la discusión muchos temas que anteriormente habían quedado de lado o que se les había dado poca importancia.

Entre ellos están: sacar y/o ampliar la discusión y las propuestas de solución de las fábricas, o dicho más extensamente, de los centros laborales constituidos como tales; relevar las actividades domésticas como formas de trabajo no asalariado; hacer patente la imposibilidad de separar, analíticamente y en términos concretos, el espacio del trabajo y del consumo; pero, sobre todo, han relevado la categoría de reproducción como aquella que explica este

vínculo indisoluble entre las actividades laborales y de consumo, entre el trabajo y el descanso, entre lo interior y lo exterior, entre el espacio fabril y el espacio doméstico (Alvear, Ríos y Villegas, 1988; Garduño y Rodríguez, 1989; Hall, 1990; Breilh, 1991; Uribe, Ramírez, Romero et al. 1991; Garduño y Márquez, 1993).

Ha permitido darnos cuenta de lo importante que es no disociar la fuerza de trabajo del mismo ser humano. Es una lucha contra las posiciones dominantes que pretenden dividirlo todo: la fábrica de la casa; las emociones de la energía; la producción de la política y de la cultura.

El estudio de la salud laboral femenina nos incita -cosa muy saludable- a olvidarnos del momento productivo y del mal llamado reproductivo; al de deterioro y al de reposición; al de creatividad y al de gasto simple de energía o consumo de energía. Todos estos procesos y espacios están indisolublemente ligados: el de producción con el de creación, no sólo con el de desgaste; el de consumo no sólo con reposición o recuperación sino con consumo vital y corporal; mientras se crea o se produce se desgasta, pero también se autogenera, se autoproduce, se autoreproducen los individuos.

Así que, el primer camino que veo -enorme por otro lado- al tratar la salud laboral femenina es romper estos espacios, estas aparentes dicotomías, el salir de estas divisiones tajantes que sólo limitan las perspectivas de desarrollo del conocimiento en salud laboral y las posibilidades de transformación de esas realidades.

Sin embargo, también valdría la pena tener presente que estas divisiones que queremos combatir pueden volver a gestarse si no hay claridad en que esta relación -entre el trabajo y la salud- debe ser integral. Hablo aquí de integral en dos sentidos: que abarque los diversos aspectos de esa relación, como he expresado arriba, pero que, además, incluya al conjunto de los trabajadores (mujeres y hombres).

Los fundamentos teóricos, metodológicos, técnicos y las propuestas de solución están apenas explorándose. Las dificultades que se presentan y presentarán en este camino son abundantes, pero estimulantes, no sólo para el avance del conocimiento sino para plantear caminos de solución sobre esta compleja problemática.

3. En la relación entre el trabajo y la salud, el estudio de las categorías intermedias -que apenas se inicia- es uno de los ejes que, a mi modo de ver, deben estructurar el análisis de la salud laboral en los próximos años. Entre estos mediadores están aquellos derivados de los elementos del proceso de trabajo, tales como los riesgos y las exigencias² y las manifestaciones psicofísicas producidas por éstos, tales como, el estrés y la fatiga, entre otros (Frankenhaeuser y

² Por riesgos entendemos aquellos elementos potencialmente nocivos derivados de los objetos y los medios de trabajo y, por exigencias aquellas situaciones potencialmente nocivas derivadas del trabajo propiamente dicho y de las características específicas que asume la organización y división del trabajo en un centro laboral. Ambos aspectos pueden o no ser generadores de patología.

Gardell, 1976; Frankenhaeuser, 1989).

Es evidente, en la actualidad, que en la mayoría de los procesos de trabajo y, en la mayoría de los puestos de trabajo, se generan múltiples riesgos y exigencias que pueden tener un efecto aditivo o sinérgico y manifestarse en una enfermedad o en conjuntos patológicos muy variados, pero que tienen un origen común (es decir, son grupos de trabajadores que comparten características similares en cuanto a su trabajo y formas de organización laboral).

Así, en los actuales procesos de trabajo debemos hablar de conjuntos de riesgos y exigencias y de conjuntos patológicos. La misma realidad, de alguna manera, ha superado el marco teórico-metodológico y los procedimientos y técnicas en que se sustentaba la medicina del trabajo. Es decir, rompe con la manera simplista (relación causa-efecto) en que esta disciplina ha abordado su objeto de estudio.

De la misma manera que con los riesgos y exigencias, los padecimientos en los trabajadores, muchas veces, están mediados también por manifestaciones psicofísicas, tales como el estrés agudo y crónico o la fatiga y se sabe poco sobre los efectos que estos mediadores producen en la salud de los trabajadores.

La discusión es reciente, pero debido a los grandes cambios -que apenas se inician- en la estructura productiva y en los procesos laborales será central saber cuál es la relación entre el trabajo y la salud mediada, por un lado, por riesgos y exigencias y, por el otro, por manifestaciones psicofísicas.

4. En los procesos de trabajo modernos, los trastornos mentales y psicosomáticos son uno de los problemas más relevantes de la salud laboral.

Sin embargo, el estudio del trabajo como determinante de estos trastornos, y aun estos mismos padecimientos, no se acepta de manera amplia dentro del quehacer científico de nuestro campo de estudio. Este hecho restringe el avance del conocimiento e impide actuar a fin de proteger a los trabajadores contra los peligros presentes en el desempeño de su actividad.

La explicación de este fenómeno en América Latina se debe, sobre todo, a las resistencias económicas, políticas, culturales e institucionales. A pesar de estas resistencias, sin embargo, las presiones para que sean contemplados como efectos nocivos del trabajo cada vez son mayores, en virtud del incremento evidente de estos padecimientos y de las investigaciones sobre esta temática.

5. Si por método entendemos la estructuración lógica de las estrategias, los procedimientos y las técnicas para entender y transformar la realidad habrá principios más o menos generales, pero, en esencia, los métodos para entender

problemas diversos de la realidad son también diferentes, ya que dependen del objeto de estudio y de los fundamentos teóricos para estudiar ese objeto.

En ese sentido considero que el avance metodológico más importante en la salud laboral, en los últimos años, ha sido la llamada investigación participante que, aunque es una metodología, ya que incluye técnicas y procedimientos especiales y precisos, no obstante, va mucho más allá de esto.

El planteamiento principal de esta propuesta se centra en la redefinición de los actores de la investigación, es decir, se replantea el papel de los trabajadores como sujetos y no sólo como objetos del proceso investigativo.

Esta metodología permite a los sujetos investigados reapropiarse de su saber (sobre su trabajo y sobre su salud) y profundizar en un saber especializado. Asimismo, redimensiona las formas de socialización, difusión y acción de los resultados de la investigación.

En este sentido también, son sus aspectos organizativos y de movilización inherentes lo más relevante de esta propuesta o el motor del cambio en la transformación de las condiciones de trabajo y de salud.

Sus objetivos fundamentales pueden resumirse en tres: la generación de conocimiento, la difusión y socialización de ese saber generado y la movilización organizada en torno a las condiciones nocivas de trabajo.

Sólo estos aspectos serían suficientes para considerar a la investigación participante como un avance cualitativo en el campo metodológico, sin embargo, ha permitido reflexionar y cuestionar muchos otros temas de vital importancia en el avance del conocimiento y en la solución de problemas. Entre ellos están:

No considerar a la ciencia como objetiva y/o neutra en el sentido positivista de estos términos, o sea, al margen (si esta aberración es posible) de la subjetividad de los participantes en la investigación. En este caso trabajadores y profesionistas de la salud.

Esto no quiere decir que la generación de conocimiento no sea objetiva, sino que considera que no es posible separarla de su carga subjetiva. Y, es más, se pretende fomentar esa subjetividad no sólo en el proceso mismo de investigación, sino también, como en cualquier otra propuesta, en la propia decisión del objeto que se investiga y en las propuestas y acciones que se generan a partir de ella. La subjetividad no es contraria a la ciencia, sino un elemento imprescindible para hacer ciencia. La definición y delimitación del objeto de estudio, los procedimientos y técnicas empleados para corroborar los planteamientos, el análisis de la información de acuerdo a ciertos ejes analíticos

e hipótesis y las mismas conclusiones están cargados de subjetividad -aún en los campos de las llamadas ciencias naturales y exactas- y son elementos necesarios para el avance de la ciencia.

La investigación participante pretende, además, difundir el conocimiento generado, pero no sólo a la "comunidad científica" sino, y principalmente, a los propios afectados. Se trata de retroalimentar la generación de nuevas propuestas y acciones por grupos lo más amplios posible.

Por último, pretende también extraer de lo particular elementos teóricos, metodológicos y técnicos comunes para que se puedan aplicar -y adaptar- a otras realidades y, así, retroalimentar el camino de la investigación.

Es casi imposible pensar en nuestros países en transformaciones importantes en este campo sin una activa y organizada participación de los trabajadores.

Sin embargo, como contraparte, generalmente en la investigación participante se han "descuidado" muchos elementos que han limitado su desarrollo. Este es el caso: a) Del estudio de las características culturales de los propios afectados; b) Frecuentemente se ha quedado en un planteamiento inductivista que limita su propio desarrollo; c) Se ha centrado casi siempre en los procedimientos y las técnicas olvidando lo que las sustentaba; d) Su potencial político no se ha expresado con mayor profundidad por una falta de cuestionamiento al proceso de producción y de trabajo como los determinantes fundamentales de las condiciones de la salud de los trabajadores.

Sin embargo, a pesar de estas deficiencias, muchos de estos elementos, en estos últimos diez años, en América Latina, se han conjugado para redimensionar la estrecha visión que la medicina del trabajo y la seguridad industrial tenían sobre esta temática.

REFLEXIONES FINALES

A estas alturas del siglo veinte, con los avances de la microelectrónica, parece inconcebible que las condiciones de salud de los trabajadores latinoamericanos sean difíciles de evaluar dada la escasa y poco veraz información con que se cuenta.

Aparejado a lo anterior, persiste, en muchos de nuestros países, la falta de un sistema integral y programas específicos que respondan adecuadamente a las condiciones laborales y de salud de los trabajadores. La legislación en la materia prácticamente no se cumple; las acciones institucionales son muy limitadas, dispersas e incluso contradictorias y tienden a la evaluación del daño; la actuación de las empresas se orienta más hacia la disminución del pago de primas de seguro que al mejoramiento de las condiciones laborales y a la vigilancia de la salud de los trabajadores; las disposiciones legales de carácter preventivo no tienen un seguimiento en las acciones de inspección de instituciones como los ministerios de trabajo. Las acciones de los ministerios de salud, en esta materia, son prácticamente inexistentes. Las acciones de los institutos de seguridad social son muy limitadas.

Las nuevas condiciones de trabajo y de salud fijadas por los impulsores de este nuevo proceso de acumulación generarán probablemente, en el mediano plazo, un mayor control sobre los riesgos físicos y químicos de cierto tipo de industrias o sobre la prevención de los accidentes por deficientes condiciones de seguridad, pero es seguro que provocarán condiciones de trabajo mucho más enajenantes para los trabajadores latinoamericanos en los años que están por venir. Estas transformaciones acabarán por traducirse, más temprano en algunos países y sectores, más tarde en otros, en condiciones de trabajo más estrictas, exigentes y deshumanizantes. A menos que los propios trabajadores puedan revertir estas tendencias. ■

BIBLIOGRAFIA

Akerstedt T. Knutsson A. Alfredsson L. *et al.* (1984) "Shift Work and Cardiovascular Disease". *Scan J Work Environ Health*; 10: p. 409-414.

Alvear MG. Ríos V. Villegas J.(1988). "Condiciones de trabajo y Salud de las Costureras". *Salud Problema*; 14: p. 25-39.

Angersbach D. Knauth P. Loskant H. *et al.* (1980). "A Retrospective Cohort Study Comparing Complaints and Diseases in Day and Shift Workers". *Int Arch Occup Environ Health*; 45: p. 127-140.

Araki S. Goto Y.(1985). "Peptic Ulcer in Male Factory Workers: a Survey of Prevalence, Incidence and Aetiological Factors". *J Epidem and Comm Health*; 39: p. 82-85.

Aro S. Hasan J.(1987). "Occupational Class, Psychological Stress and Morbidity". *Ann Clin Res*; 19(2): p. 62-68.

Belaval Y.(1984). "El Siglo de las Luces". **Racionalismo,**

Empirismo e Ilustración, México, Siglo XXI. p. 195-203

Berlin I.(1979) "El Divorcio entre las Ciencias Naturales y las Humanidades". **Contra la Corriente. Ensayo sobre Historia de las Ideas,** México, FCE, p. 144-177

Betancourt O. "Reflexiones para la Investigación de la Salud de los Trabajadores". *Salud de los Trabajadores*; 2(1): 35-48, 1994.

Breilh J. (1991). **La Triple Carga (Trabajo, Práctica Doméstica y Procreación) Deterioro Prematuro de la Mujer en el Neoliberalismo,** Ecuador, CEAS.

Carpentier J. y Cazamian P.(1977). **El Trabajo Nocturno,** Suiza, OIT.

De la Garza E. (1990). "Reconversión Industrial y Cambio en el Patrón de Relaciones Laborales en México". **La Modernización**

de México, México, UAM-X. p. 315-363

Estryn-Behar M. Kaminski M. Peigne E. *et al.* (1990) "Stress at Work and Mental Health Status among Female Hospital Workers". *Br J Ind Med*; 47: p. 20-28.

Frankenhaeuser M. Gardell B. (1976). "Underload and Overload in Working Life: Outline of a Multidisciplinary Approach". *J. of Human Stress*; 2(3): p. 35-46.

Frankenhaeuser M. (1989). "A Biopsychosocial Approach to Work Life Issues". *Int J Health Serv* 19(4): p. 747-758.

Gardell B. (1982). "Scandinavian Research on Stress in Working Life". *Int J Health Serv*; 12(1): p. 31-41.

Garduño MA. Rodríguez JC. (1989) "Salud y Doble Jornada: Taquillera del Sistema de Transporte Colectivo (Metro)". PIEM, Colegio de México, p. 402-444.

Garduño MA. Márquez M. (1993). "La Salud Laboral Femenina. Apuntes para su Investigación". Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores, Of Sanit Panam, *PALTEX*, No. 3, Washington, p. 235-263.

Garfield J. (1980). "Alienated Labor, Stress, and Coronary Disease". *Int J Health Serv*; 10(4): p. 551-559.

Gingburg C. (1989). "Indicios. Raíces de un Paradigma de Inferencias Indiciales". *Mitos, Emblemas, Indicios. Morfología e Historia*, España, Gedisa, p. 138-17

Guélaud F. *et al.* (1981). Para un Análisis de las Condiciones de Trabajo Obrero en la Empresa, (método LEST), INET-INDA, México-Perú.

Hall E. (1989). "Gender, Work Control, and Stress: A Theoretical Discussion and an Empirical Test". *Int J Health Serv*; 19(4): p. 725-745.

----- (1990). **Women's Work: an Inquiry into the Health Effects of Invisible and Visible Labor**, The Johns Hopkins University, p. 24-32.

Henao S. (1982). "Salud Mental y Trabajo". *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 8(23): p. 57-64.

Hendrix W. (1989). "Job and Personal Factors Related to Job Stress and Risk of Developing Coronary Artery Disease". *Psychological Reports*; 65: p. 1136-1138.

Hernberg S. (1984). "Work-related Diseases. Some Problems in Study Design". *Scand J Work Environ Health* 10(6): p. 367-372.

Hoiberg A. (1982). "Occupational Stress and illness Incidence". *J Occup Med*; 24(6): p. 445-451.

Houben G. (1991) "Production Control and Chronic Stress in Work Organizations". *Int J Health Serv*; 21(2): p. 309-327.

Johansson G. (1989). "Job Demands and Stress Reactions in Repetitive and Uneventful Monotony at Work". *Int J Health Serv*; 19(2): p. 365-377.

Johansson G., Aronsson G. y Lindstrom B. (1978). "Social Psychological and Neuroendocrine Stress Reactions in Highly Mechanised Work". *Ergonomics* 21(8): p. 583-599.

Karasek R. y Theorell T. (1990). **Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life**, New York, Basic Books,

Inc., Publishers.

Knutsson A., Akerstedt T., Jonsson B. *et al.* (1986). "Increased Risk of Ischaemic Heart Disease in Shift Workers". *Lancet*; 2(8498): p. 89-92.

Laurell A.C. (1978) "Proceso de Trabajo y Salud". *Cuadernos Políticos*; 17: p. 59-79.

Laurell AC. y Márquez M (1983). **El Desgaste Obrero en México**, México, ERA.

Laurell A.C., Noriega M., López O. *et al.* (1991). "El Trabajo como Determinante de la Enfermedad". *Cuadernos Médico Sociales*; 56: p. 17- 33.

Leplat J. (1978). "Factors Determining Work-load". *Ergonomics*; 21(3): p. 143- 149.

Malinverni C. *et al.* (1985). "Epidemiology of Ischaemic Cardiopathy in a Large Iron Foundry". *G Ital Med Lav*; 7(2-3): p. 81-88.

Marx K. (1974). "El Trabajo Enajenado". **Manuscritos: Economía y Filosofía**, Madrid, Alianza Editorial, 5a. ed., p. 103-119.

Neffa JC. (1991). "La Crisis de la Organización Científica del Trabajo ¿Genera la Emergencia de una Nueva Relación Salarial?". **Las Estrategias de las Empresas Frente a los Recursos Humanos. El Post-taylorismo**, Argentina, Humanitas. p. 11

Noriega M. (1989). "Problemas Teórico-metodológicos de la Investigación sobre Salud en el Trabajo". *Salud Problema*; 17: p. 9-13.

----- (1993). "Organización Laboral, Exigencias y Enfermedad". Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores, OPS, *PALTEX*, N° 3, Washington.

Noriega M. y Villegas J. (1993). "La Investigación Participante en la Salud Laboral. Avances y Limitaciones a Diez Años de Distancia". *Salud Problema*; 23: p. 11-19.

O.I.T. (1986). Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, Incidencia y Prevención, Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo N° 56.

Partinen M., Eskelinen L. y Tuomi K. (1984). "Complaints of Insomnia in Different Occupations". *Scan J Work Environ Health*; 10: p. 467-469.

Segawa K., Nakasawa S., Tsukamoto Y., *et al.* (1987) "Peptic Ulcer is Prevalent among Shift Workers". *Dig Dis Sci*; 32(5): p. 449-453.

Siegrist J., Peter R., Junge A., *et al.* (1990). "Low Status Control, High Effort at Work and Ischaemic Heart Disease: Prospective Evidence from Blue-Collar Men". *Soc Sci Med*; 31(10): p. 1127-1134.

Stockmeier U., Kuhn T. y Muth H. (1989). "Stress at Work and Coronary Heart Diseases of Foremen in Industry". *Int J Rehab Research*; 12(3): p. 310-312.

Uribe G., Ramirez J., Romero L., *et al.* (1991). "El Trabajo Femenino y la Salud de Cuatro Grupos de Mujeres en Guadalajara, México". *Bol Of Sanit Panam*; 111(2): p. 101-111.

Winkleby M., Ragland D., Fisher J., *et al.* (1988). "Excess Risk of Sickness and Disease in Bus Drivers: A Review and Synthesis of Epidemiological Studies". *Int J Epidemiol*; 17(2): p. 255-262.

Wisner A. (1988). **Ergonomía y Condiciones de Trabajo**, Argentina, Humanitas.