

ABORDAJE EPISTEMOLÓGICO SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL MEDIO LABORAL

Lic. Mariely Ramos de Cabrera

RESUMEN

Se presenta un estudio referido al abordaje de la atención de la salud en el trabajo. Se analiza la relación salud-trabajo como un binomio de grandes connotaciones individuales y sociales, influenciada por una variedad de componentes culturales dependientes de espacios y tiempos en los que se ha desarrollado. Se correlacionan las diferentes tendencias que han tenido lugar en la atención de la salud laboral, desde la concepción de la atención de la salud como don de fe y misticismo, pasando por la idea de la medicina del trabajo como especialidad médica positivista preocupada por la salud del trabajador para mantenerlo más productivo, olvidándose de su humanidad, seguida por la salud ocupacional que, con la ayuda de varias disciplinas, ve con más amplitud el abordaje de la salud en el trabajo (trabajadores y ambiente) en pro de la producción, pero manteniendo una concepción mecanicista y fragmentaria, hasta la salud del trabajador, tendencia de connotación sistémica, social y de respeto al trabajador, que concibe la participación del trabajador junto a la organización, al Estado, y con apoyo de profesionales preocupados por la salud en el trabajo, en provecho de todos y cada uno de los trabajadores y del trabajo.

ABSTRACT

The relation between health and labor has been considered from the point of view of their close interaction involving individual and social connotations. The influence of cultural components which depend on the location and period during which these relations have developed is highlighted. Different tendencies have been manifested during the historical evolution of occupational diseases. First, health care was considered as a gift coming from mystical attitudes. Subsequently this notion evolved towards the concept of occupational disease as a positivistic medical specialty involved in the maintenance of the health of the worker in order to increase his productivity, but not taking into account his human aspects. After, occupational health has been established with the help of various branches of learning. It approaches, from a wider point of view, the health aspects of labor (workers and their surroundings) in order to increase their productivity. However, its approach still remains mechanistic and fragmentary as far as the worker's health is concerned. More recently a new concept that takes into account systematic and social connotations is evolved; this concept considers the worker and includes his participation as well as the state organizations, getting better the workers and the occupations.

INTRODUCCIÓN

Como profesional preocupada por la salud de los trabajadores, considero la necesidad de abordar el estudio de la atención de la salud en el trabajo como un todo, en donde cada una de las partes que la conforman es relevante, pues se entiende que no hay subordinación alguna y que esos aspectos interactúan para generar los resultados deseados, lo que me ha

llevado a repensar el quehacer histórico de la atención de la salud en el trabajo bajo premisas epistemológicas.

De acuerdo con lo anterior, el presente ensayo apunta a esbozar una visión de las relaciones salud-trabajo-trabajador tomando en consideración concepciones y visiones que desde el punto de vista

social y laboral han matizado las diferentes épocas partiendo de la industrialización, usos de la tecnología y de las ciencias.

Acorde con ello, se develan las diferentes tendencias que se han desarrollado para la atención de la salud en el trabajo, partiendo de las que tradicionalmente fueron destinadas para aumentar y mejorar la producción en el área laboral hasta la más contemporánea propuesta, es así como el estudio se demarca en tres manifestaciones sobre la atención de la salud en el trabajo.

Un primer apartado que sirve de preámbulo a la Medicina del Trabajo, primera disciplina que se abocó a la atención de la salud en el trabajo, con la visión precisa de mantener al trabajador sano —*sin enfermedades*— para sustentar la productividad, ajustándose a los acontecimientos propios de la época al configurarse como una relación lineal y positivista.

Una nueva perspectiva cobró fuerza, la Salud Ocupacional, orientación que varió el pensamiento hacia la salud, más que hacia la enfermedad, admitiendo la atención de manera multidisciplinaria caracterizada por la intervención de los riesgos laborales y que sigue ajustada al positivismo de una manera fragmentaria, para seguir sustentando la productividad.

Una tercera propuesta, tendencia contemporánea, donde la salud se estudia de una forma integral, como un sistema, que amerita el apoyo de profesionales de diferentes disciplinas y donde el actor principal es el trabajador quien debe gerenciar las actividades en beneficio de la salud individual y colectiva.

El trabajo es una necesidad sentida por el ser humano, no sólo por los beneficios económicos que le pueda aportar para subsistir, sino porque es el medio para desenvolverse socialmente y de supervivencia para desarrollarse desde el punto de vista individual, puesto que el hombre es un ser creativo que nació para “aportar”, lo que le confiere carácter de inter- subjetividad, y el trabajo es el reflejo de ese aporte.

Por su parte, la salud es un bien que necesita el hombre para poder desenvolverse en sus labores habituales y laborales.

Del binomio salud-trabajo se desprende que la salud es el principal patrimonio del ser humano. De ella dependen el trabajo y los logros sociales, y a la vez el trabajo es un determinante de la salud. Para

el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dinamiza el concepto clásico de salud: “... *Completo bienestar tanto físico, psíquico y social, y no solamente ausencia de enfermedad...*”, al añadirle elementos funcionales - capacidad de funcionamiento - (Farias, 2000).

El hombre, desde la prehistoria ha desarrollado incontables actividades las cuales le han exigido siempre ciertas condiciones físicas. Estas, aunadas con el ambiente laboral y contexto laboral han condicionado su estado de salud.

El abordaje epistemológico que se emprende en este ensayo está ideado yuxtaponiendo la concepción clásica y tradicional de la epistemología, como estudio crítico de reflexión genérica de las condiciones y posibilidades del conocimiento, y el tradicional francés, que tiende a diferenciar entre una reflexión genérica sobre la ciencia (filosofía de la ciencia) y el estudio histórico y crítico de las ciencias, sus principios, sus métodos y sus resultados. Porque se hace necesario realizar un recuento histórico desde la confluencia de varias perspectivas para develar la realidad de la atención de la salud en el trabajo, visualizándola, como diría Kosik (1967 p.42), en “... *un todo indivisible de entidad y significados...*”, teniendo en cuenta que las realidades varían según el espacio, el tiempo y la perspectiva para concebirla.

La “estructura epistémica”, como la expone Michel Foucault, se adapta también a este enfoque porque él define episteme como “... *conjunto de relaciones que existen en una determinada época entre las diversas ciencias...*”, o “... *diversos discursos...*”, y que constituyen como el entramado o el suelo que hace posible las diversas ideas de una época. Se trata de un entramado inconsciente, o de una estructura oculta, que se refleja en los diferentes discursos o ámbitos científicos. Siendo los epistemes discontinuos a lo largo de la historia. (Cortés y Martínez, 1998). Es así como representan cuatro momentos de la atención de la salud en trabajo:

- Antes de la aparición del concepto de Medicina del Trabajo
- La Medicina del Trabajo
- La Salud Ocupacional
- La Salud de los Trabajadores.

Antes de la aparición del concepto de Medicina del Trabajo

El producto del trabajo es un “bien”, el cual comenzó siendo artesanal, un producto elaborado en forma manual, hecho en forma individual o con la participación de pocas personas, con el objetivo de subsanar necesidades y caracterizado por la limitación en su producción. Estuvo circunscrito a los procesos naturales y a la invención de herramientas rudimentarias que se fueron perfeccionando. Ese hecho estaba caracterizado por una sociedad menos organizada, -“quizás”-, con menor población, y acorde con la evolución social-política-económica y religiosa. La salud era vista como un don, privilegio cedido por divinidades y la enfermedad como un castigo (Ramos. 2003), la atención de la salud estaba presidida por un conocimiento mítico a cargo de brujos, hechiceros y sabios. Después de Hipócrates se lograron avances propios de los estudios de las ciencias médicas.

Las ciencias médicas han reconocido entre las causas de enfermedades, al trabajo. En las obras de Hipócrates se reconocieron enfermedades relacionadas con el trabajo, como la intoxicación de los trabajadores de las minas, entre otras. Paracelso, estudioso de la química y de las ciencias experimentales describe, entre sus obras, enfermedades laborales de los mineros y fundidores de metales, como la silicosis y la intoxicación por plomo y mercurio. Esta labor médica estaba fundamentada en una medicina naturalista y empírica, basada en la observación de las manifestaciones y curso de la enfermedad. (Rosso. 1999).

Medicina del Trabajo

Se remonta a 1713 el inicio de la Medicina Industrial gracias a Bernardini Ramazzini, quien es reconocido como el padre de la medicina industrial. Él publicó en Italia el primer libro de medicina industrial (*Las Enfermedades de Trabajadores*), en el cual realizó una descripción minuciosa de múltiples enfermedades profesionales de la mayoría de los trabajadores (obreros) de su tiempo.

Nogueira (—) refiere que en 1830 un empresario de Inglaterra, preocupado por el ausentismo laboral, las pérdidas económicas, la falta de salud de sus operarios y la ineficiencia del sector

sanitario para resolverlo, pidió consejo a su médico para que le indicara como podía solucionar ese problema. Ese médico, llamado Robert Baker, le sugirió colocar en el interior de su fábrica a un médico, para que fuese un intermediario entre él (empleador), los trabajadores y/o el público, surgiendo así el primer Servicio Médico del Trabajo dirigido, no por casualidad, por Baker mismo.

Las funciones del médico debían estar enfocadas en verificar el estado de salud de los trabajadores, visitando cada puesto de trabajo, identificando cómo influía el trabajo en la salud del trabajador y las causas que intervenían para adoptar las medidas de prevención necesarias. Este modelo de servicio fue implementado rápidamente por las empresas de Inglaterra y de otros países. Todo en función de mantener la productividad, por lo que el servicio médico debía tener un perfil bien definido: estar dirigido por personas de entera confianza del empresario y que estuvieran dispuestos a defenderlo, debían ser servicios centrados en la figura del médico, la prevención de los daños era tarea eminentemente médica, la responsabilidad de los problemas o daños a la salud del trabajador le correspondía al médico. La atención médica estaba supeditada a la medicina clásica, con el obstáculo de contar con un exiguo desarrollo técnico y con poca receptividad para aceptar la ayuda de las demás ciencias que para el momento estaban surgiendo.

El proceso del trabajo, y sus efectos sobre la salud, se hizo evidente con la revolución industrial, hecho éste que coincide con una transformación social: la invención científica y tecnológica donde el trabajo deja de ser un hecho artesanal para convertirse en industrial, de producciones en series y con un intermediario —la máquina— o la herramienta de trabajo sofisticada. Para ese momento, como lo expresa Mendes (1999, p. 1) “... *el consumo de la fuerza de trabajo resultaba de la sumisión de trabajar en un proceso acelerado o deshumanizado de producción, que exigía su intervención, so pena de tornar viable la supervivencia y reproducción de los propios procesos productivos...*”. Los efectos de este cambio de proceso llevaron a transformaciones profundas. Fabregat (1984, p. 233) comenta que “... *su acción histórica inmediata ha consistido en haber reorganizado las formas de vida de los grupos sociales y, asimismo, en haber movilizad o a los individuos del cuerpo societario hacia nuevas relaciones de estatus, dentro de nuevas estructuras económicas y culturales...*”.

La atención de la salud en general, y en especial la de los trabajadores de la época, estaba influenciada por el pensamiento positivista de la medicina científica y de la fisiología, al intentar adaptar al trabajador al trabajo, lo cual, aunado a una gran fragilidad de la seguridad social, pasó a ser una garantía de asistencia médica para los trabajadores, en muchas ocasiones extendida a sus familiares, otorgándole a los empresarios el ejercicio directo del control de la fuerza laboral. “Curar y mantener productivo al trabajador era el objetivo primordial”.

En el entorno laboral para ese período, tenían mucha influencia las teorías administrativas que se desarrollaban en pro de la productividad bajo el modelo de la “Administración Científica del Trabajo”, con los principios de Smith, Taylor y los ampliados por Ford, los cuales encontraron una aliada en la Medicina del Trabajo para perseguir su meta: *mayor productividad*. Estos autores, preocupados más por el aspecto de la productividad y de eficiencia que por las condiciones de trabajo del ser humano, de manera importante transformaron los modos de realizar las tareas laborales. Si analizamos antecedentes de cómo se realizaba el trabajo, referidos por García (2002), veremos que son parte de los acontecimientos del progreso científico. Para Adam Smith, la división del trabajo ocasiona un aumento proporcional para la productividad teniendo como ventaja: mayor destreza del trabajador, ahorro de tiempo en el proceso y capacitación de un hombre para hacer la labor de muchos. Para Taylor, la división del trabajo debía ser complementada con la necesidad de un estudio sobre tiempos y movimientos, con el objeto de incrementar en forma eficiente la producción, acciones éstas que debían ser controladas por un administrador y no por el trabajador, donde lo importante es un producto de buena calidad en el menor tiempo. El trabajador es tratado como un objeto que debe acoplarse al ritmo de la máquina o de la herramienta, no tomando en cuenta sus condiciones biológicas y psicológicas, sometido a ritmos repetitivos, regulados, por largos períodos y con exigencia en muchas oportunidades de esfuerzos físicos al mismo tiempo.

H. Ford aborda esas dos teorías y propone aumentar la eficiencia en el proceso productivo con el diseño de la cadena de montaje, la cual fue todo un éxito para la producción en masa, la estandarización y la serie, difundidas en todo el mundo a partir de 1918. Esos procesos exigían al trabajador mayor

concentración, tensión y fatiga psíquica, generando aislamiento social, altos niveles de ruido, monotonía en las tareas repetitivas y menos estímulos al desarrollo de habilidades y del conocimiento del trabajador. En este modelo la administración sigue jugando un papel importantísimo: ella crea, piensa y controla. El trabajador sigue siendo un objeto más del proceso. Oliveira (1986) cita la siguiente declaración atribuida a H. Ford sobre los Servicios de Médicos del Trabajo “... *El cuerpo médico es una sección de la misma fábrica que me da más lucro...*”

Para estos momentos se gestaban en la práctica las ideas revolucionarias de Karl Marx, propuestas de 1818-1883, concepciones que, a su vez, se derivan de las ideas de Hegel (1770-1831), quien creía que los individuos se desarrollan históricamente mediante una serie de alineaciones dándole un sentido psicológico que Marx desecha encontrando las raíces de la alineación en las infraestructuras económicas de la sociedad. Marx tenía la convicción de que toda actividad humana estaba condicionada por la economía, planteamientos estos que quedaron plasmados en sus estudios sobre la producción en masa como un factor de acumulación del capital, alienación del trabajo o alienación económica.

Stewart (1997) refiere que en la condición moderna, según Marx, “... *el capitalismo alienaba al trabajador, privándolo de los productos de su mente y su cuerpo y convirtiéndolo en propiedad del capitalista...*”. Asimismo, Marx (referido por García, 2002) señala la pérdida de la dignidad humana ante la racionalización de la producción, la gran industria se enfoca a producir y vender sin medir las consecuencias para el ser humano.

Como bien se sabe la revolución de Marx no sólo se refería a lo social-económico sino a una ideología política que lo caracterizaba como radical. Sus ideas fueron difundidas en todo el mundo, lo que provocó reacciones muy diferentes en los diferentes contextos.

Entre tanto, para que las actividades laborales se efectuaran, se requerían hombres y mujeres “aptas”, de donde se desprende que las funciones de la atención de los servicios médicos estaban prestas a responder por la selección de esas personas y por su salud, pero no tomaban en cuenta las condiciones de trabajo, la seguridad, el entorno laboral, la organización del trabajo, etc. A posteriori, esos trabajadores eran menos efectivos, con más posibilidades de cometer errores y de accidentarse, porque los trabajos requerían de alta exigencia física

y/o mental y su calidad de vida se deterioraba por el hecho de causarle daños físicos, psíquicos y sociales con el incremento de no desarrollar sus capacidades personales. Como salida a esta problemática, la preocupación por proveer servicios médicos a los trabajadores comenzó a repercutir en el escenario internacional. García (2002) nos refiere que, para 1939, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus agendas, definieron los objetos de estudio de la Medicina del Trabajo, y dentro de esos objetivos estaban: estudiar a los trabajadores enfermos, investigar a individuos en particular y buscar como prioridad curar y conocer las lesiones, daños o enfermedades y, una vez que tiene suficientes datos epidemiológicos, enfocarlo hacia su prevención, pero la prevención pasa a ser un objetivo de segundo orden.

Para 1953, la OIT, a través de la Recomendación 97 sobre “Protección de la Salud de los Trabajadores”, solicitaba a los países miembros que fomentasen la formación de médicos del trabajo calificados y la organización de los “Servicios de Medicina del Trabajo”. En 1958, sustituye la denominación “Servicios de Médicos del Trabajo” por “Servicios de Medicina del Trabajo”. En 1959, bajo la Recomendación 112, propone un instrumento normativo de ámbito internacional, que pasa a ser de referencia y paradigma en el abordaje de definiciones, métodos de aplicación de recomendaciones, organización de los servicios de salud, etc. Sobre los Servicios de Medicina del Trabajo expresa que deben ser asignados en los locales o inmediaciones del trabajo, destinado a:

- *Asegurar y proteger los trabajadores contra todo riesgo que perjudique su salud que pueda resultar de su trabajo o de las condiciones en que este se efectúe.*
- *Contribuir a la adaptación física y mental de los trabajadores, en particular para la adaptación y colocación en lugares de trabajo correspondientes a sus aptitudes.*
- *Contribuir al establecimiento y manutención de niveles “posibles” más elevados de bienestar físico y mental de los trabajadores.* (Mendes, 92).

Bajo este enfoque, la Medicina del Trabajo sigue siendo una actividad netamente médica para ser

practicada en los sitios de trabajo, que tiene como razón “la adaptación física y mental de los trabajadores”. Al referirse a la “adaptación del trabajo al trabajador”, limita la actuación médica a seleccionar un trabajador que se adapte a las condiciones del trabajo y confiere a la práctica médica una omnipotencia producto del pensamiento positivista, al delegarle la responsabilidad de mantener y elevar su estado de bienestar físico y mental. Concepción ésta propia de la postura newtoniana – cartesiana – baconiana que se desarrolló a mediados de los años 1600. En general, el positivismo es aquella actitud teórica que sostiene que el único y auténtico conocimiento o saber es el saber científico; le caracteriza una actitud crítica ante la filosofía tradicional y afirma que también la filosofía ha de ser científica. Para ello, él «espíritu positivo» es fiel a unos principios orientadores o reglas que obligan a renunciar a juicios de valor y a enunciados normativos, en cuanto carentes de sentido cognoscitivo según lo cual cabe pensar en un solo ámbito del saber, reducible a la observación y a la experiencia, con la medicina actuando sobre la base doctrinaria de entender “... *el cuerpo humano como máquina, la enfermedad como la consecuencia de la avería de la máquina y la tarea del médico como la reparación de esta máquina...*” (Engel, 1977. citado por Martínez, 1993). Este criterio positivista de las ciencias médicas perdura por más de 300 años hasta aproximarse a los años de 1900.

El enfoque de la Medicina del Trabajo era fragmentario, basado en una relación unicausal, “lineal” del proceso salud-enfermedad, olvidándose del ambiente laboral, del contexto, del trabajador, de las múltiples interrelaciones que pueden existir, tratando el problema en forma tangencial, sin aportar soluciones porque sus acciones se limitaban a ser puntuales tratando de solucionar los efectos sin pensar en las causas, y mucho menos implementar estrategias de prevención.

Para los años de 1940, con el uso de las estadísticas, se demostró un incremento en las tasas de accidentes y enfermedades profesionales, más personas discapacitadas o muertas y grandes pérdidas económicas. Un precio alto que estaban pagando los trabajadores por y para permanecer en la industria, laborando en condiciones extremadamente adversas y con trabajo extenuante, que les exigía un esfuerzo aún mayor. La organización laboral seguía fundamentada en mayor productividad y eficiencia, que en términos económicos eran mayor cantidad de

mercancía en menor tiempo, en términos sociales (colectivos e individuales) tuvo que enfrentar altos índices de morbilidad por accidentes y enfermedades y, entre otras problemáticas, también se contaban: retraso en la producción, aumento en los costos de producción, gastos jurídicos, indemnizaciones o jubilaciones prematuras, daños en las instalaciones, maquinarias y equipos.

Lo anterior expuesto, asociado al florecimiento de la tecnología industrial, el uso de la ciencia de una manera avasalladora, de nuevos materiales industriales, de nuevos métodos de producción y de nuevas estrategias de mercado trajo como consecuencia una nueva división del trabajo.

Betancur (2001. p. IX) plantea que, para la época, el trabajo se instituyó sobre la base de la fragmentación de las tareas, generando una serie de opciones dicotómicas como: Trabajo/Bienestar, Seguridad/Calidad, Salud/Productividad, Desarrollo tecnológico/Desarrollo a escala humana.

La Medicina del Trabajo se tornó insuficiente, siendo cuestionada por los trabajadores y por los empleadores, lo que provocó que esta disciplina asumiera su incapacidad para enfrentar los problemas de salud causados por la producción, dando paso a una nueva visión de la atención de la salud en el trabajo.

La Salud Ocupacional

Surgió entonces la propuesta de un enfoque diferente para abordar la atención de la salud en el trabajo apoyada en otras disciplinas y profesiones, una respuesta racional “científica”, como lo expone Mendes (1992), aparentemente incuestionable, basada en ampliación de la atención médica direccionada al trabajador, con la intervención sobre el ambiente, la cual fue concebida como la organización de un equipo multi e interdisciplinario con apoyo en tres vertientes: las Ciencias Médicas, la Higiene Industrial (representada por la Ingeniería y la Química) y las Ciencias Sociales, con el objetivo de ocuparse de la salubridad y de la seguridad industrial, reconociéndose con el nombre de Salud Ocupacional. Este enfoque fue puesto en práctica en las grandes industrias, acompañándose de una orientación sanitarista-epidemiológica de la relación salud-trabajo para intervenir los lugares de trabajo con la finalidad de controlar los riesgos ambientales.

Las empresas trasnacionales comenzaron a exigir

en sus Servicios de Medicina Laboral un especialista en Salud Ocupacional que pudiese hacer frente a los problemas de salud con esa visión tridimensional, en conjunto con otros departamentos, y con la ayuda externa en muchos casos. Otras empresas, por exigencia legal, también lo hicieron, pero coartaban la intervención exigiendo del Servicio de Medicina sólo el alcance que podía ofrecer la Medicina del Trabajo. Así, la mayor parte de los servicios de atención para la salud en el trabajo estaban atendidos por médicos con entrenamiento en Medicina del Trabajo y Ambiental a través de un estudio personal y de experiencia práctica. Lo más grave es que las pequeñas empresas y el sector informal de trabajo no contaban con estos servicios y, en muchos casos, tampoco con una seguridad social establecida o con capacidad de respuesta.

Para 1985, la OIT planteó una reorganización y un cambio de enfoque proponiendo que el trabajo multidisciplinario girara en torno a la salud en el trabajo y que las estrategias fundamentales —objetivo primordial del cambio— fuesen encaminadas a educar y prevenir. Donde los trabajadores expuestos se estudien, no individualmente, sino como población con el propósito de evitar o eliminar los riesgos a los que están expuestos los trabajadores, enfrentando los problemas con una actitud activa y anticipadora.

Este modelo no logró conseguir sus objetivos. La atención de la salud en el trabajo se desarrolló para seguir cubriendo las expectativas de producción. Dentro de los factores que se pueden mencionar para explicar su incapacidad están:

- *Que se funda en el “mecanicismo”, al igual que la Medicina del Trabajo.*
- *No concretan el asumir la multidisciplinariedad ni la interdisciplinariedad, siendo las actividades dispersas con dificultad para la cohesión y búsqueda de metas.*
- *La capacitación del recurso humano, producción del conocimiento y tecnología no acompañan al ritmo de producción del proceso de trabajo.*
- *El modelo, a pesar de enfocar la problemática en forma colectiva y no individualizada, insiste en abordar a las personas como un objeto de las cuestiones del trabajo.*
- *En el ámbito de la preparación de los profesionales en Salud Ocupacional, su enfoque se convirtió, utilizando las palabras de Morin (2001), en “... hiperespecialización, es decir, la*

especialización que se encierra en ella misma sin permitir su integración en una problemática global o en una concepción de conjuntos del objeto del que sólo considera un aspecto o una parte...”

- *Por lo general, las Escuelas de Medicina sólo implantan unas cuantas horas de instrucción formal sobre la atención en salud en el trabajo. Las razones para incorporar la atención de la salud en el trabajo dentro del entrenamiento y práctica de las ciencias y medicina en general son muchas, entre ellas citaremos las que La Dau (1993) y Zurro (1987) recomiendan:*

- ✓ Gran número de personas están expuestas a riesgos laborales como para que resulten problemas a la salud y estos problemas pueden estar siendo atendidos sin reconocer su causa.*
- ✓ El reconocimiento temprano de patrones poco comunes de enfermedades por parte de los profesionales de las ciencias de la salud puede alertar a las autoridades locales o empleadores respecto a la necesidad de implementar medidas de control industrial y ambiental.*
- ✓ Los profesionales de las ciencias de la salud de cualquier organización deben contribuir con los programas de vigilancia epidemiológica.*
- ✓ Los médicos generales y de cualquier especialidad deben estar conscientes de la importancia del trabajo para el trabajador y para la sociedad, así como de la necesidad de colaborar en la preservación de la salud y que son parte del equipo multidisciplinario para la atención en salud de los trabajadores.*

Un nuevo paradigma se devela para la atención de la salud en el trabajo, consecuencia de la insuficiencia de percepción, y determinado por una nueva visión global, esa insuficiencia para el contexto actual con bases en la racionalidad científica, clásica aún, repercute intensamente en la calidad de vida de los trabajadores.

La problemática se encuentra en la resistencia al cambio para aceptar la realidad. Lo plantea Graterol (1996) en su consideración sobre la creación de los paradigmas vistos a través de Bachelard y Kuhn (filósofos de mediados de los años 1900). Se trata de un tránsito entre la superación de un conocimiento

por otro anterior, ruptura de una tendencia o realizaciones científicas universalmente conocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones científicas que pueden ser sustituidas por otras revoluciones científicas. Martínez magistralmente aborda esta problemática de manera general, pero que se adecua al tema propuesto:

La insuficiencia surge al pretender resolver desde la visión y dimensión del paradigma tradicional a los nuevos fenómenos con rasgos particulares, tales como: complejidad de las nuevas realidades emergentes durante el siglo...

... en el cumplimiento de sus deberes de ofrecer explicaciones rigurosas y completas de la complejidad de los hechos que componen el mundo actualmente, la ciencia estructuró un paradigma epistemológico que coordinara e integrara, en un todo coherente y lógico, los principios en los que se sustentan los conocimientos. La independencia de los fenómenos formuló exigencias que llevaron a los científicos a pensar en la interdisciplinariedad, en la independencia y en lo holístico (2002, p. 63).

La Salud Ocupacional, aun cuando fue concebida para la interdisciplinariedad, se encuentra atada todavía a ser lineal con la falta de cohesión entre los profesionales de las distintas especialidades que la nutren y sin la participación de los actores del trabajo, “los trabajadores”, por lo que queda subordinada a las imposiciones del empleador, que no ve en esta especialidad una herramienta para cumplir con uno de los principales derechos que poseen las personas: el derecho a la salud, el derecho a la salud en el trabajo, el derecho a un trabajo digno...

En el campo de la salud, hasta los años 70, predominaba la idea del concepto mecanicista, la medicina tenía amplia autonomía y estaba en el mismo lugar que otro sistema como economía o educación para transformar la sociedad. Por la falta de respuesta a los problemas surgen prácticas médicas de carácter alternativo de auto-cuidado de la salud, asistencia primaria, extensión de cobertura, revitalización de la medicina tradicional, uso de tecnología simplificada y énfasis en la participación comunitaria, revitalizando la discusión teórica sobre la articulación de la salud en la sociedad (Mendes,

1992). Estas prácticas alternativas han sido desconocidas en el área de atención de la salud en el trabajo, sobre todo en la implementación de la promoción y prevención de la salud.

Las críticas sobre la atención de salud en el trabajo se tornan más contundentes a medida que surge en varios países la implementación de programas de asistencia para los trabajadores con su activa participación y la de sus organizaciones, lo que contribuyó a revelar el impacto del trabajo sobre la salud, cuestionando las prácticas de los Servicios de Medicina del Trabajo en las empresas e instrumentando en los trabajadores sus reivindicaciones por mejores condiciones de salud, con sus consecuentes reproches dirigidos a:

- , Su desconfianza sobre los procedimientos técnicos y éticos de los profesionales de los Servicios de Salud Ocupacional (seguridad, higiene y medicina del trabajo).
- , La evidencia de que la participación del trabajador en las cuestiones de salud a menudo desequilibra conceptos y procedimientos de la salud ocupacional, como por ejemplo el uso de los exámenes pre-empleo como práctica discriminatoria para el trabajo.
- , Desmorona el mito de “Límites de tolerancia”, fundamentación científica que avala la exposición tolerable o segura.
- , A medida que la organización del trabajo amplía su importancia en la relación trabajo-salud requiere de nuevas estrategias para la modificación de las condiciones de trabajo que atropellan la salud laboral.
- , La utilización de nuevas tecnologías en especial las de automatización y de informática en los procesos de trabajo introduce nuevos riesgos al trabajo que están más relacionados con la organización laboral y que son de difícil medicalización.
- , La modificación de los procesos de trabajo a nivel micro y macro provocan un cambio en la morbilidad, siendo frecuentes las enfermedades cardiovasculares, mentales, estrés y cáncer, las cuales deben abordarse con estrategias educativas para modificar el estilo de vida.
- , Se debe abordar las exigencias de la economía informal en donde permanecen los mismos riesgos ocupacionales que no pudieron ser solucionados por la medicina laboral ni por la salud

ocupacional.

La misión y visión de los Servicios Médicos de Atención a la Salud en el Trabajo se perciben obsoletas nuevamente, no adaptada a las exigencias de los usuarios, “los trabajadores”. La disciplinariedad propuesta condujo a resolver los problemas aisladamente en un ámbito cada vez más aislado, manteniendo una postura lineal, dicotómica, como lo planteó Betancur (2001).

Para el contexto actual, donde existe un intenso proceso social de discusión teórica y de prácticas, con variedad de alternativas, gana cuerpo “*la teoría de la determinación social del proceso salud-enfermedad*”, cuyo centro coloca al trabajador —en tanto organizador de la vida social— generando alternativas y críticas sobre la atención de la salud de los trabajadores. Así, Mendes señala:

“... Las insuficiencias del modelo de Salud Ocupacional no constituyen un fenómeno puntual o aislado, fue y sigue siendo un proceso que aunque guarda una cierta especificidad con el campo de las relaciones entre trabajo y salud, tiene su origen y desenvolvimiento determinado por escenarios políticos y sociales más amplios y complejos. Además de esto se aúna que este proceso tiene trazos comunes que le confieren una cierta universalidad, ello ocurre con ritmo y naturaleza propios reflejado en la diversidad de los mundos políticos y sociales, y las distintas maneras como los sectores de trabajo y salud se organizan...” (1992)

Son muchos los autores contemporáneos que exponen con claridad que todos los planteamientos actuales no estaban aislados de los movimientos culturales y globales. Morin (2001), al referirse a la organización del conocimiento plantea que “... *el desarrollo de la aptitud para contextualizar tiende a producir el surgimiento de un pensamiento <ecologizante> en el sentido de que sitúa todo acontecimiento en una relación inseparable con el medio –cultural, social, económico, político y, por supuesto, natural...*”. En los países industrializados, como Francia, Alemania, Estados Unidos, Italia e Inglaterra, ocurrió un movimiento social renovado, animados por el cuestionamiento del sentido de la vida, el valor de la libertad, significado del trabajo

en la vida, uso del cuerpo y denuncia de obsolescencia de los valores que tienen significado para las nuevas generaciones, lo que repercutió en las creencias de la sociedad capitalista, la religión cristiana y su misticismo sobre la concepción del trabajo. Este proceso, desarrollado ya en estos países y en algunos otros, conlleva a la participación activa de los trabajadores en los problemas de salud y seguridad en el trabajo, porque ellos, más que ningún otro, tipifican situaciones concretas del trabajo cotidiano, expresados en enfermedades, accidentes o muertes.

Como respuesta a esta participación social de los trabajadores con nuevas políticas sociales e ideológicas en algunos países, se impulsaron renovaciones legales que introdujeron cambios significativos en las legislaciones del trabajo, en especial en los aspectos de salud y seguridad del trabajador. Como ejemplo de lo dicho tenemos la Ley 300 en Italia, desde 1970: *“Normas para la libertad y la dignidad del trabajador, de la libertad sindical y de la actividad sindical en el lugar de trabajo”*. Otros trabajadores de diferentes contextos político-sociales alcanzaron conquistas básicas: los trabajadores norteamericanos a partir de la ley de 1970, los ingleses y los suecos a partir de 1974, franceses a partir de 1976, luego noruegos y canadienses en 1977 y 78, Brasil en 1990.

En Venezuela, a partir de 1986, quedó plasmado un esbozo de este planteamiento en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Como pilares comunes, estas legislaciones reconocen el ejercicio de derechos fundamentales de los trabajadores como son: el derecho a la información (sobre la naturaleza del riesgo, medidas de control adoptadas por el empleador, resultados de exámenes médicos y de evaluaciones ambientales del lugar del trabajo), derecho a la renuncia al trabajo en condiciones de riesgo grave para la salud o la vida, derecho a la consulta previa antes de cambios de puestos de trabajo o cambios de tecnología, métodos, procesos o formas de organización del trabajo, mecanismos de participación en la salud y seguridad en el trabajo, entre otros. Debiendo afrontar resistencias, según Barros...

- , ... de las corporaciones profesionales, que por tradición se han hecho responsables de la conducción técnica y práctica en el área.
- , ... de los sectores empresariales que han

formulado reglas.

- , ... de las instancias tecno-burocráticas que han perturbado en el aparato de los gobiernos.
- , ... y de la fracción de la clase política, históricamente subordinada al capital en la relación capital-trabajo (1999)

Salud de los trabajadores

Del intenso proceso social de cambios en el ámbito de la relación salud-trabajo, como característica básica destaca el ser terreno fértil en la construcción de un espacio para la salud pública, sustentado por Teorías Sociales que han ido conformando desde las últimas décadas (1980–1990–2000) una significativa tendencia hacia “la complejidad”, con un enfoque sistémico, de visión integral que no contempla las partes solamente, ni solamente el todo. Produciendo sobre la praxis social un empuje dinamizante de la subjetividad humana, obtención de un saber acerca de lo que las personas vivencian, perciben, sienten, piensan y expresan en diversas situaciones de su vida cotidiana diaria. Sotolongo (2000) reseña que esta orientación ha estado signada por dos corrientes, con esfuerzos que marchan, cada uno a su modo, en dicha dirección:

- , Los que tributaban a un paradigma y a una “epistemología de la complejidad” (Prigogine; Gell-Mann; Morin, entre otros)
- , Los que se remitían a un paradigma y a una “epistemología de la contextualidad”, (Foucault; Bourdieu; Giddens, entre otros), los cuales, a pesar de sus énfasis en facetas diferentes de la realidad, tanto natural como social y humana, convergen en su entusiasmo paradigmático complejizador de esa realidad y en su especificidad epistemológica no objetivante ni subjetivante, sino contextualizante.

Otros enfoques también apoyan estos intereses. Entre ellos podemos citar a la bioética, estudios que hacen énfasis en la necesidad de una interacción entre las ciencias y las humanidades, el rescate de la supervivencia y de la dignidad del hombre, el respeto de las personas, no solamente a su autonomía, sino también esforzándose en asegurar su bienestar y la equidad en la distribución.

El objeto de la salud de los trabajadores, apoyada en estas tendencias y con la experiencia obtenida en

países con directrices definidas de ser desarrolladas, hace que se precise el proceso de salud-enfermedad en los grupos humanos, en su relación con el trabajo como un esfuerzo de comprender cómo y por qué ocurre el deterioro de la salud en el trabajo y el desenvolvimiento de alternativas que lleven a una transformación en dirección apropiada para los trabajadores, dándole una dimensión humana al trabajo y una perspectiva teleológica.

La salud de los trabajadores rompe con el concepto hegemónico que establece un vínculo causal entre la enfermedad y un agente específico, o a un grupo de factores de riesgo presentes en el trabajo, e intenta superar el enfoque que sitúa una determinación social reducida al proceso productivo desconsiderando la subjetividad.

Los profesionales en salud de los trabajadores deben visualizar los nuevos paradigmas y, como estudiosos de las ciencias, abrirse paso en ellos. Cabe destacar el esfuerzo que deben realizar para integrar las dimensiones de lo individual por lo colectivo, de lo biológico a lo social, de lo particular a lo general, de la conformación e integración de equipos interdisciplinarios, multidisciplinarios y transdisciplinarios, porque comprender y estudiar el mundo a partir de formas fragmentadas quedará como contribución para profundizar el conocimientos a niveles inimaginables pues necesitamos una acometida que consiga reunirlos, articularlos y colocarlos al servicio del hombre.

Morín, (1982), al exponer sus ideas sobre la ciencia y el abordaje de la complejidad, nos orienta sosteniendo la necesidad de plantear:

... un principio de complejidad, más rico que el principio de simplificación, basado en la disyunción/reducción, y que considere la comunicación entre el objeto y su entorno, la cosa observada y el observador...

Este principio de complejidad se esfuerza en abrir y desarrollar por doquier el diálogo entre orden, desorden y organización para concebir, en su especificidad, en cada nivel, los fenómenos físicos, biológicos y humanos. Busca integrar estos niveles intentando una visión poliscópica. Se trata también de buscar la comunicación entre los objetos y los sujetos que conciben esos objetos, generando un pensamiento apto para afrontar la complejidad de lo real que, al mismo tiempo, permita que la ciencia

reflexione sobre sí misma.

La atención de la salud en el trabajo bajo la perspectiva de la Salud de los Trabajadores busca una explicación sobre las enfermedades o muertes de los trabajadores, en particular a través del estudio de los procesos de trabajo de forma articulada con el conjunto de valores, creencias e ideas de los representantes sociales en la “moderna” civilización urbano-industrial, donde el Estado debe participar activamente con la creación de un sistema que responda por la salud de los trabajadores. Fadel (2000), a través de la experiencia de la “Red Nacional de Saude do Trabalhador (ReNaST) en Brasil, expone sus ventajas, entre ellas: se puede lograr la articulación intersectorial con un diálogo “automático” entre las estructuras institucionalizadas; facilita reconocer los problemas de orden estructural, tales como la ausencia de cultura sanitaria de la relación salud-trabajo, la viabilidad de los sistemas de vigilancia, de asistencia y de participación, considera al trabajo en cuanto organizador de la vida social, como un espacio donde los trabajadores asumen un papel de actores, de sujetos capaces de pensar y ser pensadores, produciendo una experiencia propia, en conjunto con las representaciones de la sociedad, y no de dominación y sumisión del trabajador por el capital, donde la resistencia ha sido parte del quehacer histórico.

Morin, como representante del humanismo, expresa dentro de sus mínimas: la autonomía, la libertad de decidir, como atribución humana que promueve el respeto, la solidaridad y un estado de equilibrio y opina:

“... Todo desarrollo verdaderamente humano debe comprender el desarrollo de las autonomías individuales, de las participaciones comunitarias y de la conciencia de pertenecer a la especie humana. De allí se esbozan dos grandes finalidades ético-políticas del nuevo milenio: Establecer una relación de control mutuo entre la sociedad y los individuos por medio de la democracia, y concebir la comunidad como una comunidad planetaria. (2000. p,22)...”.

Para la implementación de este nuevo modo de liderar las cuestiones de salud relacionadas con el trabajo, los trabajadores deben contar con aportes importantes: una asesoría técnica especializada y un

soporte de los servicios públicos estatales.

Las empresas deben visualizar y poner en práctica estos nuevos paradigmas, sin que sea necesario una presión gubernamental o la práctica de medidas forzosas para los trabajadores, porque estamos en presencia de un complejo proceso de transformación social y económico con características globalizantes que exigirá cada vez más de todos los participantes. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) en 1999 realizó el siguiente comentario al hablar sobre la Salud y los Derechos Humanos:

“... La experiencia demuestra que el estado de salud de la población es indisoluble de la situación socioeconómica y del contexto cultural y de valores en que se inscriben las acciones gubernamentales y privadas...”

... Deben aceptar que los grandes desafíos del futuro no residen tanto en aumentar la científicidad médica y la atención de salud, sino en brindar mejores servicios a todas las personas. Para reducir las desigualdades, que siempre son injustas e injustificables, se requiere tomar más conciencia de los modos de lograr un consenso que permita respetar las diferencias y tolerar las discrepancias.

La Salud Ocupacional. Conclusiones

A través de este ensayo, podemos visualizar que la atención de la salud en el trabajo ha estado vinculada a la evolución de variados componentes que han influenciado en el desarrollo del trabajo como actividad del hombre, así como en el manejo de la salud como problemática individual y social y en las manifestaciones culturales de las diferentes épocas.

Es así como podríamos decir que, una vez determinada la Medicina del Trabajo como disciplina, su actividad fue eminentemente médica, con una práctica concreta apegada a la ciencia, al método científico y a una concepción lineal y fragmentaria en el desarrollo de las actividades laborales, destacándose la administración científica del trabajo, en la atención de la salud, teniendo como objeto de estudio al trabajador bajo la acción de agentes patógenos, concibiendo la salud en el trabajo como una relación de causa y efecto (relación salud-enfermedad), donde el médico era el protagonista y representante de la salud de los

trabajadores. La actividad de atención estaba al servicio del empleador, y el trabajador era visto como parte del proceso, sin respetarle como persona, sin informarle, con condiciones de salud y calidad de vida precarias que coexistían con su alienación, con avances técnicos y científicos en los procesos laborales y con mayor poder del capital, donde los Servicios de Medicina del Trabajo resultaron incapaces de solucionar los problemas de salud, lo que indujo a una nueva concepción de la atención de la salud en el trabajo: la Salud Ocupacional.

La Salud Ocupacional surge favorecida por las revoluciones del pensamiento, tanto en lo social-político como en lo científico, la revolución industrial y las corrientes que promulgan la imposición de nuevos paradigmas. Fue un intento de abordar la atención de la salud en el trabajo a través de una práctica, con un grado de acción multidisciplinario de sanitaristas especializados, apoyada en las ciencias médicas, la higiene ambiental y la seguridad industrial, teniendo como objeto de estudio los riesgos a los que estaban sometidos los trabajadores. De manera teórica se propuso abordar los problemas desde el nivel preventivo. Sus alcances no fueron significativos, pues no se consiguió la interrelación de las diferentes disciplinas que la conformaban, visualizándose fragmentada y mecanicista enfrentando los problemas aisladamente y abordando la enfermedad y el ambiente laboral para favorecer la producción, manteniendo la alienación del trabajador con una información restringida e ideologizada.

Pasada la mitad del siglo XX, son otras corrientes del pensamiento las que hacen que la atención de la salud en el trabajo se canalice hacia sus actores, los trabajadores, dejando de lado la corriente reduccionista y fragmentada de la tradición positivista, pasando a visualizar la salud en el trabajo con un enfoque sistémico donde convergen factores políticos, tecnológicos, científicos y el contexto socio-laboral, teniendo como campo de trabajo las funciones prácticas y teóricas de acciones concretas y abstractas que están promovidas por el trabajador tutelado por un equipo de profesionales, que tienen que ser capaces de interrelacionarse de una manera interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria en pro del trabajador, y asumir como objetivos el abordaje de todos los trabajadores en sus entornos y en sus contextos, la participación de las organizaciones y del Estado, utilizando como instrumentos y medios, técnicas al servicio de los

trabajadores, donde las condiciones de salud sean compatibles con los avances tecnológicos, con mayor conciencia sanitaria y política, plena información, más organización resguardando la salud colectiva, la atención de promoción y prevención en todos los niveles, siendo los trabajadores coparticipes y determinantes en la gestión y defensa de la salud, con un conocimiento más integrado a la realidad.

La Atención de la Salud en el Trabajo se halla en proceso, su historia puede ser contada en diferentes versiones, donde la acción de los profesionales en Salud de los Trabajadores debe dejar de ser meramente instrumental y técnica, para tener sólidas bases teóricas y conceptuales de las disciplinas que respaldan su desempeño técnico y profesional que les permitan una proyección y construcción de nuevos enfoques estratégicos que sean manejados de una forma integral, y abiertos a la crítica y al cambio; lo que le facilitaría el conocimiento y la orientación de todas las manifestaciones que sean en provecho de todos y cada uno de los trabajadores del mundo.

REFERENCIAS

1. Alleyne G. La Salud y los Derechos Humanos, aspectos éticos y morales. Publicación científica N 574. OPS – OMS. Washinton, D.C. EE.UU. 1999.
2. Barros M, Fadel L. Las Políticas Públicas Brasileñas de Salud de los Trabajadores, algunas posibilidades para el próximo milenio. Río de Janeiro: Brasil Mimeografiado; 1999.
3. Betancur F. Salud Ocupacional. Un enfoque humanitario. Colombia: Editorial McGraw-Hill; 2001.
4. Contreras F. Epistemología de la Biología y de la Medicina. Guía de estudio. Valencia. Venezuela. 2003.
5. Cortés J, Martínez A. Diccionario de filosofía en CD-ROM. Copyright ©. Barcelona: Empresa Editorial Herder S.A; Todos los derechos reservados. ISBN 84-254-1991-3. 1998.
6. Fabregat C. Antropología Industrial. Editorial. 2ª edición. Barcelona: Antropos. Editorial del Hombre; 1984.
7. Fadel L. Rede Nacional de Saúde do Trabalhador. Ministerio da Salud Coordenação de Saúde do Trabalhador –COSAT-Brasil. 2000.
8. Farías O A. Salud Pública y Educación para la Salud. Barcelona, España: Editorial Masson S.A; 2000.
9. García A G. La Ergonomía desde la visión sistémica. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. 2002.
10. Graterol M. Paradigmas y Creación de conocimiento en naciones neocoloniales. Universidad de Carabobo / Fondo Editorial Tropykos. Caracas. Venezuela. 1996.
11. Kosik K. Dialéctica de lo concreto. México: Grijalbo. 1967.
12. Ladou J. Medicina Laboral. México, D.F.: Editorial Manual Moderno; 1993.
13. Martínez. M. El Paradigma Emergente (Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica) Barcelona: Editorial Gedisa; 1993.
14. Mendes R, Costa E. Da Medicinada trabalho á saúde do trabalhador. Rev. Saúde Publ. S. Paulo. Brasil. 1992;25(5):341-349.
15. Morín E. Los siete saberes necesarios a la educación del futuro. Caracas- Venezuela: Editorial. IESA C/UNESCO. 2000.
16. _____. Con la cabeza bien puesta (Repensar la reforma – repensar el pensamiento). 2ª edición. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
17. _____. “Por la ciencia”. Artículos aparecidos en Le Monde, 5, 6, 7 8 de enero de 1982, e incluidos en Morín E, “Ciencia con conciencia”, Anthropos, Editorial del Hombre. 1982.
18. Nogueira DP. A Saúde dos trabalhadores e a empresa. Sau Paulo. S.d. Mimeografiado.
19. Oliveira J A, Teixeira S. Previdência Social: 60 años de historia da previdencia no Brasil. Petrópolis. Vozes. 1986.
20. Organización Internacional del Trabajo. Recomendación sobre los Servicios de Medicina del Trabajo en los lugares de Trabajo. 1959.
21. Ramos M. La relación médico-paciente y el valor de la “Libertad” Monografía no publicada. Valencia-Venezuela. 2003.
22. Rosso P. El pensamiento médico del siglo XIX: los obstáculos para la incorporación del método científico. <http://correo.cantv.net/download/voartista701232115>. Artículo del 21/09/03. 1999.
23. Sotolongo P. La incidencia en el saber social de una epistemología de la complejidad contextualizada Codina. La Habana, febrero 2000 e-mail: filosof@ceniai.inf.cu
24. Zurro M, Cano F. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica. 3ª edición. Barcelona, España: Editorial Mosby / Doyma Libros. 1987.