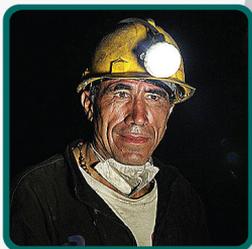


Esbozo de historia de la salud en el trabajo en México



Jorge Ignacio Sandoval Ocaña
Germán Gómez Pérez
Luis Manuel Fernández Hernández
Amilcar Torres Ortiz



Esbozo de historia de la salud en el trabajo en México

Jorge Ignacio Sandoval Ocaña
Germán Gómez Pérez
Luis Manuel Fernández Hernández
Amilcar Torres Ortiz

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Datos para catalogación bibliográfica

Autores: Jorge Ignacio Sandoval Ocaña, Germán Gómez Pérez, Luis Manuel Fernández Hernández, Amilcar Torres Ortiz

Esbozo de historia de la salud en el trabajo en México

UNAM, FES Zaragoza, septiembre de 2016.

Peso: 3 MB.

ISBN: 978-607-02-8281-2.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leañes Castillo.

Diseño y formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

Proyecto Papime PE302514

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Esbozo de historia de la salud en el trabajo en México

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Delegación Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, México, D.F.

“Matarse trabajando es algo que está a la orden del día”

Dr. Richardson, 1863

Según la tradición cristiana: “quien no trabaja no ha de comer”

Sentencia De San Pedro

**“La salud no se vende, pero tampoco se regala”
Consiga de Obreros Italianos en los Años Setentas
y de Trabajadores Mexicanos en los Ochentas**

**“La salud es un derecho social, que como tal, no se vende,
no se compra, ni se mendiga, se conquista”**

**Dra. Teresa Ma. Rescala Mentala
Rectora de la Universidad Mayor de San Andres
La Paz, Bolivia, 2012**

JORGE IGNACIO SANDOVAL OCAÑA

Licenciado en psicología por la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza de la UNAM, con estudios de maestría en Psicología del Trabajo por la Universidad Autónoma de Querétaro, tomó el diplomado en diagnóstico psicolaboral por la Universidad de la Habana y la UNAM, actualmente se encuentra cursando el doctorado en ciencias en salud colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Fue asesor sindical en salud y trabajo, fundador de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo y actualmente presidente de la misma. Profesor de tiempo completo de la carrera de psicología de la Fes Zaragoza, ha impartido clases en maestrías y diplomados de salud en el trabajo y psicología laboral. jorgisao@unam.mx

GERMÁN GÓMEZ PÉREZ

Psicólogo Social, UNAM, Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología y Maestría en Antropología Física, ENAH. Profesor de Carrera UNAM (Fac. de Psicología y ENEP-FES Zaragoza) 40 años ininterrumpidos desde 1976, del IPN de 1980 a 1989, de la FaCiCo (Toluca) de 1990 a 1994 y en la UAQ (Maestría Psicología del Trabajo) de 1997 a 2001. Editor-coordinador/coautor de 7 textos, autor/coautor de 24 capítulos de libros, autor de 2 textos y autor de 77 artículos en revistas y 12 como coautor. Ha trabajado las líneas de investigación en población del sur-oriente de la Zona Metropolitana sobre ideología, alienación, trabajo, psicología y salud, credulidad poblacional ante la televisión, percepción sobre la estructura política, percepción de estudiantes de psicología sobre su profesión, subjetividad valoral de adolescentes, conyugalidad en el México actual y narcosubcultura, teorías y epistemología de la psicología, e historia de la psicología en México. gopogrem@prodigy.net.mx

LUIS MANUEL FERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

Psicólogo egresado de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza UNAM (hoy FES Zaragoza), donde es Profesor de Asignatura de las carreras de Psicología (área Psicología del Trabajo y las Organizaciones) y Enfermería

desde 1991. Profesor de Tiempo Completo en la Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl desde 2000 y Profesor de Posgrado en la Universidad del Valle de México Campus Texcoco. Cursó la Maestría en Psicología del Trabajo en la Universidad Autónoma de Querétaro y tiene el grado de Maestro en Tecnología Educativa por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Recientemente culminó el Doctorado en Educación en el Centro de Estudios Superiores en Educación. Es integrante de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo A.C. desde 2012. luismanuelfrndz@gmail.com

AMILCAR TORRES ORTIZ

Psicólogo por la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Actualmente es integrante de la Academia de Cultura Científico-Humanística como Profesor Investigador Tiempo Completo en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Ha colaborado en diversas investigaciones con instituciones como la UAM, UAEM, UNAM FES Zaragoza, IMSS, Centro Mario Molina, UCLA Fogarty Program entre otras. Ha trabajado en las líneas de investigación sobre estrés y docencia así como el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación y sus efectos en docentes. Miembro Fundador de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo A.C. amilcar.torres@uacm.edu.mx

Introducción	1
Capítulo I. La concepción del trabajo y su relación con la salud	9
1) Trabajo: Transformar y Pensar/Sentir	12
2) ¿Qué es el Trabajo?	15
3) La historia del Trabajo: un breve recorrido	16
4) De la historia bimilenaria: Medicina y Trabajo	21
5) Taylorismo, Fordismo y Escuela de las Relaciones Humanas	22
5.1) Taylorismo	37
5.2) Fordismo	39
5.3) La Escuela de las Relaciones Humanas de Elton Mayo	41
6) Los inicios de la Salud en el Trabajo	45
Capítulo II. La salud en el trabajo	51
1) Los antecedentes en el mundo	51
2) La Salud en el Trabajo en México	88
3) La perspectiva crítica de la Salud en el Trabajo	106
Conclusiones	135
Referencias	141

Introducción

Ante un escrito sobre la historia de la salud en el trabajo cualquier lector podría preguntar: ¿por qué un libro más sobre historia de la salud en el trabajo? Y podría haber varias respuestas posibles, o quizá sólo una porque respecto al estudio de la salud y el trabajo en países como México, puede decirse que no existe suficiente sistematización acerca de cuándo, cómo y por qué surge el interés y la especialización *Salud en el Trabajo*; al menos no desde un encuadre o perspectiva global y crítica.

Desde luego existen acercamientos, si bien en su mayoría descriptivos y anecdóticos, pero asumimos en estas páginas que el surgimiento y desarrollo del interés por la relación trabajo-salud en el país, ha sido posible en virtud de circunstancias socioculturales que han fomentado su desarrollo, pero también cómo lo han entorpecido o ensombrecido. Y ello amerita dedicar reflexiones que incluso pudieran parecer reiterativas.

Reconocer el surgimiento y trayectoria de los hechos no puede entenderse como una contemplación romántica del pasado, ni sólo búsquedas existenciales de los orígenes, la historia humana y sus productos; representa mucho más que una repetición monótona de los acontecimientos ocurridos en latitudes y momentos distintos. Es válido preguntarse y quizá necesario, qué ocurrió en otros momentos en la trayectoria de la humanidad, reexaminar el pasado y enfrentar decisiones sobre los qué, porqués, y cómo en la fugacidad del presente y encaminarnos hacia futuros posibles, viables, deseables.

Leer estas páginas posiblemente originará calificar a sus autores como “ideologizantes”. Y desde luego nos cabe denominación tal, en efecto lo somos; partiendo de la premisa de que *ideología* no es la simpleza de “la falsa conciencia”, interpretación ésta que enmascara la cruda realidad de los hechos. Asumimos a la ideología como *el conjunto de ideas, valores y principios que orientan nuestra perspectiva política sobre el mundo en que vivimos*. Tal definición no parte de ideas fantásticas o en un estado alterado sobre la realidad, sino de la percepción de

millones de seres humanos que cada día despiertan intranquilos para asistir a su centro de trabajo: fábrica, oficina, cubículo, vehículo, avenida o cualquier espacio en que realizan su trabajo.

En palabras resumidas: incluso cuando nos asumimos como “no ideologizados” en realidad adoptamos la ideología de la neutralidad que, en los hechos, siempre es un apoyo a las tendencias imperantes. Y respecto al tema que nos ocupa, declararnos “imparciales” significa guardar silencio ante las carencias, insuficiencias y escasez de actividades por investigar, remediar y/o prevenir.

Con la actividad denominada *trabajo* nos enfrentamos a la paradoja histórica de valorar el conjunto de acciones que convirtieron a una especie animal en la especie humana; es decir, filogenética y antropológicamente el trabajo convirtió al ser homínido en humano. Sin embargo en la actualidad, para millones de personas en todo el mundo, el trabajo sólo representa el espacio en que enferman, son alienados o mueren. Esta puede parecer una exageración ideologizada, de alarmismos infundados. Sin embargo basta con revisar cifras oficiales sobre accidentes, enfermedades y suicidios en/por el trabajo, no cabría duda que a cualquier interesado le parecerán alarmantes; ello no obstante los consabidos encubrimientos, aligeramientos y subregistros oficiales. Y de esto se ofrecen, páginas adelante, demostraciones patentes.

Un somero recuento de la historia como el que intentamos en estas páginas, no tiene como propósito urdir un divertimento intelectual, un pasatiempo académico o un rejuvenecimiento de lo anacrónico; es en cambio una invitación a mirarnos en el espejo y preguntarnos si buscando correlaciones entre variables, creando modelos estadísticos predictivos que predicen lo obvio, y diseñando campañas preventivas (que en el país nadie ejecuta), estamos contribuyendo a resolver el problema de la salud de los trabajadores. La simple intención de este texto, reiteramos, consiste en una invitación a preguntar.

Asimismo, asumimos que perseguir redefiniciones de conceptos nucleares no se reduce a remiendos etimológicos, semánticos o filológicos sino, mucho antes que eso, es una exigencia teórico-metodológica de enorme relevancia.

Una parte es estrictamente descriptiva, pensada para mostrar hechos y datos en torno al tema, pues infortunadamente muchos de quienes nos dedicamos de un modo u otro a trabajar en el campo, carecemos del conocimiento acerca de cómo es que se ha desarrollado la disciplina: son frecuentes las nociones vagas e incluso hasta equívocas acerca de las circunstancias, momentos y actores que han configurado esto que genéricamente conocemos como “salud en el trabajo”. Es así que siempre es necesario referir el dato, pero más allá, importa reconocer que la construcción del área se ha dado a partir de la acción de colectivos humanos y de las acciones específicas y decididas de personajes clave; sin eso la salud en el trabajo estaría mucho menos aventajada de como se encuentra en la actualidad.

Otra razón de este trabajo, consiste en lo necesario de rescatar lo hecho en el pasado y ubicarlo en su más precisa dimensión, pues parece una práctica común que, en infinidad de ámbitos de la actividad humana, cuando algún interesado hace alguna aportación conceptual, una obra escrita, pareciera encontrarse allí el origen: “el padre de...”. En el caso de la salud en el trabajo queda evidenciado que la historia es un complejo entramado de actos, ideas, propuestas y prácticas de una multiplicidad de actores que no aparecen de manera lineal ni como sumatoria, muy en contraste, los sucesos son resultado de controversias y confrontaciones no sólo de ideas sino de intereses, por lo que parece justificado asumir que al referir la trayectoria histórica, significa reconocer que han estado en juego construcciones de modalidades colectivas de pensar y actuar; por ello no es casualidad que suelen imponerse ciertas formas de convivencia sobre otras, no siempre plausibles y esperanzantes.

Emplazadas así las cosas, la llamada “salud en el trabajo” no es un campo únicamente construido por médicos formados en los esquemas del modelo médico hegemónico, ni por las Instituciones dedicadas al tema; en la construcción han jugado un papel importantísimo los sujetos que frecuente e inquietantemente figuran como “objetos de estudio” o “informantes” de enfoques etnográficos, es decir: los propios trabajadores, quienes a lo largo del tiempo han debido pugnar, primero, porque se reconozca su calidad de humanos, después, como hombres y mujeres que durante la actividad en el trabajo, bajo las condiciones en que lo realizan, están exponiendo tanto su integridad orgánica como la mental; personas que han buscado el reconocimiento

al derecho a una vida de trabajo digna y respetuosa de la vida misma. Junto con ellos están quienes, desde su papel de especialistas, han intentado dar cuenta de las realidades laborales y los múltiples efectos nocivos que el trabajo ha traído de la mano, a lo largo de la no tan prolongada historia de 200 mil años de humanidad. El trabajo de estos estudiosos interesados y comprometidos con la salud en el trabajo, con frecuencia ha sido soslayado, encubierto, o sus aportaciones negadas y su papel en la construcción de la salud en el trabajo, borrada del panorama histórico.

Así, pareciera que la historia de la salud en el trabajo es sólo la historia que se cuenta desde los encuadres oficiales de las instituciones o de los actores más afines con estas versiones pero, como esperamos mostrar, existen formas distintas de enfocar los hechos históricos; estas páginas se ubican entre ellas.

Como dice el sabio decir ordinario: conocer la historia es conocer los errores para intentar evitarlos, tanto como reconocer los aciertos humanos...

Es muy posible que la aparición y uso de algunos vocablos en estas páginas despierten irritación, extrañeza y quizá alguna subestimación. Desde luego no es la intención complicar la comprensión de nuestras reflexiones, sino partir del reconocimiento de que temáticas como trabajo, salud y psicología afrontan enorme cantidad y espesor de obstáculos para ser comprendidas a cabalidad, debido a que una considerable cantidad de los vocablos o conceptos principales que se utilizan, presentan usos semánticos difusos y equívocos. En una cierta medida, esta polisemia tiene origen en que desde mediados del siglo XIX, los términos más utilizados en las llamadas ciencias de lo humano, han provenido del lenguaje médico más típicamente biológico; en cierto modo es éste un efecto particular del medicalismo (de ello se tratará páginas adelante). En otra considerable medida esta polisemia también es consecuencia de la muy corta historia de las ciencias humanas, lo cual significa que aún no poseen un lenguaje patrimonial propio y consolidado. Nos referimos por ejemplo a lo que se entiende comúnmente por conceptos como “lo social”, “salud”, “cultura”, “mente”, “psiquismo” e incluso algunos tan aparentemente incontrovertibles como “emociones” y “trabajo”; todos ellos encierran un enorme compromiso para tratar con el menor margen de confusión las temáticas en este texto.

Perseguir redefiniciones de conceptos nucleares no se reduce a simples remiendos etimológicos, semánticos o filológicos sino, mucho antes que eso, consiste en un requerimiento teórico-metodológico de primer orden.

Se está muy lejos de creer que se cuenta con las claves certeras del significado de conceptos nucleares como los mencionados, en todo caso se hace una propuesta para contribuir a disolver o reducir la polisemia difusa.

En primer lugar, preguntarse si “lo social” es simplemente hablar de lo colectivo, lo gregario o lo multitudinario cuando referimos a los hechos psíquicos que intervienen, son circunscritos, anteceden o se inmiscuyen en la organización y realización del trabajo contemporáneo.

Sin extenderse con reflexiones mencionadas en otros trabajos, baste mencionar que por salud se entiende una de tres grandes dimensiones del bienestar genérico, junto a bienestar convivencial y bienestar mental o de la subjetividad; es decir, vida íntegra, integridad vivencial o bienestar genérico es la convergencia de esas tres grandes dimensiones.

- a) la salud o bienestar orgánico,
- b) el bienestar relacional, es decir, la relacionalidad variada y creativa con otros
- c) el bienestar o integridad mental, o actividad mental creativa y variada.

Esto es: el bienestar genérico de la vida no es sólo salud, la salud se entiende sólo como bienestar orgánico.

Lo psicosocial es la amalgama ente cognitividad y afectividad, las simbolizaciones y sentimientos que la aculturación ha implantado en la mente de las personas, ambas dimensiones son producto del aprendizaje.

Los seres humanos conjuntan tres grandes dimensiones: la orgánica, la convivencial y la mental; los ámbitos psicosociales pertenecen a esta tercera.

Con asombrosa rigurosidad se indica que las emociones son un asunto más orgánico (más “biológico”) que cultural:

(...) tenemos emociones primero y sentimientos después porque la evolución dio primero las emociones y después los sentimientos. Las emociones están constituidas a base de reacciones simples que promueven sin dificultad la supervivencia del organismo, y de este modo pudieron persistir fácilmente en la evolución (...) Todos los organismos vivos, desde la humilde ameba hasta el ser humano, nacen con dispositivos diseñados para resolver automáticamente, sin que se requiera el razonamiento adecuado, los problemas básicos de la vida. Dichos problemas son: encontrar fuentes de energía; mantener un equilibrio químico del interior compatible con el proceso vital; conservar la estructura del organismo mediante la reparación del desgaste natural; y detener los agentes externos de enfermedad y daño físico. La palabra homeostasis es el término apropiado para el conjunto de regulaciones y el estado resultante de vida regulada (Damasio, 2010, p. 34).

Vuelta al punto, al tratar activación fisiológica y activaciones emocional-afectivas, en el primer caso se está hablando de actividad natural y en el segundo de psicosocial. Confundirlas ha originado extravíos y delirantes argumentaciones. El problema de tales extravíos es que la investigación sobre la nocividad del trabajo en las estructuras y funcionamiento naturales de quienes realizan el trabajo ha sido insuficiente, escuálida, entre otras razones porque se habla con la misma denominación del continente que del contenido, de lo exterior que de lo interno. Parece por tanto justificado interponer una sencilla sugerencia: una cosa son los elementos circundantes o el entorno del trabajo y otra son los elementos neuronales. Y entre éstos distingamos entre psicosociales o cognitivo-afectivos y los psicofisiológicos.

Una primera cuestión por esclarecer es que lo social no es sólo lo colectivo, ni tampoco, por ende, lo social es lo popular, multitudinario, gregario o poblacional. Si así fuese entonces debiésemos declarar que las ciencias sociales o humanas tienen también por objeto de estudio al comportamiento colectivo de hormigas, abejas, sardinas, cebras o ñus en el mismo nivel que la existencia de los colectivos humanos.

Lo social es todo aquello que la humanidad ha establecido como hechos y normas de convivencialidad y que no se rige por determinaciones exclusivamente orgánicas, genéticas o naturales. Los elementos o ámbitos de lo social consisten en una amalgama integrada por lo ético, lo estético, lo político, lo ideológico, lo gnóstico y lo económico del comportamiento humano en su historia de 200 mil años. Es decir, lo social son los componentes de eso que se entiende por cultura, entendida en sentido amplio, para distanciarnos de aquel otro de uso muy común también, que lo equipara con la producción y el consumo estéticos (y que sirve de respaldo a la existencia de las consabidas secciones periodísticas de “cultura”).

Ante eso cabe rescatar el concepto de societario o societal, para designar, aquí sí, todo aquello que incumbe a la existencia colectiva. No hay justificación para continuar confundiendo societal con social; porque abejas, hormigas, sardinas, cebras y ñus viven asombrosos y complejos procesos de existencia societal o societaria, pero difícilmente podemos decir que su sobrevivencia es social, pues se rigen por ineludibles pulsiones reflejas e instintuales; en términos convergentes: sus dimensiones neurales alcanzan sólo activamientos psicofisiológicos (como las emociones básicas).

En contraste, los seres humanos son tan societales como sociales; durante la mayor parte de los 200 mil años de evolución como homínidos diferenciados de Neandhertales y Cromagnones, la existencia fue más societal que social, y sólo desde los recientes 30-40 mil años se inició la cuesta arriba de la socialización propiamente dicha, es decir, los inicios de la cultura humana; y cultural humana, cabe acentuar, porque la aculturación no es patrimonio exclusivo de la humanidad; al menos primates y cetáceos muestran notorios rasgos de desarrollo cultural.

De modo que, al tratar lo colectivo, lo gregario, es decir, los asuntos de la sociedad, desde un simplismo lógico, hemos deducido que eso es “lo social”. De modo que, por razones como las expuestas hasta aquí, hablar de la sociedad permite hablar sólo de lo societal o societario.

En suma: la apabullante mayoría de sociedades animales no humanas claro que son denominables societarias o societales, pero muy difícilmente son nombrables como sociales; los seres humanos son tanto societales como sociales.

La aspiración de estas líneas es acariciar la posibilidad de que quienes las lean les conduzca a repensar si los significados denotativos de vocablos como lo “social”, la “salud” o “cultura” y otros debieran seguir siendo utilizados como hasta ahora, y si eso pudiera auspiciar acciones investigativas, preventivas o simplemente interpretativas más fecundas.



La concepción del trabajo y su relación con la salud

La historia de la salud en el trabajo no constituye una historia en sí, como la historia de cualquier acontecimiento, hay que situarla entre las otras historias que la rodean y la contienen; a decir de Braudel (1970) hay historias estructurales que pueden contener historias episódicas o coyunturales, es decir, la historia de la civilización o la cultura se entiende como una orquesta de historias particulares, así tenemos que la historia de cómo se ha entendido y atendido la salud de los trabajadores obliga a comprenderla dentro del conjunto de realidades que a lo largo de estos 200 mil años han configurado esos acontecimientos dentro del tiempo; no el tiempo cronológico, sino el tiempo social.

Para transitar por lo que ha ocurrido en los distintos momentos sobre eso que genéricamente se ha denominado “salud en el trabajo”, tenemos que partir de un momento, desde luego no elegido de manera azarosa o arbitraria, sino desde cuando existen los registros más antiguos. La pretensión no es hacer sólo una crónica o un relato lineal de lo acontecido, pero es necesario mencionarlo para asentar que lo hecho por grupos sociales, instituciones e incluso individuos, configura de alguna medida “el hecho histórico”.

Una historia estructural de la salud en el trabajo está lejos de lo que podemos presentar en estas páginas, pero al menos cabe esclarecer que la historia no es la narración de lo que ha acontecido en el pasado, sino antes que eso, la historia es el acontecer cotidiano de los seres humanos escindidos en clases sociales, según su papel en la producción de los satisfactores para subsistir. Partiendo de esta idea, puede esbozarse de inicio qué ha significado el trabajo para la especie humana y a partir de ello iniciar el recorrido.

Leer, mencionar o escuchar la palabra “trabajo” pareciera no despertar ninguna suspicacia respecto a su significado; por ello pareciera que todo mundo entendemos qué deseamos expresar cuando pronunciamos “trabajo”.

Suele reconocerse que evolutivamente el trabajo construyó a los antropoides y homínidos en seres propiamente humanos y que en tal medida el trabajo ha sido pivote del despliegue de las actuales plenitudes humanas. Pero también cabe agregar que desde el surgimiento de la manera capitalista de organizar a la sociedad, el trabajo crecientemente “deshumaniza” al ser humano, en la medida que lo ha confinado a ser sólo un elemento del entorno productivo, por cierto crecientemente prescindible debido a que la actual fase de revoluciones científicas tiende ya no sólo a facilitar el trabajo humano vivo, sino a sustituirlo. En pocas palabras: el trabajo es evolutivamente un elemento plausible, pero desde la historia de los recientes dos siglos, es ingrediente degradante.

El trabajo es temática abordada expansivamente desde distintos emplazamientos disciplinares a partir de fines del siglo XIX: la antropología, la sociología, desde luego la economía y también la psicología.

Pareciera quimera pero en particular en la psicología hoy día sigue siendo necesario esclarecer el sentido riguroso de los términos nucleares con que enfocamos la temática “trabajo”.

Y es que asumimos que sin teoría clara no hay práctica exitosamente deliberada, en consonancia con lo asentado en los 40’s por Kurt Lewin uno de los artífices de la psicología moderna: *no hay nada más práctico que una buena teoría...*

Además cabe recordar que el significado y vigencia de los conceptos penden de momentos históricos y, como suele reconocerse, los “discursos” son también poder. Es decir, la precisión en el uso de los conceptos, no es sólo un problema semántico, tampoco sólo un problema filológico ni tampoco sólo etimológico sino, además de conceptual, teórico y metodológico, es por supuesto un núcleo de confrontaciones de poder.

Los usos confusos de conceptos principales de un campo del saber como la psicología o la medicina y la integridad de los seres que trabajan, funcionan como coartada para no intervenir, no investigar, ni prevenir los daños que el trabajo engendra en quienes lo realizan o ejecutan.

Pero apuntar hacia usos rigurosos no significa uniformar, sino sólo buscar usos homogéneos del vocabulario conceptual básico.

Como en otros espacios hemos insistido, un conjunto de conceptos nucleares de la psicología adolece de tales usos difusos, por mencionar sólo algunos: *distrés/eustrés*, *perceptualidad-sensorialidad*, *mente*, *psiquismo*, *inteligencia* o *factores psicosociales*. Pero aquí cabe detenernos un poco sobre éste último.

Cuando nos referimos a los llamados “factores”-psico-“sociales” ¿...aludimos a la dinámica cognitivo-afectiva o al entorno de tal dinámica? ¿dichos “factores” son aspectos internos de la persona o son elementos del ambiente circundante?

Y es que existe una multiplicidad de textos en los que se les alude indistintamente tanto como dinámica interna, como también elementos circundantes. Pero aún más: ¿cabe llamarlos “factores”?; ¿por qué no sólo denominarles “variables” o “elementos” o “componentes”..? Pero encima de ello, ¿qué decimos cuándo usamos el vocablo “social”?; ¿fenómenos colectivos? ¿fenómenos culturales..?

No abundaremos al respecto aquí, sólo cabe apuntar que la cuestión no es simple uso semántico.

Las visiones confusas sobre el trabajo han perdurado a lo largo de siglos, y sus lamentables consecuencias explicativas se extienden tanto entre interesados no psicólogos, como entre especialistas de las ciencias sociales, y desde luego también en los emplazamientos de psicólogos.

Muy al margen de ser un tema que inquieta conceptualmente, preocupa que tal incertidumbre teórico-metodológica compromete acciones tanto investigativas, como en la intervención (tanto remediales, como preventivas).

Tal incertidumbre conlleva al escaso interés por estudiar e intervenir sobre cómo el trabajo es nocivo a la integridad psiconeural de quienes lo realizan.

Y desde luego ante opiniones de escepticismo respecto a intentos por homogeneizar conceptualmente el aparato conceptual básico, cabe mencionar que hasta

el presente lo que abunda es un mundo de ideas distintas y contrapuestas, sin homogeneidades *interventorias*; y en tal maremágnum denotativo ha prevalecido un proverbio irritante: “*a río revuelto, ganancia de pescadores...*” que, insistiendo, ha menospreciado científica y disciplinariamente el deterioro de la integridad psiconeural de quienes realizan el trabajo.

Sin embargo puede inferirse, en base a estudios en otros países cuya estructura productiva es semejante a la nuestra, que esta opacidad oculta proporciones enormes de casos de trabajadores neuro/psíquicamente afectados.

1. TRABAJO: TRANSFORMAR Y PENSAR/SENTIR

La caracterización más aceptada sobre qué es trabajo consiste en decir que son acciones transformadoras de algo, en otro algo más elaborado.

Ello alcanza a explicar no sólo la actividad modificatoria del homo sapiens-sapiens, sino también la de sus antecesores homínidos, por ello el trabajo es señalado como elemento impulsor de los homínidos para alcanzar el grado actual de su desarrollo: *el trabajo humanizó al homínido* se reconoce como una explicación histórico/evolutiva inapelable. Sin embargo hay algunas aristas por limar: ¿sólo la especie humana es capaz de desarrollar trabajo? ¿...acaso existen otras que lo desarrollan para preservar su existencia?

No obstante parecerlo, preguntarlo no es asunto superfluo ya que especies como hormigas, termitas, abejas, leones o ratas, y osos, arañas o gatos, desde luego han transformado aspectos de la naturaleza para sobrevivir. De modo que es factible afirmar que estos organismos sobreviven gracias al trabajo, *ergo* podría decirse, extendiendo el concepto, que el trabajo también “*hormiguizado*” a las hormigas, “*arañizado*” a las arañas, o “*mininizado*” a los gatos.

Pero en estas especies, tal tipo de acciones transformadoras son más instintivas y/o reflejas, que aprendidas; es decir responden más a determinantes biológico/químico/físicas que a condicionantes culturales.

Desde luego es menester rechazar las presuposiciones antropocentristas, visibles en mucho de la literatura especializada, de las cuales se asume que los seres humanos “somos superiores” o hemos aventajado a las demás especies sobre el planeta; algo que la depredación intensificada desde el siglo pasado deniega de manera estentórea. Desde tales suposiciones se alude a rasgos del trabajo humano evolutivamente primigenios, entre otros el control del fuego, la proporción cerebro-cuerpo o el lenguaje articulado, como supuestos distintivos superiores de la especie humana.

Sin embargo quizá si de resaltar un rasgo, nunca como elemento de “superioridad”, pudiera mencionarse a la actividad teleonómica es decir, la antecesión de la actividad “teórica” a la acción *práctica*; estos términos son desde luego extraídos de lo que decenios ha, el filósofo ya fallecido Adolfo Sánchez Vázquez definió como **praxis** (Sánchez, 1980) en una versión actualizada de algo que Marx, poco más de un siglo antes, en un segmento multicitado, planteara respecto a la caracterización del trabajo:

...concebimos el trabajo bajo una forma en la cual pertenece exclusivamente al hombre. Una araña ejecuta operaciones que recuerdan las del tejedor, y una abeja avergonzaría, por la construcción de las celdillas de su panal, a más de un maestro albañil. Pero lo que distingue ventajosamente al peor maestro albañil de las abejas es que el primero ha modelado la celdilla en su cabeza antes de construirla en la cera. Al consumarse el proceso de trabajo surge un resultado que antes del comienzo de aquél ya existía en la imaginación del obrero, o sea idealmente. El obrero no sólo efectúa un cambio de forma de lo natural; en lo natural, al mismo tiempo, efectiviza su propio objetivo, objetivo que él sabe que determina, como una ley, el modo y manera de su accionar y al que tiene que subordinar su voluntad. Además de esforzar los órganos que trabajan, se requiere del obrero, durante todo el transcurso del trabajo, la voluntad orientada a un fin, la cual se manifiesta como atención. Y tanto más se requiere esa atención cuanto menos atrayente sea para el obrero dicho trabajo, y por su propio contenido y la forma y manera de su ejecución; cuanto menos, pues, disfrute el obrero de dicho trabajo como de un juego de sus propias fuerzas físicas y espirituales (Marx, 1980, p. 216).

Difícil no estar de acuerdo. Sin embargo parecen necesarios algunos ajustes: “actividad teórica” y “*acción práctica*” hace referencia a que el trabajo pertenece exclusivamente al ser humano”, comparado con arañas y abejas pero ¿...puede decirse lo mismo que ante chimpancés, delfines o cánidos..? Asimismo, refrendamos que en el trabajo humano existe, previo a la ejecución, “idealmente” un resultado, y que hay una “voluntad orientada a un fin que equivale a atención” y también que a menor disfrute del trabajo se hace necesaria mayor atención, y finalmente de “fuerzas físicas y fuerzas espirituales”.

Pero detengámonos en el caso de la comparación humano-arañas/abejas. Todo apunta a que estos insectos desde luego carecen de un sistema neural semejante, en la escala evolutiva, al de los grandes primates y cetáceos y que su comportamiento requiere muy escasamente de aprendizajes para la sobrevivencia. Pero muy diferentes a las arañas y abejas son los casos también de especies orgánicamente más complejas, como cánidos, felinos y hasta algunas aves como loros o cuervos; y no son las únicas. Sin alejarnos demasiado del tema, baste decir que sus diferencias ante humanos no son tan abismales; y más aún, puede decirse que son de grado y que es perfectamente posible afirmar que en futuros evolutivos no sólo pudieran asemejarse sino invertirse.

¿A dónde queremos llegar con estos argumentos?

A un punto muy simple: que la *antecesión* de esta “actividad teórica” o “resultado ideal previo”, así como la “voluntad hacia fines”, no son exclusivamente humanos. Por ende también, con obvias diferencias por ahora (evolutivamente hablando, cabe reiterar) es compartida con las otras especies mencionadas. En palabras sintéticas: también despiegan trabajo.

Pero éste no es el núcleo de lo que aquí es menester asentar, sino que esa actividad teórica antecedente no sólo se compone de “ideas”, sino además de afectos, de sentimientos. Y a ello de manera común solemos referirnos con la simpleza de llamarles “emociones”.

En suma: no hay acto ejecutorio alguno que ocurra sin el acompañamiento de ingrediente afectivo y además obviamente de la ideación; todo ser humano en

cada acto es una amalgama de cogniciones y afectividad. Esto desde luego echa por tierra el supuesto de que hay quienes actúan “visceralmente” y en contraste, quienes son “racionales”.

Así, hablar del acto volitivo significa hablar de la amalgama de cogniciones y afectividad, y la ejecución hacia el objeto de transformación. Algo que por ahora queda un tanto al margen es que mencionar el acto volitivo alcanza también para hablar de las decisiones que quien trabaja adopta para ejecutar su tarea; ello a su vez implica referir a las actitudes y por ende a su vez hablar de grado y tipo de satisfacción respecto a la ejecución. Ocasión habrá de volver sobre ello.

2. ¿QUÉ ES EL TRABAJO?

Desde los pretéritos primitivos el ser humano se ha visto en la necesidad de satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, habitación y vestimenta, que lo obligó a amplia gama de actividades que implicaban tomar directamente de la naturaleza insumos básicos que debían ser transformados para extraer de ellos materia para el consumo de sus colectividades; es así que surgen la recolección de frutos y hierbas, la caza de animales y la transformación de los entornos naturales con miras a su adaptación a necesidades de protección ante los climas y depredadores; ello fue la base de la aparición del trabajo.

Así, el trabajo es la actividad que ocupa la mayor parte de la existencia humana, desde los inicios de lo que llamamos civilización como tal, hasta nuestros días. Desde luego suscribimos la afirmación de que el trabajo transformó a las manadas de monos antropoides en los primeros homínidos, y posteriormente en el autodenominado *homo sapiens*. Aquel manuscrito incompleto de Engels (1979) escrito en el siglo XIX, deja constancia de lo anterior, identificando a la mano humana como la primera herramienta con la que el hombre transforma la naturaleza, transformándose y creándose a sí mismo mediante el trabajo.

El trabajo productivo es el proceso mediante el que la humanidad transforma la realidad y se encuentra a sí mismo en su producto. El trabajo permitió al ser humano salir de aislamiento, confirmar la convivencia colectiva en los inicios de su

existencia y transformarse en la especie predominantemente cultural que ocupa el planeta. A partir de entonces el trabajo ha sido el principal motor de subsistencia humana y a la vez actividad en torno a la que se estructura el tiempo vital, en que se expresa su poder de creatividad y expansión como especie, en el que identifica su personalidad como creador y especie que genera riqueza para sí mismo y para los demás. El trabajo obedece a necesidades de carácter individual y general, constituyéndose en elemento que genera seguridad, desarrollo y garantías compartidas.

Un elemento constante en toda la historia han sido los intereses antagónicos de agrupamientos que han conformado la sociedad, desde la esclavitud hasta la percepción de salarios que sólo satisfacen necesidades básicas para la subsistencia, muestra elocuente de ello es que, a la fecha, sólo la cuarta parte de la población mundial que trabaja, cuenta con empleo estable (OIT Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo, 2015).

El trabajo, desde que la humanidad pasó de ser cazadora-recolectora a la sedentariedad, se convirtió en actividad productora de riqueza y excedentes, y codicia de los sectores dominantes de cada etapa histórica.

Agreguemos que la actividad praxica, siendo consciente, es susceptible de dividir la acción teórica de la práctica, es decir, que unos planeen y otros sólo ejecuten lo planeado; tal división desde luego tiene un carácter histórico; esto es el núcleo de la compra y venta de fuerza de trabajo en el capitalismo, se constituye entonces la clase sustancial de trabajadores asalariados.

3. HISTORIA DEL TRABAJO, UN BREVE BOSQUEJO INTRODUCTORIO

El uso de herramientas expandió la transformación de los elementos naturales y generó excedentes de producción, lo que auspició la división entre quienes trabajaran y quienes administraran y adueñaran de los excedentes.

A partir de que las comunales se constituyeron en sectores divididos por las formas de realizar y administrarlo, el trabajo devino crecientemente en una actividad

forzada y peligrosa para la integridad humana: para quienes la realizan exponen sus estructuras orgánica y mental a riesgos múltiples, lo que a su vez inciden en enfermedades y alteraciones diversas, de las que morir no está excluido.

En los inicios de civilización el trabajo fue realizado bajo formas de esclavitud: Mesopotamia, Egipto, China, India, fueron ejemplos de trabajo esclavizado. Quienes contaran con mayor cantidad de esclavos eran los poderosos. Las principales actividades laborales fueron la agricultura, la cerámica, artesanía y la metalurgia. La única posibilidad de los esclavos para librarse del trabajo que realizaban durante casi 18 a 20 horas al día y los abusos de los amos, era fugándose o morir. La conocida revuelta organizada por Espartaco en los años 70 AC, implicó la rebelión de casi 10,000 gladiadores y 70,000 esclavos.

Durante el Medievo, la formas de realización del trabajo muy escasamente se transformaron; continuaron siendo fundamentalmente agrícola y artesanal, mientras que la estructura societal sí es escenario de cambios políticos, religiosos y estéticos. La monarquía y la iglesia se constituyeron en los estratos dominantes, mientras que vasallos y siervos, a cargo del trabajo, no se les consideraba esclavos, no obstante que realizaban pesadas tareas agrícolas; son los campesinos o jornaleros, que trabajaban la tierra para el feudal durante prolongadas jornadas, similares a los esclavos, con la diferencia de no pertenecer a los señores feudales, además poseían una pequeña porción de tierra, que también debían trabajar para manutención personal y familiar.

Surgieron además los talleres, en que trabajaban los artesanos y sus familias, talleres también propiedad de los señores feudales, cuyos beneficios eran propiedad de monarcas, clérigos y señores feudales. Pero entre los siglos XIV y XVI los campesinos se rebelan para cambiar su condición servil, e implantar derechos políticos como personas y también modificaciones de índole laboral.

Los artesanos emprenden organizarse en gremios y corporaciones, con los que se reivindican derechos como el descanso y las posibilidades de ascenso societal, entonces el trabajo empieza a adquirir valorización positiva, en tanto actividad que permite el progreso individual.

Es hasta la aparición del colonialismo, con los cambios económicos derivados de la conquista de nuevos territorios, que surge la división internacional del trabajo y expande el comercio a escala mundial, y la intensiva extracción de las riquezas de los territorios conquistados.

En el plano estético, político y religioso aparece el protestantismo, con Martín Lutero al frente, lo que confronta el poder del clero despótico y propietario de bienes cuantiosos. La gran revolución burguesa en Francia representa el cambio más expansivo de la época contemporánea, abriendo camino al ascenso de la burguesía como clase dominante.

Fenómeno convergente fue la migración de enormes conjuntos de campesinos a las ciudades, en las que se iniciaba la producción industrial; ello desembocó en la naciente clase obrera, cuyo crecimiento fue catalizado por la llamada revolución de las máquinas, modificando drásticamente las condiciones en que los hombres producían la riqueza y satisfacían sus necesidades.

Convertidos en trabajadores industriales y habitantes de las nacientes ciudades, sin más pertenencias que su propia fuerza de trabajo, se constituyen en la clase trabajadora industrial: el proletariado, que realiza su actividad en fábricas, bajo funcionamiento de maquinaria y produciendo lo que propiamente son llamadas “mercancías”, es decir, productos para los mercados local, nacional e internacionales.

Esta conversión del campesinado en proletariado industrial fue en buena medida forzada, mediante la expulsión de campesinos y el abandono relativo de las actividades agrícolas y ganaderas, algo semejante a la conversión de artesanos en trabajadores industriales. La escasa cantidad de campesinos y artesanos que aún se mantuvieron, vieron disminuir notoriamente su producción. Muy en contraste con la impetuosa expansión de la actividad industrial, con la introducción de la tecnología energética y la subsecuente producción en serie, ello circunscribió mujeres embarazadas y niños, que trabajaban al unísono de los hombres, pero recibiendo pago siempre menor.

Los trabajadores industriales dejaron de producir sus propios alimentos y vestimenta, y fueron orillados a adquirirlos como mercancías y con el salario conseguido en las fábricas; las jornadas laborales se mantenían durante 15 a 18 horas diarias.

La aparición de los primeros sindicatos a fines del siglo XVIII representó la posibilidad obrera de organizarse ante las devastantes condiciones de trabajo del capitalismo naciente. Sus principales demandas consistieron en salarios justos, mejores condiciones de trabajo, reducción de la jornada laboral a 8 horas, eliminación del trabajo infantil, consideración sobre la maternidad y trabajadoras, solución al desempleo y opciones para el retiro laboral por vejez.

El descontento obrero organizado desde los nacientes sindicatos se expresó de maneras variadas: desde la destrucción de maquinaria (el luddismo); al calzado que utilizaban algunos trabajadores se les llamaba suecos (sabot), de donde proviene la palabra sabotaje, dado que destruían las máquinas con ellos; la reducción en tiempos de producción (tortuguismo), peticiones a congreso (el llamado “cartismo”), hasta el estallido de huelgas, generando versiones revolucionarias de inconformidad cuya convicción era que el proletariado es el genuino generador de riqueza y a la vez el objeto de abuso y explotación por los propietarios de los medios de producción; ello impulsó, en Europa, un impetuoso movimiento obrero internacional.

Engels, en 1845, describió con elocuencia las condiciones de vida y trabajo del proletariado en el temprano capitalismo inglés y, no obstante, poco más de un siglo y medio después, la descripción mantiene vigencia para el capitalismo de finales del siglo XX e inicios del XXI:

He vivido bastante tiempo entre vosotros, de modo que estoy bien informado de vuestras condiciones de vida; he prestado la mayor atención a fin de conocerlas bien; he estudiado los diferentes documentos, oficiales y no oficiales, que me ha sido posible obtener; este procedimiento no me ha satisfecho enteramente; no es solamente un conocimiento abstracto de mi asunto lo que me importaba, yo quería veros en vuestros hogares, observaros en vuestra existencia cotidiana, hablaros de vuestras condiciones de vida y de vuestros sufrimientos, ser testigo de vuestras luchas

contra el poder social y político de vuestros opresores. He aquí cómo he procedido: he renunciado a la sociedad y a los banquetes, al vino y al champán de la clase media, he consagrado mis horas de ocio casi exclusivamente al trato con simples obreros; me siento a la vez contento y orgulloso de haber obrado de esa manera (Engels, 1984).

A diferencia de los economistas de su época no sólo comentaba cifras, gráficas, estimaciones, costes o índices como la renta per cápita; en contraste, señalaba lo que ocurría a las personas, lo que padecían en sus circunstancias del día a día, fenómenos como la migración del campo a la ciudad: de la apacible vida campesina, a la agitada y miserable vida obrera en las ciudades, y desde luego el desempleo y la generación de cuantiosos ejércitos de reserva para el trabajo industrial.

Reflexiones como ésta significaron en su momento formas diferentes de atención sobre los trabajadores, no sólo por sus ingresos o condición económica, sino además por sus condiciones de vida y trabajo, en especial sobre la integridad de su existencia. Habrá que abundar sobre el tema páginas adelante.

Pero el desarrollo de la capacidad productiva industrial, basada en el avance tecnológico, ha hecho necesario un número decreciente de trabajo vivo; con la consabida consecuencia del despido de cantidades crecientes de trabajadores. Ello generó un hecho no menos inquietante: para mantener el trabajo éstos debían trabajar cada vez más horas y a menor salario relativo; por su parte el trabajo agrícola de campesinos aislados empezó a ser totalmente superado e insuficiente para dar sustento a las grandes masas, forzando a su vez búsqueda de empleo en las ciudades a cambio a cambio de pagos crecientemente baratos.

En términos escuetos: en vez de disminuir la jornada laboral, ésta terminó siendo más alta y extenuante, auspiciando el aumento de la miseria. El mercado libre, desde mediados del siglo XX fue intervenido y regulado, con límites en ingresos mínimos y duración de la jornada laboral.

Esto tendría que ocurrir de forma pacífica, impuesta por una legislación en aras de protección del bien común, pero no ha sido así; el estado, órgano global regulador de toda sociedad, bajo predominancia capitalista, es decir, bajo dominio de manos

privadas, no destina su operación al bien genérico sino común al servicio de las minorías de la acumulación de capital.

4. DE LA HISTORIA BIMILENARIA; MEDICINA Y TRABAJO

Un análisis etimológico del término “trabajo” en diferentes idiomas nos revela que su contenido varía de idioma en idioma. Las más de las veces y particularmente en las lenguas primitivas, el término significa al mismo tiempo una acción de esfuerzo, de molestia. La palabra “arapait” del alto alemán antiguo quiere decir “fatiga”, y el mismo significado tiene el vocablo francés “travail”. Pero este doble significado tienen además la palabra latina “labor”, la griega “Kovos” y la eslava “robot”.

¿De dónde proviene nuestro verbo trabajar? El latín dice “laborare” que se convirtió en el español labrar, conservado sobre todo para el trabajo de la tierra y para algunas labores de cierta dignidad (también se usan los derivados cultos *elaborar*, *colaborar*); en casi todos los casos ha sido sustituido por trabajar. En latín, al menos en el latín del siglo VI, se llamaba *trepalium* a un instrumento de tortura formado por tres palos, al que se sometía a los condenados, esclavos, y gladiadores. Del sustantivo se formó el verbo tripaliare con el sentido de someter a alguien al trepalium y luego, en general, torturar, atormentar. De allí proviene el francés *travailler*, el italiano *travagliare*, y el español *trabajar*.

Todavía hoy en francés travail es también la máquina o el potro con que se sujetan los caballos o los bueyes para herrarlos u operarlos. En italiano *travagliare* es sinónimo de *fatigare* y los dos involucran esfuerzo y dolor. La misma voz latina labor significaba originalmente carga y luego trabajo, sufrimiento, esfuerzo, fatiga, castigo (Székely, 1946).

En función de tales apreciaciones subestimativas sobre el trabajo y vigentes hasta nuestros días, es entendible la despreocupación milenaria sobre las integridades orgánica y mental de quienes han ejecutado el trabajo, máxime si ni siquiera eran considerados propiamente dicho como seres humanos íntegros y más aún cuando se trataba del trabajo de esclavos, a quienes no se les consideraba ni siquiera

en el nivel de las mascotas mimadas por los poderosos. A ello agreguemos el menosprecio por la vida misma, algo vigente hasta el siglo XVIII, lo que también nos explica por qué lo masivamente cruento de las guerras y el asesinato, incuestionados ingredientes de la cultura. Asombra reconocer que apenas después de los años cuarenta del siglo XX se instauran restricciones internacionales a la agresividad aniquilante bajo forma de genocidio.

Ahora bien, respecto al sentido degradatorio que el concepto *trabajo* porta aún, cabe mencionar que, en contraste con una creencia o suposición muy común, el principal propósito de la existencia de los campos de concentración alemanes en tiempos de la Segunda Guerra Mundial bajo la siniestra y cáustica ironía del *Arbeit macht frei* “el trabajo os hará libres”, no fue torturar o desaparecer judíos, anticomunistas y razas estigmatizadas por los nazis como “inferiores”; no: la finalidad principal fue extraer de ellos cuotas intensivas de trabajo gratuito, forzado, esclavizado.

5. TAYLORISMO FORDISMO Y LA ESCUELA DE ELTON MAYO

Pero el modo en que el capital organiza el trabajo desde inicios del siglo XX ha contado con tres importantes contribuciones desde la tecnología aplicada al comportamiento humano: la llamada “Administración Científica del Trabajo”, el Fordismo y el denominado modelo “De las Relaciones Humanas”.

Desde luego eso ha sido posible fragmentando lo que hemos denominado actividad práxica, es decir, escindiendo, en tanto modo de realización del trabajo industrial, la actividad teórica respecto de la actividad práctica; la concepción o planeación del trabajo, respecto de su ejecución.

De especial importancia es señalar que ello ha requerido actuar no sólo sobre el pensar de quienes realizan el trabajo, sino además crecientemente sobre su sintonía: las dimensiones o propiedades afectivas.

Esta expropiación histórica de la destreza y cognición, que abarca la intencionalidad del acto volitivo, es decir, el gusto por el trabajo, la satisfacción por ejecutar decisiones (parciales o totales) personalmente adoptadas, es lo que equivale a la

preciada persecución empresarial por conseguir de los empleados las consabidas “motivación” y “satisfacción” para, por y hacia el trabajo.

En particular, este camino recorrido por el capital para lograr la enajenación de la actividad subjetiva o consciente dentro de la industria y la preparación del terreno donde florece la maleza de la patología industrial, ha pasado por dos de los tres momentos mencionados: el primero, la expropiación del conocimiento obrero sobre la realización de su trabajo, con la “Administración Científica” de F.W. Taylor, a fines del siglo XIX e inicios del XX; y el segundo, la expropiación de la afectividad y convencialidad hacia la realización del trabajo, con los archifamosos estudios de las “Relaciones Humanas” hechos a fines de los 20 por Elton Mayo y colaboradores en Hawthorne, Estados Unidos de América.

Y cabe subrayar que a la par del avance de esa doble expropiación, corrió paralelo un sostenido desinterés por atender la integridad de quienes realizaban o ejecutaban el trabajo, nada distinto de lo que prevaleció desde los primeros homínidos pues, como quedó mencionado líneas atrás, ello explica –aunque nunca justifica- el casi nulo aprecio hacia la vida misma a lo largo de nuestra historia como especie, que cambió culturalmente desde el siglo XVIII.

Merced a ello, es entendible lo cruento de las guerras y el asesinato masivo, ingredientes de la cultura a los que la revolución francesa, al proclamar los derechos humanos, impuso un freno parcialmente exitoso.

Pero no sería sino, paradójicamente, hasta la hecatombe de la bomba atómica, epílogo de la 2da Guerra, y con la instauración de la Organización Mundial de la Salud, que se implantó la preocupación mundial por la salud y la integridad de la vida humana, lo que alentó el interés generalizado sobre los daños al trabajador a expensas del trabajo fabril, del trabajo alienado.

Pero es prudente señalar que, no obstante esa cultura milenaria por la aniquilación de los otros, sin embargo hubo iniciativas aisladas y esporádicas de protección, algo semejante a lo que ocurrió con inventos e iniciativas tecnológicas en otros muchos ámbitos sociales, por ejemplo las múltiples inventivas de Miguel Angel o

los inventos de la China de hace 4,500 años (Pauwels y Bergier, 1971) que no alcanzaron estatuto de generalización.

Respecto al fenómeno de la *alienación*, lo primero por tener en cuenta es que, siguiendo las reflexiones y propuestas de Schaff (1979), no obstante algunas modificaciones, se define, de un modo global y apegado al lenguaje filosófico, como una forma degradada de vivir, una forma de existencia sujeta, cercenante; significa que los seres humanos, a lo largo de nuestra historia nos hemos hecho dependientes de aquello que hemos producido, es decir, lo creado por la humanidad controla a su creador. Es la dependencia del actuar y pensar humanos ante lo creado por los seres humanos mismos. Puede hablarse indistintamente de alienación o enajenación, y conceptos como *fetichismo*, *reificación* y *cosificación* son formas particulares en que se ésta se expresa.

Como es obvio, a lo largo del desarrollo de las civilizaciones la humanidad ha construido maneras de convivir mediante el trabajo, la religión, el arte, las leyes y la ciencia y aunque la finalidad de estas maneras de vida convivencial consiste en mejorar la existencia, los productos creados por la humanidad han llegado a adquirir un carácter autónomo, ejerciendo control sobre ella.

Así, la alienación podemos entenderla constituida por dos grandes dimensiones: la **objetual** y la **sujetual**.

En el caso de la alienación **objetual** se trata de cómo los objetos controlan a la humanidad; sean cosas, instituciones o sistemas de ideas, sin importar si nos demos cuenta de ello o no.

El caso de la alienación **sujetual**, consiste en cómo los seres humanos, en consecuencia, mostramos actitudes y/o comportamientos de rechazo y/o indiferencia, ya sea ante personas, ante los objetos creados, instituciones, ideologías, religiones, organizaciones u objetos, es decir se enajena nuestro propio yo, ante el mundo culturalmente construido. Lo que en este caso se enajena son los sentimientos, vivencias y actitudes del ser humano, en pocas palabras: la actividad genérica. A tales actitudes de indiferencia, rechazo o alejamiento, les precede (en términos

histórico/genéricos) la **alienación por los objetos** u **objetual** que, como hemos planteado, consiste en el control que ejercen los productos humanos sobre los seres humanos mismos.

En particular, la que Schaff llama “alienación subjetiva” y que hemos preferido denominar **de los sujetos**, o **alienación sujetual**, es susceptible de verse como tema abordable por la psicología y otras ciencias sociales. Eso incluye enfocar la alienación de la mentalidad, de la conciencia, pensamiento o subjetividad, si bien condicionado por las obligadas redefiniciones de algunos conceptos principales, como también expandir la investigación empírica, no sólo filosófica, bajo condición de esquivar excesos empiristas.

El punto de partida, cabe insistir, radica en reconocer que el ser humano atiene sus acciones a la mezcla de normatividades y prescripciones que constituyen su **culturalidad** o ámbitos de **lo social**, es decir, como señalamos en los primeros renglones, la amalgama de lo económico, lo político, lo ideológico, lo ético, lo estético y lo gnóstico. Esta mezcla de condicionantes es predominante, pero no exclusivamente humana; pero abundar sobre ello no es materia de estas páginas.

Ciertamente que apoyados en las propuestas previas podemos decir sin titubeos que los seres humanos de la sociedad capitalista hemos sucumbido tanto a las redes de la alienación objetual como de la sujetual. Cuestión rápidamente ejemplificable si acudimos a los casos del tráfico automovilístico, la función de la moda en la vestimenta, la del dinero como medida de “valía” entre hombres y mujeres, así como el caso de la ingesta excesiva de alcohol y psicofármacos, entre una infinidad más.

Pero un caso en especial ilustrativo es el trabajo asalariado, el que se escenifica en los centros laborales, sobre todo en los grandes establecimientos empresariales y con altos grados de tecnlogización; todo individuo que labora en tales empresas --lo cual abarca también los enormes negocios comerciales y de servicios-- debe ajustar tanto sus acciones músculo-esqueléticas, como las intelectuales y afectivas, al funcionamiento de la maquinaria y sistemas administrativos *ad hoc* y cuya planeación procura incrementar la extracción de ganancia.

odo aquél que trabaja en espacios donde existe una intervención mayor o menor de maquinaria o sistemas administrativos tecnologicados, le son enajenados o expropiados los productos de su trabajo, pero también la forma en que los crea. Es decir, enajenados le son tanto sus creaciones como el proceso para producirlas: su hacer, su saber y su sentir.

Ambas formas de alienación pueden provocar tanto enfermedades profesionales como trastornos de la subjetividad y además ser un determinante de accidentes laborales, en especial asociado a fenómenos como el estrés o lo que en las dos décadas recientes se denomina “burnout”.

Ahora bien, el trabajo intelectual (o predominantemente intelectual) como el del supervisor, ingeniero, adiestrador, administrador, cajero, mecanógrafa o la recepcionista, no está a salvo de la enajenación, como a simple vista pudiera suponerse. Esta afirmación cobra sentido una vez que observamos, al interior de la empresa moderna, tres grandes porciones de la división técnica laboral: a) la de ejecución o predominantemente corporal, músculo-esquelética, b) la de supervisión y/o control, cuyas funciones son predominantemente de vigilancia, y c) de concepción o planeación del proceso y los pasos en que se divide.

Es necesario reconocer que, a pesar de que el trabajo de supervisión y el de planeación son ambos característicamente intelectuales, eso no significa que estén al margen del trabajo de ejecución, ya que tanto el trabajo de supervisión como el de planeación a su vez están subdivididos en predominantemente manual y predominantemente intelectual. Por eso un ingeniero, un contador, un abogado, un capataz, un adiestrador o cualquier otro especialista (actividades en apariencia susceptibles de ser practicadas de manera autónoma), están también expuestos a ejercer su función en la empresa, bajo disposiciones planeadas y supervisadas en un departamento o sección separada y ad hoc, quedando a ellos sólo la misión de ejecutar directrices o planes previamente confeccionados y sin su participación.

A medida que la empresa de servicios se expande, el papel de las dimensiones cognitivas y afectivas se ha convertido en materia de novedosas formas de alienación; algo que tenuemente es notorio en las formas de atención obligadamente

afables del personal bancario o en cajas de los grandes centros comerciales, oficinas hacendarias gubernamentales y los llamados “call centers”.

Puede, por tanto, afirmarse que con el taylorismo se inició la alienación sujetual del conocimiento sobre los modos de realizar la labor; y correspondientemente, con las propuestas de Mayo, tuvo lugar la alienación del gusto por la realización del trabajo, es decir, la enajenación de la afectividad o satisfacción por el trabajo, y la convivencialidad asociada a ello.

Ambas pueden ser fuentes de expropiación de la salud, cuyos esclarecimientos empíricos y epidemiológicos constituyen, desde luego, un vasto campo de investigación a todas las ciencias que abordan la salud. Ahora bien, cabe mencionar que es una exageración homologar a la enfermedad como un tipo o expresión de la alienación; lo que sí puede afirmarse es que la alienación es condición precedente o asociada a una enorme variedad de alteraciones tanto orgánicas como también de la subjetividad.

Por supuesto que tales formas en que la enajenación sucede dentro de la empresa capitalista se alza en una premisa cardinal: el principio del cálculo racional, respecto al que George Lukács (1969) señalaba:

...en primer lugar, la computabilidad del proceso del trabajo exige una ruptura con la unidad del objeto mismo, que es orgánicoirracional y está siempre cualitativamente determinada. La racionalización en el sentido de un cálculo previo y cada vez más exacto de todos los resultados que hay que alcanzar, no puede conseguirse más que mediante una descomposición muy detallada de cada complejo en sus elementos, mediante la investigación de la leyes parciales de su producción. Por lo tanto, tiene que romper con la producción orgánica de productos enteros, basada en la combinación tradicional de procedimientos empíricos de trabajo: la racionalización es inimaginable sin la especialización. Así desaparece el producto unitario como objeto del proceso de trabajo. El proceso se convierte en una conexión objetiva de sistemas parciales racionalizados, cuya unidad está determinada de un modo puramente calculístico y los cuales, por lo tanto, tienen que presentarse como recíprocamente causales. La descomposición racional calculística del proceso de trabajo aniquila la necesidad

orgánica de las operaciones parciales referidas las unas a las otras y vinculadas en unidad en el producto (...) En segundo lugar, esa descomposición del objeto de la producción significa al mismo tiempo y necesariamente el desgarramiento de su sujeto. A consecuencia de la racionalización del proceso de trabajo las propiedades y las peculiaridades humanas del trabajador se presentan cada vez más como meras fuentes de error respecto al funcionamiento racional y previamente calculado de esas leyes parciales abstractas. Ni objetivamente ni en su comportamiento respecto del proceso del trabajo aparece ya el hombre como verdadero portador de éste, sino que queda inserto, como parte mecanizada, en un sistema mecánico con el que se encuentra como algo ya completo y que funciona con plena independencia de él, y a cuyas leyes tiene que someterse sin voluntad. Esta carencia de voluntad se agudiza aún más por el hecho de que con la racionalización y la mecanización crecientes del proceso de trabajo la actividad del trabajador va perdiendo cada vez más intensamente su carácter mismo de actividad, para convertirse paulatinamente en una actitud contemplativa pp. 129 y 310.

En palabras simples: el principio metodológico nuclear del pensamiento y comportamiento empresariales consiste en la fragmentación, la separación, el disgregamiento de la unidad de los hechos (cosas, actividades y fenómenos) y más aún: la autonomización de sus partes. Este recurso metodológico ha alcanzado también a los saberes profesionales, científicos y tecnológicos; es por eso que a cierto tipo de científico, no le interesa (o le importa muy poco) cuanto se investigue, publique o haga en diferentes campos del saber.

El llamado Modelo Médico Hegemónico (**MMH**) o **modelo medicalista** proviene de una inercia cuyos inicios se remontan al avance de la biología dentro del trabajo médico durante los siglos XVIII a fines del XIX.

Ese papel ganado por la medicina en especial desde la segunda mitad del siglo XVIII, significó un enorme avance ante el predominio medieval escolástico mágico religioso, y también ante la virtual inexistencia de ramas del saber propias de las ciencias de lo específicamente humano.

Sin embargo, pese a que en la actualidad el MMH es un paradigma que explica e interviene insuficientemente sobre los perfiles epidemiológicos contemporáneos

de morbimortalidad, es indiscutible que, desde fines del siglo XIX, fue un avance colosal, cabe reiterarlo, respecto a las creencias escolásticas, oscurantistas y mágicas sobre las alteraciones de la integridad vivencial, tanto orgánica como mental y relacional; desde entonces el concepto de enfermedad reemplazó ventajosa y venturosamente categorizaciones metafísicas como “posesión demoniaca” o “azote-castigo de Dios”, aplicadas a las anomalías orgánicas, convivenciales o mentales de las personas. Y desde luego no dejan de asombrar los prodigiosos descubrimientos e intervención que sobre el funcionamiento del cuerpo humano ha logrado la medicina desde entonces; si bien la mayoría de sus aportes están muy alejados del beneficio para las franjas poblacionales trabajadoras. Duele recordar que, no obstante lo asombroso y prodigioso del avance de la medicina, bajo el paradigma alopático del MMH, ni en cantidad ni en cualidad cuenta hoy con la cobertura conceptual y profesional para satisfacer las dimensiones de aspiraciones como “salud para toda la humanidad”.

Cabe subrayar que el concepto de salud con el que nos manejamos hoy, emergió de ese estallido organicista; es un producto del modelo organicista-medicalista.

De manera conexas y en particular desde el siglo XVIII las alteraciones del comportamiento y la mentalidad dejaron de conceptualizarse como posesiones demoniacas o castigos divinos (el marco interpretativo desde inicios del Medievo) y a partir de entonces, desde la visión de la naciente psiquiatría científica, las alteraciones pasaron a ser consideradas como “locura” o “enfermedades mentales”, lo que significó también un formidable salto hacia adelante auspiciando que la mentalidad y comportamiento alterados dejaran de ser tema de conjuros mágicos, supersticiosos, de hechiceros y sobrenaturales, y con eso pasaran a convertirse en un asunto casi exclusivamente de índole orgánica o de naturaleza alterada (Foucault, 1985 y Colodrón, 1983).

Es decir, cabe subrayar que el alejamiento frente a conceptos y paradigma medicalistas no significa un alejamiento ante el saber médico, porque no todo médico es medicalista; del mismo modo que no todo psiquiatra es psiquiatrista, no todo biólogo es biólogo y tampoco todo psicólogo es psicólogo y mucho menos aún “psicoanalista”.

No se pretende aquí enjuiciar a la medicina como profesión y muchísimo menos el sojuzgamiento de los médicos como individuos; ello por una doble razón: por un lado, existen ya especialistas del análisis del trabajo médico (la mayoría de los cuales son precisamente médicos) que sí plantean elementos críticos (e incluso de enjuiciamiento) dotados de un amplio dominio conceptual y empírico sobre la medicina como conjunto de ciencias y como profesión: y por otro, porque la temática de la salud requiere, hoy más que nunca, de elementos de análisis y de acción adyacentes, concurrentes y además distintos de las ciencias naturales o duras como la biología, la física y la química.

Cabe añadir además que los preceptos más rígidos de la medicina han estado sometidos, desde hace poco más de cuatro décadas, a una severa y ampliada revisión crítica tanto dentro como fuera de ella (Breilh, 1986; Breilh y Granda, 1980; Gorz, 1982; Ilich, 1975, Laurell, 1975; Laurell, 1982; Menéndez, 1978; Navarro, 1977; Navarro, 1980; Timio, 1979; Waitzkin y Waterman, 1981; PérezTamayo, 1981; Berliner, 1976; Caro, 1977 y Jores, 1979).

De modo que, en particular, cuando hablamos de **medicalismo**, nos referimos a un paradigma *teórico-interventorio* engendrado y alimentado, desde dentro de la profesión médica, que ha pasado a generalizarse como modelo tanto interpretativo como *interventorio* en una enorme cantidad de otras ciencias y profesiones.

Por cierto, decir **medicalismo** no se reduce, como ocasionalmente se entiende, al caso de usar frecuentemente medicamentos, si bien una de las características del MMH es precisamente el uso intensivo o indiscriminado de medicamentos.

Agreguemos que el MMH hunde sus raíces teórico-metodológicas en un privilegiamiento de lo orgánico por sobre la marginación o subordinación de lo social. El paradigma se conoce también como modelo biomédico, modelo médico hegemónico, modelo medicalista, naturalismo médico o modelo biólogo que, al margen de la denominación preferida, es la base en que se alza además el modelo psiquiatra.

Al respecto, Laurell planteaba décadas ha:

Las repercusiones que pudieran tener nuevos avances de la ciencia para cambiar las condiciones colectivas de salud son muy limitadas ya que las principales causas de la enfermedad y muerte son problemas que no presentan incógnitas a la medicina.

Por otro lado, cabe mencionar que una cosa es buscar etiologías de padecimientos en individuos, y otra muy distinta es buscar patrones colectivos de morbimortalidad. Lo primero no alcanza a visualizar los horizontes de lo segundo. Ello corresponde a los modelos clásicos tanto el de la “triada ecológica” de Leavell y Clark como a otros como el “multicausal” de McMahan, frente a un enfoque como el denominado “medicina social”. Pero en complemento, tampoco puede prescindirse del saber médico, del conocimiento al menos básico de las estructuras orgánico-corporales de la existencia, si se persigue explicar y actuar sobre los determinantes de la degradación de la integridad orgánica, relacional y mental de los seres humanos y, como es el interés central de estas páginas, del socavamiento de quienes despliegan su vida a expensas de su trabajo.

En la medida que la intervención auspiciada por el MMH se ha concentrado no en la prevención o atención primaria, sino en la restauración de la salud, en curar, y en busca de causas únicas, en tal perfil ha prosperado la industria químico farmacéutica, cuyo filón de oro ha consistido predominantemente en la eliminación de sintomatologías, ya que la empresa médica es abrumadoramente curativa, de índole terapéutica.

Más todavía: este desarrollo postdaño, de marcada tendencia terapéutica del saber médico, ha marchado sobre sólidas bases de investigación clínicoexperimental; pero a la vez sobre frágiles y soslayadas bases investigativas epidemiológicosociales y mucho menos aún, preventivas, anticipatorias de los daños a la salud.

De paso cabe decir que tal modelo se ha acompañado de una estructuración hospitalaria del quehacer médico regida por una división calculista de las actividades para la salud, muy en consonancia con sistemas eficientistas provenientes del taylorismo, generalizados desde los años veinte dentro de la profesión médica e importados desde los esquemas de control del tiempo obrero en las empresas hegemónicas.

Pero agreguemos que el **medicalismo** tuvo entre sus principales impulsores al célebre “Informe Flexner” que alcanzó la luz en 1910 y fue inmediatamente implantado en los universos médicos de EU y Canadá. Sus directrices explican, insistamos, no sólo el formidable avance de la práctica médica, sino además sus limitaciones actuales.

Asimismo también el informe de Abraham Flexner obtuvo impulso e inspiración en la ya para entonces célebre propuesta del eficientismo cientificista de la “organización científica del trabajo” de Taylor, descrita en la primera parte de este trabajo.

Acerquémonos a unos cuantos puntos de alto impacto del Informe:

El apoyo de la AMA (Asociación Médica Americana) al Informe Flexner puede ser visto como un intento de atraer y mantener la hegemonía ideológica sobre los otros sectores de la medicina que existían aún con amplitud. En suma, el papel de la AMA en la implantación de las recomendaciones del Informe fue solidificar la alianza entre la clase capitalista y la AMA y establecer así el dominio del investigador por sobre el practicante.

La implantación de las recomendaciones flexnerianas condujo a ciertos cambios en la medicina. Sobrevino una limitante a la composición de clases de la práctica médica al restringir la entrada al campo a sólo aquellos individuos que contaran con medios para sostener años de estudios preuniversitarios y 4 más de especialización médica (lo cual era esencialmente posible a los estratos superiores de la clase media, generalmente de raza blanca).

Ello resultó en una institucionalización del paradigma de la medicina que incluyó la concepción del cuerpo como una serie de partes inconexas las cuales, juntas, forman al todo; enfatizando además la investigación y la terapia como desajuste de una máquina y su reparación (patología y cura). El hecho de que esta concepción sobre el cuerpo refleje el sistema económico no debe considerarse como accidental, sino que dicha concepción es realmente del interés de los capitalistas industriales.

La medicina científica puede ser vista como: a) una legitimación de la estructura social existente a la luz de la cientificidad prevaleciente en la conciencia social generalizada, y b) para subordinar los medios de reproducción de los sectores productivos de la sociedad (por ejemplo las instituciones de asistencia médica) para la acumulación de capital.

De regreso con el MMH, tal vez su rasgo más distintivo es la aplicación del concepto de enfermedad, de trastornos orgánicos, para hechos no orgánicos, convirtiéndolos de esta manera en un objeto de intervención que, principal o exclusivamente, es asunto de médicos: nos referimos a las adicciones, la delincuencia, la agresividad, o alteraciones mentales, entre otros casos.

Intentemos un ejemplo ilustrativo del emplazamiento medicalista. Pensemos en el etiquetamiento de “alcohólico”: alrededor priva la caracterización hasta ahora no justificada del alcoholismo como un problema de salud, lo cual valida la versión de que el comportamiento y la mentalidad son asunto de la medicina, es decir, como si la adicción al alcohol fuese un asunto orgánico. Desde la perspectiva aquí expuesta el alcoholismo, como forma obsesiva de comportamiento, no es en sí una enfermedad, pues a pesar de que muchos afirman el carácter genético u orgánico de la adicción siguen existiendo dudas sobre tal causalidad. Pero con lo que sí se cuenta es que, en estricto sentido, el verdadero problema **de salud** son sus consecuencias orgánicas: cirrosis, disfunciones neurales o gastrointestinales; éstas son perfectamente tratables desde la óptica orgánica. Pero el comportamiento adictivo mismo no es asunto de órganos, sino de formas cognitivo-afectivas, sean asumidas por el adicto y/o inducidas por la publicidad o el influjo de amigos. Éstas son aristas difícilmente observables desde el prisma medicalista, desde visiones predominantemente organicistas o biologicistas.

Podemos decir que la medicina medicalista no ha sido exitosa para contener la adicción al alcohol, que existan “terapias” médicas contra la adicción en el alcohol, eso no significa que hayan resuelto el problema; cabe preguntarse ¿Los medicamentos utilizados han hecho retroceder al alcoholismo, clasificado como una entidad epidemiológica? si ha sido así, ¿ha sido exitoso ante la agresividad intrafamiliar? ¿la corrupción? ¿los accidentes y “las violencias”?

Finalmente, en sinopsis, los rasgos definitorios del **medicalismo** son los siguientes:

a) biologismo, b) concepción teórica evolucionista-positivista, c) ahistoricidad, d) asocialidad, e) individualismo, f) eficacia pragmática, g) la salud-enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos), h) orientación básicamente curativa, i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, j) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, k) relación médico-paciente asimétrica, l) relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica), m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado, n) el paciente como responsable de su enfermedad, o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores de acciones de salud”, p) producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del saber médico, q) prevención no estructural, r) no legitimación científica de otras áreas, s) profesionalización formalizada, t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, u) tendencia a la medicalización de los problemas, v) tendencia inductora al consumismo médico, w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica (Menéndez, 1990, p. 87).

Hace muchos años un especialista médico, de indiscutido reconocimiento, externó al respecto, una noble e ilustrativa reflexión autocrítica:

El desiderátum de la Medicina no es encontrar el tratamiento adecuado para todas las enfermedades, sino las medidas eficaces para evitarlas. La Medicina debe ser la ciencia de preservar la salud, no de curar enfermedades. Nuestra actividad central debería ser la profilaxis, no la terapéutica. La inversión del orden lógico y natural de nuestras actividades, que son principalmente terapéuticas y no profilácticas, se justifica generalmente con razones históricas y tradicionales, y con argumentos de necesidad de acción frente a la realidad (...) Nuestra terapéutica es curativa y no preventiva, nuestra Medicina está orientada al tratamiento de los hechos consumados, en vez de dirigirse a evitar que estos hechos ocurran, por una simple razón: porque somos unos ignorantes, porque no sabemos lo suficiente para actuar

de otra manera. La ignorancia nunca debe aceptarse como justificación de un hecho o de un estado de cosas... (Pérez-Tamayo, 1981, pp. 85-86).

Esa valoración conduce a los consecuentes tratamientos recomendados por los especialistas para tratar las anormalidades ya que, al etiquetar o diagnosticar a un paciente, con ello necesariamente se busca modificar, “arreglar”, “curar” o refuncionalizar, ya sea la relacionalidad, la mentalidad o el funcionamiento orgánico alterado.

A su vez, esto se aunó a la visión médica basada en una clasificación de lo orgánico anómalo, en tres grandes rubros: la anatomía, la fisiología y la bioquímica (Jores, 1979).

Finalmente, se puede decir que todo ello contribuyó a que la medicina, como profesión científica consolidada, al ocuparse de afecciones en el mundo laboral, se orientó a la eliminación de sintomatología y a readaptar al trabajador enfermo a sus ritmos laborales cotidianos. Pero aún esto último fue sólo parcialmente cumplido, debido a que la medicina denominada “ocupacional” se inició como una rama de la medicina forense destinada a evaluar los tipos de riesgos y daños en las empresas, así como el monto de compensaciones o indemnizaciones, en pocas palabras: contribuir al interés de empresarios industriales.

Respecto a los ámbitos del vínculo psicología-trabajo, puede plantearse que siendo el trabajo asalariado una de las formas más evidentes de la alienación del hombre del los últimos 400 años, en tanto una forma de alienación **objetual**; por ende todo aquello que sucede en el psiquismo de las personas que trabajan bajo sistemas de organización cada vez más planificados y automatizados, constituye un conjunto de estados ideacionales y anímicos que pueden estudiarse y explicarse como expuestos a un proceso creciente y profundizable de enajenación en y por el trabajo, y un aspecto de ello es la enajenación de las dimensiones afectivo/ideacionales, esto es: la actividad subjetiva alienada.

En tal sentido, propuestas como “inyectar” enriquecimiento de la tarea, o imbuir satisfacción y motivación por el trabajo, o procedimientos semejantes, son acciones remediales desde la óptica de la enajenación de la subjetividad.

El largo camino andado por el capital para alcanzar la enajenación dentro de la industria y hacia el conjunto de la vida social, tanto en los planos orgánicos como en los de la actividad subjetiva o conciente tuvo por ariete, desde fines del siglo XVIII y hasta las primeras tres décadas del XX, como hemos señalado, la implantación tecnológica del vapor y la electricidad; un impetuoso ariete trifronte:

- a) La alienación del milenario conocimiento de los artesanos sobre la realización de su trabajo, con los procedimientos de la llamada administración “científica” del Trabajo de F.W. Taylor, a fines del siglo XIX/ inicios del XX;
- b) Una segunda, con la adopción de bandas y cadenas en la operación fabril, expropiando con ello los modos empresariales de hacer, y
- c) Una tercera con la enajenación de la convivencialidad y afectividad hacia la realización del trabajo, conseguido desde los archifamosos hallazgos y propuestas de las “Relaciones Humanas” realizados a fines de los 20 por Elton Mayo y colaboradores en Hawtorne, Estados Unidos de América.

Fue ese siglo y medio un punto de inflexión decisivo en la construcción de una novedosa modalidad civilizatoria que no sólo creaba riqueza incremental, sino además construyó expansivas formas de existencia de la humanidad.

Taylorismo, Fordismo y la Escuela de las Relaciones Humanas rompen con el trabajo artesanal tradicional milenario, concentrándolo en los núcleos gerencial-administrativos empresariales, engendrando con ello un trabajo crecientemente alienado cuya base es la pérdida del “monopolio” obrero, tanto de su saber (y sentir), del control de procedimientos, como también de sus tiempos de producción.

Se inició además en aquellos tiempos el control empresarial de la vida sindical, tradición en cierto modo propio de los trabajadores inmigrados de Europa.

Si bien el Fordismo, junto a la Escuela de las Relaciones Humanas fueron parte del auspicio del *welfare state*, estado de bienestar o keynesianismo, ello se desvaneció desde los años 80 con la irradiación de la globalización neoliberal y el derrumbe

del socialismo soviético “realmente existente”, lo que a su vez abrió una época más incisiva de relaciones trabajador-empresario mediante la ampliación y profundización del control de tiempo/ejecución del trabajo, y a merced de los avances tecnológicos de la microelectrónica, la ingeniería genética y la digitalización, mencionados.

En América Latina, en particular desde la 2da Guerra en algunos países tuvo lugar la llamada sustitución de importaciones, o importación de máquinas para fabricar máquinas, que propulsó tanto un despegue industrial como formas novedosas de dependencia económico/política ante el bloque norteamericano.

5.1. TAYLORISMO

Frederick Winslow Taylor fue un personaje cardinal para entender la revolución laboral del siglo XX, ingeniero mecánico y economista; a los 22 años observó con detenimiento el trabajo en la industria acerera y tras ello estudió la asociación entre tiempos de ejecución y remuneración del trabajo, que le condujo a perfilar sus célebres propuestas para estandarizar “científicamente” el trabajo y con ello tratar el trabajo vivo de manera mecánicamente funcional.

De complexión frágil desde adolescente y además de vista deficiente, se dedicó a estudiar mejoras del rendimiento corporal que sus contemporáneos jóvenes despilfarraban al jugar. Su prioridad fue la medición del esfuerzo, lugar y movimientos, para incrementar eficiencia tanto deportiva como, sobre todo, laboral.

Relata Braverman a este respecto:

...Taylor fue un ejemplo exagerado de personalidad obsesivo-compulsiva: desde su juventud contaba sus pasos, medía el tiempo para sus variadas actividades y analizaba sus movimientos en busca de la “eficiencia” (...) estos rasgos lo dotaron perfectamente para su papel de profeta de una moderna administración capitalista, dado que lo que es neurótico en el individuo, en el capitalismo es normal y socialmente deseable para el funcionamiento de la sociedad (Braverman, 1987, p.113).

Cuando profesionalista, sabía que sus propuestas para organizar la ejecución del trabajo eran leoninas y por ello se sabía detestado por los trabajadores. Creó la

Taylor Society que continuó la propagación de sus procedimientos, muchos años después de su muerte. En opinión de J.C.Neffa, Taylor sostenía:

La prosperidad es la finalidad del trabajo de la dirección y de los asalariados, pero sólo será posible si se elimina la tendencia al ocio y a la vagancia sistemática (Neffa, 1990, p. 109).

El entorno global de sus propuestas fue la mezcla entre avance tecnológico de las nuevas máquinas abastecidas por electricidad e hidrocarburos, medios de transporte más veloces, y la búsqueda afanosa del abaratamiento de costos.

Taylor realizó primariamente un estudio para eliminar los movimientos inútiles del obrero y establecer por medio de cronómetros el tiempo necesario para realizar cada tarea específica. Este procedimiento fue llamado “organización científica” del trabajo. Sus primeras recomendaciones consistieron en la imposición de una disciplina muy severa y en una mayor fragmentación del trabajo

Su sistema fue exitoso en disminuir los costos de producción por el acorte del pago de salarios; las empresas incluso llegaron a pagar menos dinero por cada pieza para un desempeño obrero de mayor rapidez. Para que este sistema funcionara eficientemente era imprescindible la supervisión de los trabajadores, lo que originó la emergencia de este grupo especial de empleados.

La organización del trabajo taylorista transformó a la industria en varios sentidos:

- a) Aumento de la destreza del obrero a través de la especialización y el conocimiento técnico.
- b) Mayor control de tiempo en la planta, lo que significó mayor acumulación de capital
- c) Idea inicial del individualismo técnico y la mecanización del desempeño.
- d) Estudio “científico” de movimientos y tiempo productivo.

Con ello quedaban atrás irreversiblemente los tiempos ancestrales en que el artesano podía decidir cuánto tiempo dedicaba a producir una pieza y según su propio criterio de calidad. Desde el taylorismo, ritmo de trabajo y control del tiempo de las tareas del trabajador quedaron sujetos al ritmo de la competencia en el mercado.

Cabe subrayar que Taylor se preocupó por el efecto del ruido en la productividad, aunque no por los daños ni en la estructura orgánica ni psiconeural de los trabajadores, sino sólo cómo entorpecía su productividad.

La denominación misma del procedimiento de Frederic Winslow Taylor como “administración científica” del trabajo, subrayando la medición exhaustiva de micro actividad y microtiempos, es muestra elocuente de cómo el lenguaje físicista impregnaba a la intelectualidad de finales del siglo XIX y principios del XX; algo muy semejante sucedería, cuatro décadas después, con la denominación “factores psicosociales” del trabajo.

5.2. FORDISMO

Como todo mundo reconoce, un momento decisivo en la implantación de la organización capitalista del trabajo fue la incorporación del modelo llamado fordista, término referido a la producción en cadena implantado por Henry Ford, un prototípico empresario de automóviles norteamericano (quien produjo el célebre *modelo T*). Este sistema creó la cadena de montaje, maquinaria especializada y emplazó un número elevado de trabajadores con altos salarios.

Ello tuvo lugar en la segunda década del siglo XX y su aplicación, en especial a la industria automotriz, obró como un poderoso pivote para generalizarlo en los sistemas de trabajo de todo el mundo.

Su rasgo esencial fue la incorporación del sistema de trabajar en torno a una cinta transportadora de las partes que integrarían una mercancía finalizada, es decir: la aplicación de cadenas y bandas:

El elemento clave de la nueva organización del trabajo fue la banda o cadena conductora sin fin sobre la que los carros por ensamblar eran transportados deteniéndose en puestos fijos donde los obreros ejecutaban operaciones simples conforme pasaban (...) enero de 1914 con la inauguración de la primera cadena sin fin para el ensamblaje final en la planta Ford de Highland Park en los siguientes tres meses, el tiempo de ensamblaje del modelo T había sido reducido a una 10ª parte del tiempo que se necesitaba antes y para 1925 había sido creada una organización que producía casi tantos carros en un sólo día como los que habían sido producidos, al principio de la historia del Modelo T, en un año entero (Braverman, 1987, p. 177).

Asimismo plantea Neffa:

Contrariamente a la opinión corriente, Henry Ford no fue el creador de la idea de la cinta transportadora. El mecánico William Klann fue quien le presentó la idea luego de haber visitado detenidamente los mataderos y frigoríficos de Chicago donde las reses de los animales sacrificados se desplazaban utilizando la fuerza de gravedad, ya sea enteras, suspendidas de un "trolley" con ganchos colgados de roldanas giratoria, o en partes, colocadas sobre una suerte de planos inclinados, o toboganes (Neffa, 1990, p. 250).

Ford no fue un académico, no fue un ingeniero, sino un mecánico exgranjero con un ingenio formidable para armar máquinas, hacerlas funcionar, y una certera visión empresarial.

Ford es ejemplo típico del norteamericano pujante y emprendedor de fines del siglo XIX e inicios del XX. En cierto modo los académicos, particularmente ingenieros, no eran bien vistos por él si no se ensuciaban las manos en los talleres, por ello los temas financieros y de gestión administrativa no le interesaron mayor cosa, y los realizó de manera más bien casera. Paradójicamente fue antiracista y detestaba la subestimación contra los desheredados, abriendo las puertas de sus fábricas para trabajar.

Haciendo de lado la principal tónica de Ford respecto a que lo prioritario era producir en masa para generar un aumento del consumo, implanta la idea de que el obrero

especializado pertenece a un status superior al proletario promedio y fomenta la expansión de los sectores medios del entonces naciente modelo norteamericano o *american way of life*; fue no sólo la irrupción de un modelo de producción industrial sino, sobre todo, de un modelo cultural aunado al taylorismo y poco después de la Escuela de las Relaciones Humanas de Elton Mayo.

El impacto del despliegue ampliado de la producción automotriz impulsó el aumento de las metrópolis, las vías de transporte y posteriormente la tecnología doméstica con televisores, refrigeradores, lavadoras, aspiradoras y un sinfín de máquinas para facilitar el trabajo.

En suma, entre los principales rasgos del fordismo, en tanto un sistema de producción en serie pueden mencionarse:

- a) Segmentación del trabajo
- b) Acentuación del control de los tiempos productivos del obrero
- c) Reducción de costos e incremento de circulación de las mercancías

5.3. ESCUELA DE LAS RELACIONES HUMANAS DE ELTON MAYO

Al sociólogo y psicólogo australiano laboral George Elton Mayo, especialista organizacional, se debe la aparición de un modelo gerencial conocido como “Relaciones Humanas” o “escuela humanística de administración”, en parte asentadas en las propuestas del sociólogo Wilfredo Pareto.

Cabe subrayar que tanto Mayo como Taylor (y un conjunto numeroso de especialistas en sociología y administración predominantemente norteamericanos) construyeron sus propuestas en el marco del *fisicalismo*, es decir de la física como prototipo de ciencia.

Recordemos que los dos grandes descubrimientos convertidos en tecnología productiva; la neumática y la electricidad, fueron ariete precisamente del avance

de la física y que no obstante los formidables aportes de la química y la biología, no impusieron, como la física, un ambiente prototípico de cientificidad, aunque sí como constituyentes de las llamadas ciencias “duras” o “exactas”, vigentes aún en nuestros días. Sin pretensión de abundar, cabe decir que el *fisicalismo* fue expresión refinada del empirismo que arrancó con el Renacimiento, desde el que los aspectos mentales (“espirituales” suele llamárseles aún) fueron relegados a los ámbitos de la ideología y hasta del pensamiento metafísico, como a fines del siglo XIX planteara E. Durkheim, uno de los artífices de las ciencias sociales.

La contribución de Mayo, para quien el ser humano no era una máquina, en contraste con Taylor, consistió en mostrar que la cooperación del trabajador es crucial para incrementar producción y crecimiento empresarial. No sólo pugnaba porque los trabajadores fueran escuchados y tomados en cuenta por la gerencia sino, desde ésta, administrar la interacción entre ellos y desde luego también incidir sobre sus aspectos afectivos, tanto colectiva como individualmente.

Originalmente estudió medicina y poco después filosofía y psicología graduándose con honores en 1926. Fue docente en filosofía de la mente y filosofía moral.

A los 40 años, como profesor de investigación industrial, acuñó el concepto de “factor humano” y desde entonces focalizó las dimensiones afectivo/sentimentales vinculadas al desempeño laboral.

Hacia 1923, en Filadelfia, Mayo realizó un estudio en una fábrica textil introduciendo pausas de descanso y permitiendo a los obreros decidir tiempos de detener el funcionamiento de las máquinas; ello desembocó en solidaridad de grupo, incremento productivo y disminución de rotación impuesta.

Su famosa intervención fueron los estudios en Chicago de 1927 a 1932 sobre el comportamiento llamados Hawthorne Studies en la Western Electric Co. que fabricaba equipos y componentes telefónicos. Mayo y colaboradores subrayaron la incidencia profesional gerencial sobre lo afectivo y también sobre costos y eficiencia de directivos.

En aquellos tiempos, desde 1924 se estudiaba en EU la correlación entre rendimiento obrero e iluminación en áreas de trabajo y se encontraron vínculos con estados psíquicos, ambiente convivencial o relaciones humanas y desde luego con luminosidad.

Mayo midió en secreto el desempeño de cada trabajador durante dos semanas; eligió un grupo experimental bajo cargas y horario habituales y estos trabajadores recibieron mejoras salariales. En consecuencia se establecieron pausas de descanso matutinas y vespertinas, y se implantó la semana de cinco días con sábado y domingo libres.

Entre los hallazgos de Elton Mayo más conocidos son mencionables:

- a) La productividad personal obedece en mayor medida a las normas convivenciales y expectativas de los trabajadores.
- b) El desempeño individual está sujeto al grupo al que pertenece.
- c) Los trabajadores cuyo desempeño puntúa por sobre del promedio o notoriamente por debajo, pierden el reconocimiento de sus pares.
- d) El desempeño obrero pende más de las condiciones informales, y en apariencia espontáneas, que de las formalidades de la empresa, es decir, de las reglas comportamentales, recompensas y reprobación relacional, sus expectativas y creencias colectivas.
- e) Deben cuidarse los aspectos y decisiones de empleados para intervenir en las “relaciones humanas”.

En una sinóptica síntesis de las propuestas de Mayo, puede decirse que abarcaban tres rubros:

- a) *el hombre es un “animal social”*,

- b) *la rígida jerarquía de la subordinación y la formalización de los procesos de organización son incompatibles con la naturaleza del hombre, y*
- c) *la solución del problema de los hombres es cosa de los empresarios* (Gvishiani, 1976, p. 253).

Las propuestas sociológico/psicológicas de Mayo puede decirse que son uno de los principales cimientos de la psicología industrial, laboral, o del trabajo de nuestros días, no obstante que Mayo no era propiamente un profesional de la psicología. Después y junto con él desde los años veinte, un nutrido grupo de celebres psicólogos laborales contribuyeron a desplegar sus propuestas bajo el manto de la “psicología organizacional”, entre ellos Fritz Roethlisberger, Rensis Likert, Frederick Herzberg, Douglas McGregor, Harold Leavitt y otros más contemporáneos como Peter Drucker y Warren Bennis.

En realidad Mayo encabezó la crítica al fiscalismo despiadado de Taylor, propagando una manera suavizada de ejercer la explotación del trabajador, entendido como máquina corporal estandarizable desde las gerencias empresariales. A esa manera despiadada o «deshumanizada», contrapuso su modelo «humanizante» o «humanista»: la sociología de la relaciones de producción. Sin embargo, hubo antes las propuestas de Mary Follet, filósofa formada en ciencias políticas y administración, quien sostenía que la gerencia debía considerar la participación del trabajador en las decisiones.

Ahora bien, no debe subestimarse que Mayo coincidió con Taylor en proponer un modelo funcional para la perspectiva gerencial empresarial administrativista, es decir, acrecentar la productividad de quienes ejecutan el trabajo; sus diferencias con Taylor fueron sólo de grado; Mayo insistió en volver más «amigable» el control gerencial/administrativo del trabajo.

Subrayemos que, desde la perspectiva de estas páginas, hablar de «deshumanización» es un nombre superficial de un fenómeno de implicaciones y significados más profundos: **la alienación**.

En suma, las propuestas de Mayo son: a mayor interacción convivencial, mayor capacidad productiva y que al autoreconocimiento del trabajador “sintiéndose bien”, corresponde mayor nivel de su productividad.

Concluamos que mecanismos como adecuar la iluminación, ajustar los períodos de descanso, reducir la jornada y sistemas de incentivos, fueron menos eficaces para incrementar la productividad, comparado con otros como atender e incidir sobre la llamada “moral” de los empleados, las interacciones satisfactorias entre grupos de trabajo y una administración capaz de “comprender” el comportamiento grupal. En ello consiste desde entonces el llamado “efecto Hawthorne”.

6. LOS INICIOS DE LA SALUD EN EL TRABAJO

Las diferentes concepciones sobre el trabajo y el breve recorrido sobre su historia, constituyen la plataforma para enfocar ahora el tema central de estas páginas: *la salud en el trabajo*.

Concebida de manera colectiva como estado existencial ser humano, la salud, de la misma manera que el trabajo, tiene un carácter histórico-social, de modo que el análisis de su condición a lo largo de la historia se desarrolla a la par de la historia misma del trabajo. Este es el eje de revisión y análisis que se pretende aquí, adelantando que con seguridad habrá de ser completado, desde conceptualizaciones diversas sobre el tema y en particular desde la mirada de la *psicología del trabajo*.

Como se ha mencionado, el trabajo es la actividad central de la existencia humana y por tanto se constituye en el principal elemento que determina la forma en que viven los colectivos humanos a partir de su inserción en la producción de bienes que satisfagan necesidades.

El interés por la salud en el trabajo es antiquísimo, a pesar de que la mayoría de los estudiosos del tema la ubican a partir del Tratado del médico italiano Bernardino Ramazzini, *De Morbis Artificum Diatriba*, en 1700. Un recorrido por la historia humana, nos precisa que datan antecedentes muy anteriores.

Ortiz Quezada, médico de profesión, proporciona información acerca del interés por la historia de la salud, aunque más inclinado a hablar de su contraparte, la enfermedad. Aquí un ejemplo breve:

*Desde la aparición del hombre sobre la Tierra, la enfermedad ha sido una constante en el proceso de vida y muerte, el fin de la existencia. No bien nacemos cuando ya comenzamos a morir; las dolencias circundan la vida, afirmación corroborada por estudios de fósiles de animales prehistóricos, que dan testimonio de los diversos padecimientos sufridos por ellos desde antes de que apareciera nuestra especie. Las fracturas, que eran comunes, revelan, en algunos casos, los efectos de alguna infección. La artritis –hoy conocida como gota de las cavernas- afectó a dinosaurios y osos. Las caries dentales representaron un problema tanto en el Paleolítico como en el Neolítico, y se han descrito algunas lesiones neoplásicas en los huesos del *Phitecanthropus erectus* (Ortiz, 2004, p. 5).*

Esta cita nos deja claro que la enfermedad ha acompañado a las especies de nuestro planeta desde su aparición, sin que los seres humanos sean excepción.

Pasando por el homo erectus, los neandertal y el cro-magnon, hasta los primeros homo sapiens-sapiens, enfermedad y muerte han causado temor haciendo que las primeras interpretaciones sobre la pérdida de la salud estuvieran asociadas a explicaciones mágico-supersticiosas, como menciona Ortiz (2004):

Lo hominal preparó lo humano y el hombre al evolucionar lleno de asombro, temor y respeto, bosquejó la naturaleza en las paredes de las cavernas, en lo que hoy llamamos arte primitivo (las primeras esculturas zoomorfas revelan el culto a los animales: dios jaguar, dios águila, dios lobo). No es de extrañar que la forma en que los primeros médicos trataron las dolencias proviniera más del instinto animal que de una forma lógica de explicarla: lamerse las heridas, chupar la picadura de un animal ponzoñoso, ingerir bebidas eméticas, presionar una parte dolorida, usar el calor y el frío para mejorar un malestar, aplicar lodo a la piel irritada (...) Enfermedad y muerte provocaron un miedo irracional; el alma de los animales penetró el alma del hombre. Nuestros ancestros suponían que los demonios de un cadáver se apoderaban de

los vivos para hacerles daño; con el fin de protegerse buscaron conjurar el terror mediante súplicas, hechizos, prohibiciones y evasiones; los muertos habitaban la imaginería de aquellos pueblos (...) Sólo el brujo, el sacerdote y el hombre médico, que atendían el cuerpo y el alma mediante oraciones y conjuros, lograban mitigar los males. Para hablar con honestidad es ese consuelo lo que procuramos los médicos en muchas ocasiones: alivio, más que curación.

Ello precisa la asociación de fenómenos naturales como la muerte y enfermedad a elementos de superstición y miedo, de allí el porqué las explicaciones naturalistas surgidas posteriormente representaron un considerable avance en la concepción científica de la salud y enfermedad, sobre todo relacionadas con la actividad laboral.

Aparecieron personajes dentro de esos colectivos, quienes se dedicaban a la atención y curación de aquellas lesiones ocurridas en sus labores y aparecen así los primeros cuidados médicos, con el uso de hierbas y otros remedios.

Las distintas formas de actividad humana, a la vez que contribuyeron a transformar al hombre de las cavernas en científico de hoy y el técnico del siglo XX, representan a menudo elementos de peso en la generación de accidentes y enfermedades, asociados con materiales, herramientas y equipos empleados en el trabajo, o bien por los productos y subproductos elaborados. El hombre primitivo lo aprendió en la práctica: al principio vió disminuida su capacidad productiva por los accidentes propios de la caza y la pesca, después, al hacerse minero, metalúrgico y artesano, padeció las primeras enfermedades producidas por su trabajo.

Terminando el Medievo el italiano Bernardino Ramazzini (1633-1714), considerado el fundador de la medicina del trabajo, realizó estudios rigurosos sobre epidemiología. Publicó en 1700 el primer libro sobre salud ocupacional describiendo enfermedades que afectaban a los trabajadores de los numerosos oficios conocidos hasta ese entonces. Ramazzini, asumiendo que su ciencia era eminentemente cultural, señaló: *la medicina del trabajo no se estudia en los consultorios, sino en los lugares de trabajo* y la medicina misma debe contribuir al bienestar de los trabajadores y vigilar, en la medida de lo posible, que estos cumplan sus obligaciones sin sufrir daño.

Como mencionamos, el siglo XVIII fue una época de profundos avances tecnológicos, que dieron nacimiento a la revolución industrial; la patente otorgada a James Watt en 1781 para la máquina de vapor de movimiento relatorio, y la invención en 1785 de un regulador automático de velocidad, (usado aun en la actualidad) permitieron a la humanidad, por primera vez en la historia, disponer de una fuente de energía controlable, barata y abundante, independizándolo de las llamadas naturales, como la energía cinética de las corrientes de agua y eólicas, de alta dificultad de control, y de la energía humana y animales, desde entonces de escaso rendimiento.

El éxito de la invención quedó demostrado al instalarse, sólo en Inglaterra, unas 500 máquinas de vapor en apenas 17 años, entre 1783 y 1800.

La organización de las primeras industrias originó novedosas condiciones de trabajo; en talleres oscuros y contaminados por el polvo, el humo, los gases y vapores producidos por los procesos de elaboración, se amontonaba a hombres, mujeres y niños, en jornadas de 12 y más horas diarias. Los salarios alcanzaban apenas para adquirir los alimentos y ropa indispensables. Los accidentes y enfermedades de trabajo diezaban a los grupos laborales, cuyo promedio de vida sobrepasaba apenas los 30 años: el aunque incipiente pero expansivo desarrollo económico y su carencia de especialización, los hacía de fácil reemplazo.

A consecuencia de ello la medicina reconoció la aparición de enfermedades hasta entonces desconocidas y mayor incidencia de padecimientos hasta entonces raros.

La primera guerra mundial (1914-1918), con la introducción de numerosas sustancias químicas peligrosas y la necesidad de construir y reparar los armamentos, el vestuario y los alimentos que precisaba un ejército que se comenzaban a mecanizar, trajo como consecuencia que se concediera importancia especial a las fuerzas laborales que, aunque alejadas de los frentes de batalla, podrían significar un aporte decisivo a la victoria o la derrota. Se comenzaron a desarrollar los primeros intentos científicos de proteger a los trabajadores, se analizaron las enfermedades que aquejaban, se estudiaron las condiciones ambientales y se revisó la distribución y diseño de la maquinaria y del equipo, con el objeto de prevenir y evitar los accidentes y enfermedades de trabajo y las incapacidades consecuentes. Este despliegue

continuó en el periodo de entreguerras, y alcanzó su mayor auge en el transcurso de la segunda.

Es en el siglo XIX que aparecieron los avances en salud laboral, originando los inicios de normatividad en salud laboral, lo que se consolidó hasta mediados del siglo XX con la introducción de programas de prevención de riesgos laborales y de promoción a la salud de los trabajadores.

En Latinoamérica, los movimientos sociales iniciados alrededor de los años 20 hicieron surgir los primeros intentos de protección a los trabajadores, aunque existían ya en algunos países disposiciones al respecto, aunque con escasas bases técnicas. A partir de 1947, los programas de apoyo norteamericano auspician la creación de servicios de salud ocupacional en países como Perú, Chile, Bolivia, Colombia y Venezuela. Entre los acontecimientos a destacar figura el Instituto de Salud Ocupacional en Perú y en junio de 1963 el Instituto de Higiene del Trabajo y Contaminación Atmosférica de Chile.

1. LOS ANTECEDENTES EN EL MUNDO

En toda obra de todo autor que hace referencia al estudio de la salud en el trabajo aparece el reconocimiento a Bernardino Ramazzini como el padre de la medicina del trabajo.

Aunque nunca será escatimable reconocer que fue el primer especialista en hacer una sistematización rigurosa de este vasto campo del conocimiento en el siglo XVII y pudiera parecer una obra temprana sobre el asunto, no obstante existe evidencia de que existieron personajes que, de una u otra manera, mostraron una preocupación sobre cómo es que el trabajo, en cualquiera de las actividades englobadas en este amplio concepto, ha afectado la salud de los individuos que lo ejecutan.

Un primer referente de cómo la actividad realizada generaba consecuencias en la salud de quien la efectuara, se encuentra en restos fósiles de mujeres del período mesolítico con rastros de artritis y artrosis, debido a que a ellas correspondía moler los granos sobre lozas de piedra, para lo que debían inclinarse realizando el trabajo con un canto rodado (Gargantilla, 2014).

Se puede suponer con cierto grado de certeza que el trabajo en el sentido que se entiende en la actualidad surgió en la época neolítica o nueva edad de piedra, o también conocida como la edad de bronce, momento de la historia en que nacieron las antiguas civilizaciones de Mesopotamia, la India, China y Egipto, aproximadamente hace 10,000 años con la agricultura.

Ello significó revolucionar la producción de alimentos, al pasar de la caza a la agricultura y, junto con ello, la construcción de las primeras grandes ciudades alrededor de 8,000 años atrás. La decisiva innovación técnica del empleo de metales

como el cobre y el bronce, condujo al surgimiento de actividades como la extracción, fundición y forja, lo que a su vez implicó el desarrollo de actividades que hasta el momento no habían sido desarrollados por ninguna cultura previa, de lo cual se deriva que es en ese momento cuando surgen de un modo no visto hasta entonces las enfermedades y accidentes cuyo origen está en el trabajo mismo (Bernal, 1981).

Por otra parte, a lo largo de la historia han aparecido y desaparecido enfermedades que en muchas de las ocasiones resquebrajaron las estructuras y la organización de las sociedades y que de una u otra manera cambiaron el rumbo de la especie humana, ante esto, es obligado considerar cuánto y cuán diverso ha sido el influjo del trabajo en el devenir histórico.

Una primera aclaración necesaria, aun cuando pudieran parecer obvios algunos planteamientos, es que el trabajo no ha significado lo mismo para distintas culturas y en diferentes momentos de la historia humana. En no pocas sociedades antiguas el trabajo y la libertad eran espacios de la vida social completamente antagónicos. Ilustrativo el caso de los antiguos egipcios, persas, lidios y tracios que mostraban un marcado desprecio hacia los trabajadores de los oficios; en Egipto el trabajo era considerado una actividad denigrante y se encontraba prohibido para los ciudadanos. Así, se estableció que el trabajo manual era inferior al intelectual; dentro del primero se encontraban la herrería, la metalurgia, la carpintería, el tejido y la pesca, considerados trabajos manuales violentos, y en contraste el trabajo de escribano era un trabajo respetado, como originalmente también la artesanía, hasta que se transformó en una actividad degradada por encomendarla a los hombres libres que competían con los esclavos al realizarla.

Como fue mencionado líneas antes, el lenguaje mismo representaba esta marcada distinción, de modo que en la antigua Grecia, con el uso de la palabra *labor* se designaban tanto fatiga, esfuerzo, sufrimiento y desgracia, y con tal vocablo se hacía referencia a actividades que se suponía eran comunes a los hombres y a los animales.

En tanto, con la palabra *faber* se designaba al ingenioso o artesano, por lo que con ella se aludía al trabajo específicamente humano, actividad que se realizaba a partir

de una técnica específica o un saber. Aristóteles hizo también esta distinción y al término *labor* le designaba con la palabra *pónos*, con lo que denotaba la ejecución de una actividad difícil asociada al dolor, la angustia y la infelicidad; mientras que *érgon* para él equivalía al trabajo que se realizaba para sí mismo o para otros de manera voluntaria, lo que implicaba una carga en beneficio mutuo.

Por su parte en la Roma imperial existió una forma distintiva para referirse a las actividades humanas entre las que destacan el concepto *otium*, que significaba tiempo y acción de descanso del cuerpo así como recreación del espíritu, y el *nec-otium* (negotium) tiempo y acción de trabajo.

Esta distinción entre actividades creativas y productivas, en sentido positivo y en oposición a las penosas o forzadas, se encuentran también en otras lenguas como la inglesa en que *labour* refiere al primer sentido y *work* al segundo; en italiano *laborare* y *facere*, y en frances *travailler* y *ouvrer* remiten a diferencias respectivas (Hurtado, 2013).

Para el caso particular de las palabras “patrón” y “obrero” en alemán, la primera, *arbeitgeber* significa “ofertador de trabajo” y *arbeitnehmer* quien asume aceptando el trabajo: quien da y quien recibe trabajo, respectivamente.

De acuerdo con López (1973), no se cuenta con documentos que permitan conocer la primera etapa de la historia de la medicina y es menester reconstruir la lucha del ser humano contra las enfermedades a partir de restos humanos y otros materiales fósiles que permitan inferir daños a la salud y acciones emprendidas para combatirlos.

Los más antiguos escritos se encuentran en las culturas arcáicas que crearon la escritura; se conservan registros de las culturas mesopotámica y egipcia, pero eso no permite afirmar que fueron los primeros. El Código de Hammurabi es reconocido como el texto legal más antiguo y aún cuando se fecha entre 2250-1760 a. d. c., se presupone que una gran parte del Código procede de un milenio antes; a pesar de no ser una reglamentación específica sobre asuntos de salud, en él se encuentran regulaciones sobre la situación de los trabajadores. Ese hecho sitúa al papiro de

Smith, de Egipto, como el texto médico más antiguo del que hasta la fecha se tiene conocimiento (López, 1973).

Los registros históricos muestran que en la antigua Mesopotamia existió preocupación de gobernantes imperiales para proteger a los trabajadores, lo que impulsó al gobierno a legislar sobre algunas condiciones de trabajo; a ello contribuyó el que en esta antigua civilización existió el reparto agrario y que la distribución y jerarquización del trabajo se realizaban de acuerdo al trabajo realizado. Allí aparecieron la fabricación de la cerveza, del pan de cebada, los primeros hornos de fabricación de ladrillos, orfebres y forjadores, el uso de hilados, tejidos y teñidos, y el uso común de cueros, madera, vidrio, además de la construcción de embarcaciones; todo ello generaba exposición a una diversidad de agentes químicos, cambios de temperaturas y riesgos mecánicos.

De este período, el gobernante de la ciudad Sumeria de Lagash en los años 2380-2360 a.d.c. decretó Ley de Urukagina, la más antigua de que se tiene conocimiento y en la que, entre otros elementos, abolió abusos de los jefes hacia sus trabajadores, que posiblemente es el primer antecedente de una reforma social desde un gobierno.

Legislaciones posteriores son el código de Ur-Nammu, el más antiguo que permanece hasta nuestros días, fue escrito en tablas, en la lengua sumeria 2100-2050 a.d.c. y el de Lipit-Ishtar, rey de Isin, escrito también en sumerio, que permite identificar la estructura social de esa época con detalle, fechado entre 1934 a 1924 a.d.c. Asimismo, las leyes de Eshunna, 1930 a.d.c. halladas en la ciudad estado mesopotámico en la orilla del río Diyala afluente del Tigris, establecían impuestos a las materias primas y disposiciones legales sobre alquileres, salarios, esclavos y agresión, escritas en acadio y compuestas por dos tabletas marcadas con A y B, escritas de tal manera que se facilitara su memorización.

En el Código de Hammurabi 1760 a.d.c, se establecieron los honorarios por la extirpación de las cataratas, de acuerdo a la destreza del cirujano y, acorde con el espíritu de la ley, si en la intervención se dañaba el ojo del paciente se hacía lo mismo con la mano del cirujano, todo ello resultado de la alta incidencia de cataratas y su

evidente relación con los agentes patógenos. También de esa época se conocen leyes asirias, neobabilónicas e israelitas (Garzas y García, 2005).

En el antiguo Egipto, según el registro escrito en el libro de “La Sátira de los Oficios”, a consecuencia del desarrollo de la agricultura, la caza, la pesca, la ganadería, el comercio y de manera destacada, la arquitectura y los trabajos dedicados a los enterramientos de los muertos, hubo preocupación por el trabajo sucio y duro de los obreros, se mencionaban la fatiga, las deformaciones físicas, las posturas incómodas, lesiones provocadas por la exposición a la arena y el sol, así como el maltrato de los patrones sobre los trabajadores.

Se sabe que Ramsés II, faraón egipcio proporcionaba las mejores condiciones de trabajo a aquellos que construían su estatua para que al realizarla con gusto ésta resultara más estética; estos mismos obreros eran atendidos si sufrían accidentes de trabajo, lo que presupone inicios de protección contra riesgos profesionales y sus consecuencias en aquellos que ejecutaban la tarea. De esas medidas se responsabilizaban los patrones; surgieron asociaciones religiosas semejantes a cooperativas, para solventar los gastos en la salud de los trabajadores, lo que parece ser el primer sistema de seguros de la antigüedad.

De igual forma, surgieron las primeras explicaciones fundamentadas sobre causas de enfermedades y tratamiento, según se constata en los papiros de Smith, cuyo texto data de casi 5000 años; en ese documento, a pesar de la profunda orientación mágico religiosa de la cultura egipcia, se encuentra la descripción de los métodos clínicos utilizados conteniendo observaciones detalladas de anatomía, fisiología y patología sin recurrir a explicaciones mágico-religiosas. En dicho papiro, junto con el de Ebers y Berlín, se encuentran ideas explicativas sobre causas de enfermedades de trabajo y sus tratamientos.

Un testimonio más, conocido como Papiro de la Huelga de 1166 a.d.c. relata lo que se considera como la primera huelga en la historia de la humanidad, efectuada por trabajadores de la construcción y artesanos, que trabajaban nada menos que en la construcción de la tumba del faraón Ramsés III; se debió a falta de pagos, que en aquellas épocas era en especie, consistiendo en raciones de alimentos,

entregados por los funcionarios del faraón. Tras el logro de las demandas en esa primera ocasión y por los motivos semejantes, se realizaron tres huelgas más.

En obras de la antigua Grecia como La Ilíada o en algunos poemas de Píndaro y Hesíodo, se menciona a Esculapio como un hombre mortal que contaba con grandes recursos para curar a los guerreros heridos, y en tiempos de la construcción de la Acrópolis la especialización en los trabajos alcanzó enorme importancia. Platón, en algunos escritos, igual que Jenofonte 450-355 a.d.c. en *Ciropeidia*, establecieron que la práctica de los oficios era mejor repartirlo en faenas (Esqueda y Chiang, 1982); historiador y discípulo de Sócrates (450-355 a.d.c.) en el *Symposium* o *Economicus* menciona que las denominadas “artes mecánicas” implicaban un estigma social y resultaban deshonrosas por dañar al cuerpo y la deformación física repercutía en daños al espíritu, y realizarlo eliminaba el tiempo necesario para cultivar la amistad o desarrollar la ciudadanía; la coexistencia de los trabajadores manuales libres con los esclavos era considerada por este personaje como la ley natural, lo que de alguna manera refleja la marcada división de clases en la Grecia clásica, reconocimiento aún vigente en nuestro días.

Platón propuso en *La República* la creación de mitos religiosos por parte del Estado para hacer creer al pueblo que sus precarias condiciones estaban dictadas por los dioses, por tal razón la medicina de su época no aceptaba la existencia de enfermedades cuyo origen fuera de origen laboral ya que los trabajadores no contaban con la misma calidad de humanos que los ciudadanos libres, en consecuencia, los médicos no debían atender a los esclavos.

Hipócrates *El Grande* nacido en la isla de Cos, mar Egeo (460 a.d.c), fundó una escuela que se caracterizó por separar la medicina de la religión y la magia, eliminando las creencias en las causas sobrenaturales de las enfermedades además de haber logrado darle un sentido de dignidad a la profesión médica y estableciendo el conjunto de norma éticas para el ejercicio profesional del médico. De la escuela hipocrática se tiene conocimiento de una colección de 72 libros conocida como *Corpus Hippocraticum*, de esa vasta obra destaca el tratado “Aires, aguas y lugares”; en este escrito se establecen los factores determinantes de las enfermedades y la importancia del medio ambiente laboral, convivencial y familiar,

en esta obra escribió sobre salubridad, geografía médica, climatología, fisioterapia y argumentó sobre la importancia de los efectos del ejercicio físico en la vida cotidiana y el trabajo. En otra de sus obras hace referencia a las enfermedades de los mineros como el saturnismo, debida a la exposición al plomo, y la anquilostomiasis; asimismo indicaba cómo debía ser la forma de visitar los lugares de trabajo y de identificar y dar a conocer los factores causales de la enfermedad. A este médico griego se le debe el juramento hipocrático y por su influencia sobre la práctica médica es considerado el padre de la medicina (Marcondes, 2009).

Otro personaje importante que cita las enfermedades de los mineros y los curtidores es nada menos que Galeno, 129-130 a.d.c, nacido en Pérgamo, Asia Menor. Estudió medicina con maestros de la localidad y cuando contaba apenas con 17 años, su padre soñó con que su hijo sería médico lo que parece influyó en su elección para la vida; su entusiasmo era tal que se sabe que llegó a enfermar por trabajar en exceso. En su ciudad fungió como cirujano del anfiteatro de los gladiadores durante un período de cuatro años: atendía las heridas recibidas por éstos en las exhibiciones, además de que supervisaba su dieta y su modo de vida; le enorgullecía decir que en todos los casos de atención a heridos, éstos se habían recuperado.

Seguidor de Hipócrates, Galeno aseguraba que el conocimiento médico debería estar basado en una fuerte fundamentación teórica. Es autor de una extensa obra escrita del cual destaca *De Sanitate Tuenda* que en griego se llamó *Hygienia*, disciplina de la cual es considerado el primero en proponerla de manera sistemática, aunque todas las recomendaciones sobre la higiene estaban dirigidas a la aristocracia. También una parte de su obra escrita la dedicó al estudio de las causas, síntomas y distintas formas de la fatiga y aseguraba que la mente se afectaba por los malos hábitos.

Dedicó uno de sus textos a analizar cómo el trabajo perjudica la vida de quienes lo ejecutaban. Su nombre significa “calma”, y su importancia llega a nuestros días pues con su nombre se identifica a los médicos (Sigerist, 2011). Existen testimonios de que Galeno realizó algunas visitas a las minas de sulfato de cobre en Chipre, en donde reconoció los peligros de las “nieblas ácidas” en lugares que los trabajadores realizaban sus actividades sin ropa y con rapidez, para evitar sofocamientos;

hizo también observaciones sobre los curtidores de piel, de bataneros y otros trabajadores. Se sabe que estuvo a punto de asfixiarse en una de las minas de Chipre al aspirar los gases provenientes del agua verdosa de la que se aislaba el vitriolo de cobre (Ganga, 2004).

Regresando a la antigua Grecia, una concepción generalizada en la Grecia antigua consistía en que la vida saludable era posible sólo para la rica aristocracia, cuyos integrantes podían destinar su tiempo al cuidado del cuerpo y los placeres; pero no era así para quienes debían trabajar, en particular los esclavos, a los que se negaba la información que pudiera servirles para asegurar una vida sana.

Sólo se cuenta con una referencia positiva sobre el valor del trabajo en la obra de Hesiodo: *Trabajos y Días*, en la que el trabajo se describe como fundamento de la virtud y aun cuando también estableció la diferencia entre labor y trabajo, la labor para el poeta era consecuencia de la injusticia y la violencia de unos hombres sobre otros para vivir sin tener que trabajar, y lo deshonroso era la inactividad, no el trabajo.

Plinio el Viejo, siglo I d.c., escritor romano y alto funcionario del Imperio, también se ocupó de la salud de mineros por la exposición al plomo y el mercurio y a él se debe la recomendación, pionera en su época, de usar vejigas de animales como si fuesen mascarillas para protegerlos de los polvos y vapores de los metales, lo que se aprecia como uno de los primeros intentos de medidas preventivas ante riesgos de trabajo (Nava, 1994). A Plinio también se le atribuye haber descrito el trabajo de los enfermeros de su época y las patologías asociadas a su actividad.

Durante ese mismo siglo, Diódoro de Sículo, historiador griego, autor de la *Biblioteca Histórica* escrita en 40 volúmenes, describió condiciones de vida de los campesinos y mineros esclavos del mediterráneo, así como el drama de preferir la muerte en vez de continuar con su trabajo, lejanísimo antecedente del emergente síndrome llamado karojisatsu en trabajadores japoneses contemporáneos.

Por su parte, en la Roma imperial, esclavos y prisioneros se confinaban a realizar los trabajos más pesados, especialmente en las minas donde las condiciones de

higiene y seguridad eran especialmente lesivas, aun así, existen testimonios de intentos por crear condiciones justas para esos trabajadores, creando las *Tablas de Ajuste* en las que se exigía a los patrones establecer medidas de seguridad para sus trabajadores. También escritos de Marciel, Juvenal y Lucrecio reseñan la existencia de enfermedades específicas entre los trabajadores y esclavos, particularmente en las minas.

De esa época destaca la rebelión de Espartaco, iniciada en la escuela de gladiadores de Capua contra las condiciones políticas y económicas existentes, no sólo por parte de los esclavos sino además por campesinos y ciudadanos libres empobrecidos, que no contaban con condiciones mínimas para realizar un trabajo digno y una vida con cierto grado de plenitud.

Lucrecio Tito Caro, 99-55 a.d.c., poeta aristócrata latino, autor de *De Rerum Natura* única obra consistente en un poema escrito en 6 libros, informó sobre las condiciones y riesgos a los que se encontraban expuestos los mineros de Scapepsula, Tracia, describiendo los daños que producen las minas de oro y cómo morían pronto al faltarles lo que denominó “todo poder vital” (Ortiz, 1986).

Para el imperio romano la conservación de la salud de los soldados de sus vastos ejércitos, resultaba de importancia crucial, por lo que cada legión romana que estaba constituida por cinco mil soldados, contaba con 24 cirujanos, quienes a su vez manejaban cerca de 200 instrumentos quirúrgicos; estos médicos especializados desarrollaron el uso de torniquetes y ligaduras, la anestesia, y métodos antisépticos (Gargantilla, 2012).

En China, gracias al prodigioso desarrollo de su arsenal técnico, la artesanía alcanzó un elevado nivel artístico, algo semejante al tejido de la seda; pero sobre la práctica médica sólo se cuenta hoy con evidencias del uso de la acupuntura y drogas de extracción vegetal, lamentablemente sin indicios de prácticas particulares para quienes desempeñaban actividades laborales y eran víctimas de su trabajo.

Durante el feudalismo, período histórico caracterizado por un escaso desarrollo tecnológico y una economía rudimentaria y escasamente articulada dentro de

las comunidades fragmentadas no hubo un notorio interés por la relación salud trabajo.

En los siglos XI al XIII, las condiciones de trabajo en la Europa medieval eran pésimas y se reporta que había una despreocupación general sobre el trabajo y sus efectos nocivos en los individuos, sin embargo se sabe que hubo huelgas y se crearon los *gildas* o *hansas* y cofradías que eran asociaciones de los comerciantes que, para ir de pueblo en pueblo, formaban caravanas para protegerse dictando normas para el apoyo mutuo; estas cofradías no se caracterizaban sólo por intereses religiosos, sino además buscaban defender el derecho de producción del gremio y regular los oficios, logrando conseguir facultades para legislar, entre otros asuntos, sobre riesgos en el ejercicio del oficio, lo que sirvió de inspiración para que artesanos y comerciantes empezaran a conformar gremios.

No obstante tales condiciones, sí existió un cierto grado de conocimiento sobre cómo el trabajo podía resultar patógeno para quienes lo realizaban, lo que se evidencia con el ordenamiento del rey de los lombardos; fue Lotario, quien enunció que los daños por accidentes ocurridos a los trabajadores de la construcción debían ser recompensados.

Aún con ello, es de subrayar que para el cristianismo los cuidados del cuerpo eran desdeñados en tanto que lo importante para las ideas de la iglesia, institución que dominaba la vida social de casi toda Europa, las medidas higiénicas, en su calidad de paganas, no podían servir para preservar la salud y sobre todo porque lo que sí era de trascendencia era la exaltación y preservación del alma o espíritu. Se pensaba lo innecesario de dietas o ejercicios, lo imprescindible eran los bautismos (Restrepo, 2002).

Cabe además destacar que para la religión católica el trabajo es un castigo de Dios, por tanto debía ser aceptado tal cual fuese, sin renuencias o inconformidades por quienes lo padecieran o sufrieran.

Por su parte, durante el Renacimiento, a la par que infinidad de innovaciones, se encuentra la fabricación de las nuevas armas de fuego que exigieron cantidades

importantes de metal, lo que amplió la demanda de este material y agotó sus depósitos superficiales haciendo necesarias las excavaciones profundas, lo que a su vez significó el perfeccionamiento de las máquinas, pero también la aparición de nuevos riesgos para la salud, de ahí que es en ese momento que se emprende la escritura de los primeros tratados sobre enfermedades profesionales.

En Europa entre 1413 y 1417, con la aparición de las Ordenanzas de Francia tienen lugar los inicios de un reglamento para mejorar la salud de los trabajadores. En 1473 Ulrich Ellebog publicó un escrito en que describe algunas enfermedades profesionales y síntomas sobre envenenamiento por plomo y mercurio en los mineros, y propuso algunas medidas preventivas para los orfebres.

Del científico alemán, médico y humanista, 1494-1555, considerado el creador de la mineralogía, George Baver, conocido como George Agrícola, se publicó en 1556 *De Re Metallica* obra en que describió algunas enfermedades de los mineros, como afecciones en articulaciones, daños en ojos y pulmones como el asma bronquial, y algunos síntomas del cáncer además de los accidentes que podían sufrir en su actividad; en otra de sus obras *De Animati Bus Subterraneis* profundizó sobre la pésima ventilación existente en la minas.

Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim llamado comúnmente como Paracelso, 1493-1541, médico, alquimista y humanista suizo, en una monografía titulada *De los oficios y enfermedades de la montaña* de 1567, es el primero que escribe sobre las enfermedades de las ocupaciones, y siguiendo las ideas propuestas por George Agrícola, estableció que la tos, la disnea y la caquexia se deben a los vapores y condiciones térmicas dentro de las minas; también describió algunas patologías de los metalurgistas; realizó descripciones sobre silicosis e intoxicaciones por plomo y mercurio; sus observaciones realizadas entre trabajadores de las minas le permitieron escribir lo que algunos consideran el primer tratado sobre enfermedades profesionales y haber sido uno de los pensadores que sentaron las bases de la medicina moderna. Su obra fue publicada 26 años después de su muerte, en 1567. No obstante ser considerado uno de los primeros estudiosos en realizar observaciones sistemáticas sobre la relación salud-trabajo, quien realmente dedicó por completo su profesión médica a la atención de los mineros fue su padre,

a quien desde niño Paracelso ayudaba y por su influencia estudió medicina, y quizá a partir de eso surgió su interés por la salud de los trabajadores.

En el siglo XVII Pasa, Pow, Mathius Libavius, junto con Citio, destacan la importancia del uso de prótesis para corregir o mejora las secuelas de los accidentes sufridos en la actividad laboral.

De esa época destacan las obras escritas de Johann Rudolph Glauber, 1604-1668, descubridor de los usos del sulfato de sosa para purgamientos, así como los efectos terapéuticos del agua mineral; inventor de los hornos destiladores y trabajó además en la industria del vino. Escribió sobre el trabajo de los marinos, mientras que Porcio y Scretta sobre las afecciones de los soldados, y Plemp sobre los abogados.

Para 1665 Walter Pope también se interesó por las enfermedades de los mineros de mercurio y en *Philosophical Transactions* realizó la correlación de la enfermedad en los trabajadores de las fábricas de espejos que utilizaban este metal y también trató sobre la intoxicación masiva por óxido de carbono asociado a la combustión lenta. Por su parte el sacerdote Anastasio Kircher, 1601-1680, en *Mundus Subterraneus* describió la patología de los mineros y las formas de ventilación de las minas.

Por aquellos años ocurrió un hecho que pudiera parecer curioso y que quizá pudiera considerarse como un caso de muerte por el trabajo; el dramaturgo Molière representando en 1673 su *El Enfermo Imaginario*, en la que daba vida a un hipocondriaco, sufrió un ataque agudo de hemoptisis, lo que le llevó a la muerte pocas horas después. Y quizá también el caso de Ludwig Van Beethoven quien, de acuerdo a recientes análisis de necropsia, murió envenenado por la gran cantidad de mercurio que se encontraba en los lápices de la época, que remojaba constantemente con los labios al escribir sus notaciones musicales.

El año de 1700 es un año de suma importancia en la historia del estudio de la salud y su relación con el trabajo, es cuando se publica la obra del médico Italiano Bernardino Ramazzini, 1633-1714, *De Morbis Artificum Diatriba*. Además de médico Ramazzini también se doctoró en filosofía a los 26 años; entre algunas de sus varias aportaciones estableció la necesidad de prevenir las enfermedades por encima de

la cura, y su pensamiento y obra se inscriben en el género de la literatura médica que será reconocida como epidemiológica, señalando la importancia de la medicina pública a partir de la participación directa del Estado.

Aún cuando la obra por la que será reconocido a lo largo de la historia como el padre de la medicina del trabajo se publicó por primera vez en 1700 en latín, la edición definitiva de la obra tal como se conoce hasta nuestros días, se publicó en 1713 y fue hasta 1745 cuando vio la luz por primera vez en italiano. En esta obra seminal se examinan 52 profesiones, artes u oficios y categorías sociales y su relación directa con la tecnología y las condiciones de trabajo observadas directamente por el médico italiano el cual recomienda que el médico debe examinar detenidamente a los trabajadores y preguntar “¿en qué trabaja?” ya que la medicina no se debería estudiar sólo en los consultorios sino en los lugares de trabajo.

También estableció las bases para el desarrollo de la medicina del trabajo mediante dos significativas aportaciones: la investigación de los antecedentes laborales del trabajador, con el objeto de establecer la relación con las alteraciones en la salud y emitir recomendaciones preventivas.

Lo que hace a este personaje sobresalir por encima de todos sus antecesores en el estudio de la salud en el trabajo es el método que utilizó en cada capítulo del tratado, producto de sus observaciones directas en los escenarios en que se desempeñaban las actividades, más aún su método se puede esquematizar de la siguiente manera:

- a) Descripción de la tecnología utilizada en el trabajo.
- b) Examen clínico del trabajador, con la finalidad de verificar los probables efectos del trabajo desarrollado, además de buscarlos en otros trabajadores que hayan desempeñado la misma profesión, arte u oficio y que pertenecieran al mismo estrato social.
- c) Revisión de la literatura y experiencia existente sobre el tema.

- d) Discusión de la terapia o remedios que se aplican a los individuos y al ambiente de trabajo analizados.
- e) Desarrollo de propuestas de normas de comportamiento obligatorias para sustituir comportamientos peligrosos impuestos tanto por la costumbres y particularmente por la injusticia y la codicia sobre la ganancia, producto del ordenamiento social.

De manera que la tecnología, el modo de trabajar y los materiales implicados en el trabajo son apreciados de suma importancia en el estudio de Ramazzini; su vasta contribución se puede considerar el primer tratado sistemático de patología del trabajo, proveyendo además una síntesis entre los problemas estrictamente sanitarios y los de tipo técnico, con la finalidad de evitar o reducir una serie de enfermedades en los trabajadores. Examinó el puesto de trabajo, las sustancias utilizadas, los movimientos, la organización del trabajo y las relaciones económicas que someten al trabajo (Ramazzini, 2000). Su obra es tan importante que sus reflexiones nutrieron las de personajes como Marx y Smith. En virtud de su agudeza como médico del trabajo planteó una pregunta básica para la identificación de las enfermedades de trabajo que, aún en la actualidad, es fundamental para los todos aquellos dedicados al campo: ¿y usted en qué trabaja?.

La importancia de esa pregunta la destaca Farrington de esta manera:

“¿Anunció alguien alguna vez con más agudeza y menos bombolla una innovación revolucionaria? En una sola frase de aspecto inocente caracteriza y supera la ciencia y la práctica médica de dos mil años” (Farrington, 1974, p. 79).

Friederich Hoffman en 1705 en *Dissertation Physico Medica de Metallurgia Morbifera* hizo descripciones sobre la intoxicación por plomo. Samuel Stockhusen en 1656 en el tratado sobre los males provocados por el humo del litargio planteó que el vapor de plomo es el agente productor del cólico saturnino en las minas y en las fundiciones. Otros trabajos y sus efectos en la salud fueron analizados en esa época; Aecio estudio las efeciones de los luchadores, Fernel dio cuenta de una partera que sufrió de úlcera en las manos al atender a una mujer con una enfermedad venérea, Paolo Zacchia reconoció que la industria de la seda estaría

involucrada en la diseminación de la peste a partir de la putrefacción de los gusanos, lo que describió en su obra *Cuestiones médico-legales*, en tanto que Diemerbroeck encontró polvo en las vesículas pulmonares de dos trabajadores que fabricaban lápidas, al realizarles sus respectivas autopsias (Ganga, 2014).

En Idria, localidad de Eslovenia conocida por sus minas de mercurio, desde 1736 se establecieron normas higiénicas como los baños regulares entre los trabajadores y la rotación de los puestos de trabajo, en virtud del conocimiento sobre la intoxicación por mercurio, del mismo modo se implantaron modificaciones técnicas que influyeron en la higiene de los trabajadores, aunque estas acciones se emprendieron con la intención fundamental de disminuir las pérdidas.

En 1752 en las minas españolas de Almadén se fundó el Real Hospital Minero para la atención de los trabajadores de las minas.

Ramazzini había advertido ya sobre las enfermedades de los marineros, pero correspondió a James Lind (1716-1794) médico de origen escocés quien por su experimento a bordo del buque Salisbury es considerado el realizador del primer ensayo clínico en la historia de la medicina, al haber observado, entre 1746 y 1747 cómo el escorbuto minaba a la armada inglesa. Después de una serie de ensayos logró disminuir el número elevado de muertes de lo que para entonces se conocía como la peste del mar, debida a la falta de vitamina C; Lind mostró los resultados de su estudio hasta 1753 en el *Tratado Sobre la Naturaleza, las Causas y la Curación del Escorbuto*, aunque los cítricos ni se incluyeran en la dieta de los mineros sino apenas hasta 1789.

Por su parte, Giovanni Scopali logró que a partir de 1754 existiera un médico en las minas, aunque poco antes ya se contaba con el cirujano del taller, aunque con el déficit de que éste era un personaje con precaria formación dentro de la medicina.

En el Reino Unido Percival Pott (1714-1788) estudió el carcinoma de escroto entre los deshollinadores, enfermedad que descubrió aparecía entre quienes realizaban el trabajo de limpieza de las chimeneas, después de 30 o 40 años de exposición, lo que auspició que el Parlamento prohibiera esa actividad; esta aguda observación la dio

a conocer con *Observaciones Quirúrgicas*, de 1775. La demostración rigurosa de la relación hollín-cáncer hubo de esperar hasta 1922 con la comprobación de Passey, al inducir aparición de cáncer, aplicando el 3-4 benzopireno en la piel de ratones. Aunado a las observaciones de Pott, el filántropo Jonas Hanway, 1712-1786, alarmó a algunos sectores de la sociedad con sus descripciones del sufrimiento por el que pasaban los deshollinadores al limpiar las chimeneas, lo que condujo a constituir una sociedad de amigos para ayudar a este grupo de trabajadores; de él se sabe su convicción de que los pobres gastaban todo su salario en cervezas en vez de dar de comer a los hijos, lo que a su vez repercutía en disminución de la fuerza de trabajo, con lo que quizá Hanway también es considerado precursor de la consideración de que el trabajo puede ser circunstancia para el surgimiento de adicciones.

Ya en tiempos de la Ilustración el médico alemán, profesor de medicina de Pavía, Johann Peter Frank, 1745-1821, fue uno de los primeros en establecer la relación entre condiciones de vida y enfermedad; su obra *System Einer Vollstandigen Medizinischen Polizei*, publicada entre 1779 y 1817 establece las ideas iniciales de que el Estado es el principal responsable de la sanidad pública y el carácter económico y social de la enfermedad; de este planteamiento surgen las primeras tentativas sólidas por ofrecer servicio médico a la clase proletaria. Peter Frank suele ser considerado como el fundador de la higiene como ciencia; se recuerda su lema "*La miseria es la madre de la enfermedad*" en oposición a la consigna propia del despotismo de esa época "*Todo para el pueblo, pero sin el pueblo*" (Ortiz, 1986).

En Lombardía, en 1786, Frank realizó una investigación para toda la región, una vez haber sido nombrado director general de salud pública, en la que entrevistó a médicos, cirujanos, parteras y todo el personal involucrado en la salud, estudiando condiciones de vida y de trabajo poblacionales. En 1790 como decano de la escuela de medicina pronunció un discurso en el que describió las deteriorantes condiciones de vida y de salud poblacionales, ante lo que formuló la necesidad no de reformas sanitarias sino de reformas sociales y económicas; una de sus ideas básicas es que los alcances de las acciones del gobierno sobrepasan en mucho lo que los médicos pueden hacer, por ello, además de sus aportaciones a la salud de los trabajadores, es considerado uno de los pioneros de la medicina llamada *social*.

Entre los precursores franceses se encuentra Antoine Portal, médico anatomista e historiador de la medicina (1742-1832), quien fue precursor de el conocimiento de que el saturnismo podría desarrollarse por la vía digestiva debido a la impregnación del plomo en la saliva que poco después se libera en el estómago, y además por vía inhalatoria.

Otro hecho que también es digno de resaltar es el de la invención de las ambulancias volantes, ideadas por el cirujano del ejército francés Dominique-Jean Larrey (1766-1842). Aun cuando hay antecedentes desde el siglo X, el diseño de un medio de transporte y el personal de acompañamiento para la prestación de atención médica a los heridos en combate, tenía como finalidad reducir la alta mortalidad de los soldados del ejército napoleónico, pues los hospitales se encontraban a varios kilómetros de los campos de batalla y los heridos quedaban tendidos hasta el fin de la lucha; con su idea, Larrey logró que los heridos recibieran una primera atención y con ello obtuvo una importante disminución de la mortalidad entre los combatientes. Napoleón Bonaparte premió al cirujano nombrándolo barón y cirujano honorífico del cuerpo de guardia del emperador en la guerra y en la paz (Gargantilla, 2014).

A partir del siglo XVIII se despliega una preocupación creciente por los problemas de higiene, seguridad y salud en el trabajo, lo que conduce a propuestas, medidas, recomendaciones y acciones legislativas que se multiplican en varios lugares; así, Williams describió las lesiones cutáneas de los panaderos, Thomas Percival, 1740-1804, cirujano inglés y fundador del Colegio de médicos cirujanos y farmacéuticos y a quien se le atribuye el haber escrito un código ético de la profesión, investigó la intoxicación por monóxido de carbono e insistió en la necesidad de disponer ventilación adecuada en los sistemas de combustión y, por consejo suyo, Robert Peel, 1788-1850, hijo de un fabricante textil, promovió en el parlamento inglés la reglamentación del trabajo en las fábricas, y en 1802 planteó la ley sobre la salud y moral de los aprendices, limitando la jornada de trabajo, los requisitos mínimos para la higiene en los lugares de trabajo y la educación de los obreros.

El socialista utópico Robert Owen, 1771-1858, en las primeras décadas del siglo XIX puso en marcha un programa para el mejoramiento de los trabajadores en escenarios

ambientales, convivenciales, educativos y morales, generando mejores condiciones de trabajo, reduciendo la jornada laboral y capacitándolos; simultáneamente instaló escuelas para niños trabajadores a los que retiró de las labores pesadas. No obstante su condición de empresario instauró que la empresa otorgara beneficios introduciendo mejoras para los trabajadores, por ello elevó los salarios, sentó las bases de una seguridad social mutualista y proporcionó a los obreros condiciones dignas de vivienda, sanidad y educación. Sus ideales lo llevaron a pensar en el Estado como impulsor de las reformas sociales necesarias.

Owen no sólo justificó conceptualmente la limitación de la jornada de trabajo, sino que en los hechos implantó la jornada de 12 horas en su fábrica de New-Lamark, junto con las tiendas cooperativas, acciones que le ocasionaron ser blanco de burlas y acusaciones de utópico-comunista.

A finales del decenio de 1820 las trabajadoras de la industria textil en Estados Unidos se empezaron a movilizar a favor de la reducción de la jornada de trabajo. A fines del siglo XIX los sindicatos mineros de Estados Unidos y Canadá crearon hospitales, consultas y cementerios para sus afiliados.

Para el año de 1830 Robert Becker instó sobre la necesidad de que un médico visitara todos los días las fábricas para evaluar efectos dañinos que las condiciones de trabajo provocaban en niños.

En *Los Efectos del Arte, del Comercio y de las Profesiones en la Salud y la Longevidad* de 1831, Charles Turner Thackrak fue pionero al estudiar el plomo como agente etiológico de las neumopatías de origen laboral, así como de la irritación que produce en la mucosa bronquial, enfermedad que en 1866 Zenker denominó *neumonoconiosis* y Pronst denominó *neumoconiosis* en 1874. A este investigador también se reconoce haber sido uno de los primeros en estudiar la relación de la enfermedad con el trabajo industrial y las profesiones y sus correlatos con el estado civil, los hábitos de vida, la salud y la longevidad. La denuncia de Turner sobre las condiciones del trabajo de niños contribuyó a la formación de una opinión favorable a la introducción de reformas con lo que se logró la restricción del trabajo infantil.

Desde los estudios epidemiológicos realizados en 1840 por el médico francés Louis René Villermé, 1782-1863, sobre la industria textil francesa se supo que niños de 6 a 8 años de edad trabajaban un promedio de 12 horas diarias llegando hasta 17. A partir de estos estudios, en 1841 se logró promulgar una ley que reguló el trabajo infantil prohibiendo su realización en menores de 8 años. También gracias al trabajo de Villermé sobre los accidentes laborales y las condiciones de trabajo evidenció el profundo y amplio desinterés de los empresarios por la salud de los trabajadores.

De esa época destaca también la observación en las fosforeras cuyo impacto engendraba surgimiento de necrosis fosfórica en las trabajadoras de esa industria; por lo que se prohibió la fabricación de las cerillas. De esos años también se cuenta con el registro de la intoxicación por mercurio en los sombrereros, hecho que es mencionado por Lewis Carroll en la conocida novela *Alicia en el país de las maravillas* del año de 1865.

Edwin Chadwick, 1800-1890, fue el impulsor principal del Informe sobre las condiciones sanitarias de la clase trabajadora de la Gran Bretaña de 1842, estudio que implantó las bases para la protección de los pobres de ese país; las ideas de este conocido reformador fueron incluidas tiempo después a la legislación, instaurando la supervisión nacional de la salud, la seguridad y los problemas convivenciales. Estas aportaciones contribuyeron a que los médicos cambiaran su perspectiva de lo individual a lo colectivo y su obra fue inspiración para los reformadores del siglo XIX de Europa y Estados Unidos de Norteamérica. Planteó con nitidez que no buscaba aliviar los efectos por las malas condiciones sino la transformación de las causas económicas, sociales y corporales. Para el año de 1842 se conseguía limitar a 12 horas las jornadas de trabajo.

No puede quedar sin mención que en 1845 Federico Engels (1820-1895), creador del pensamiento filosófico y político junto con Carlos Marx del marxismo, cimiento del socialismo y comunismo, a los 24 años publicó su célebre texto *La situación de la Clase Obrera en Inglaterra*, en el que da cuenta fidedigna de las deplorables condiciones de vida, de trabajo y de salud de los obreros, a expensas de una voraz explotación de mujeres, niños y niñas y hombres por parte de la naciente

clase burguesa, cosa que Carlos Marx habría de denunciar en el primer volumen de *El Capital* en 1865. En esta obra, resultado de las propias observaciones de Engels durante 21 meses sobre la vida de los trabajadores de la manufactura en la naciente industrialización que dió pie a la primera Revolución Industrial, y aún por encima del análisis económico y político que propició esa forma de vida de miles de seres humanos, Engels describió de manera descarnada las condiciones de hacinamiento, pobreza, hambre y desnutrición, ingnorancia, salarios en extremo raquíuticos y jornadas de trabajo extenuantes de 14 a 16 horas incluso en niños de de 8 y 9 años, ausencia de las más simples medidas de higiene y la situación de enfermedad y muerte de trabajadoras y trabajadores. A esta situación, los obreros, según reporta Engels, lo llamaban homicidio social y se preguntaba: *¿están equivocados?* (Engels, 1984).

Con estas palabras Engels pasa a la historia como uno de los primeros estudiosos que desde el llamado materialismo histórico-dialéctico, denunció de manera frontal la explotación del capitalismo naciente y cómo, desde la avidez de sus intereses, la salud y la vida de los trabajadores carecían de valor, como ocurre aún en nuestra sociedad contemporánea.

En Alemania, el patólogo Rudolf Virchow, 1821-1902, de los primeros pensadores que asumieron que la disciplina médica no puede estar exenta de explicitamientos políticos, estableció con claridad que “los médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en su mayor parte bajo su jurisdicción”; durante 1848, año de la revolución fracasada, se publicaron sus trabajos sobre la Reforma Médica, lo que impulsó la tendencia médica hacia la prevención. En coincidencia con la publicación de su trabajo, en ese año también apareció el *Manifiesto del Partido Comunista* de Marx y Engels lo que refleja fidedignamente el horizonte político de la época, así como la naciente organización obrera en los países más industrializados de Europa.

Bajo la batuta de Virchow se emprendió la exigencia por servicios médicos públicos para la población empobrecida, a la vez que se exigía un seguro de salud para los trabajadores financiado con contribuciones de los propios asalariados, los sectores adinerados y con subsidios del Estado, lo que llevó a Alemania a ser el primer país

que aceptó el seguro de salud sin oposición médica. A Virchow se debe la idea de que *La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala*. Con ello se logró que paulatinamente la comunidad médica aceptase la orientación hacia la prevención de las enfermedades, en mayor medida que la simple atención cuando éstas ya estuvieran presentes.

Coincidente, en 1848 Salomón Neumann dejó asentado que la mayoría de la población sólo contaba con su fuerza de trabajo de la cual dependía enteramente su salud, y en virtud de ello el Estado estaba en la obligación de proteger la salud poblacional (Sigerist, 2011).

En convergencia con Virchow y Neumann, otro de los médicos del movimiento de 1848 fue P. Leubuscher quien impulsó también la prohibición del trabajo infantil antes de los 14 años y la reducción de la jornada para trabajos peligrosos, así como la protección de las mujeres durante la gestación, el establecimiento de medidas de ventilación en los lugares de trabajo y la prevención de intoxicaciones con la sustitución por materiales no tóxicos (Rosen, 1985).

Durante las primeras décadas del siglo XIX se generalizan las ideas sobre la pobreza como causa principal de la enfermedad, lo que multiplicó la aparición de investigaciones como las de Schmoller sobre el círculo pobreza-enfermedad, y los estudios de Neuman sobre la causalidad social de las patologías.

Por su parte William Farr, 1807-1883, epidemiólogo británico y pionero en la estadísticas médicas, basado en las ideas del médico y economista del siglo VII William Petty advirtió, en sus trabajos de 1851 que, dentro de los riesgos generales debería publicarse un suplemento sobre la mortalidad por riesgos de trabajo de acuerdo a la ocupación. Petty también fue inspirador de la filosofía de la salud pública sistematizada años después por J. Peter Frank.

Durante 1859 Lafevre publicó un texto en que indica las medidas preventivas que deben adoptarse sobre la intoxicación debida al plomo en los marinos, derivado de estudios en los barcos de guerra.

Carlos Marx (1818-1883) con *El Capital*, la obra de mayor profundidad y rigurosidad para explicar origen y desarrollo del capitalismo, generó una fuerza interpretativa y práctica que continua hasta nuestros días. La obra, de tres extensos volúmenes y no obstante inconclusa, fue tipificada por Engels como “la Biblia de la clase obrera”. En varios de sus segmentos Marx señala cómo la avaricia de la burguesía por la máxima ganancia se asentaba en la afectación de la salud de los obreros y su pauperización “espiritual” o mental.

Particularmente en el capítulo *La Jornada de Trabajo* el filósofo, economista y revolucionario alemán, realiza un detallado análisis no sólo de la jornada de trabajo como condición indispensable para comprender el proceso de creación de plusvalía, sino que recupera un número considerable de observaciones sobre las condiciones laborales de mujeres y hombres, niños y niñas, sometidos a una explotación colindante con lo inhumano.

En este capítulo Marx describe con elocuencia las jornadas extenuantes que podían iniciar a las 2 de la mañana y terminar a las 10 de la noche, forzando el trabajo de niños de 9 o 10 años en la fabricación de encajes. Relata cómo en las distintas ramas de la industria inglesa como la alfarería, la manufactura de cerillos, la fabricación de alfombras, la panadería, los ferrocarriles, la hilandería, fabricación de seda, tintorerías y lavanderías, la metalurgia, las fábricas de cristal, de papel y los talleres de modistas, entre otros, las condiciones de trabajo resultaban inhumanas y las jornadas de trabajo llegaban en ocasiones hasta 20 horas diarias.

En un análisis pormenorizado del periodo entre 1833 a 1864, y a partir sólo de revisar la jornada de trabajo, Marx expuso un hecho que podría parecer insólito si no fuese porque era tan común por aquellos días (cabría preguntarnos si ello ha desaparecido hoy, la segunda década del siglo XXI), la explotación infantil con jornadas de más de 15 horas con niños de siete, nueve e incluso seis y cuatro años. En un comentario plantea que eso se podía justificar por la idea generalizada en ese entonces de que la edad infantil terminaba a los 10 u 11 años según la antropología preferida del capitalismo. Otra argumentación difundida por los señores dueños de las fábricas y los talleres, era que los niños debían trabajar desde edades tempranas porque eso contribuía al aprendizaje y expertez en el oficio.

Desde luego que si eso sucedía con la población infantil, no era esperarse que con los adultos las cosas fueran mejores; mujeres jóvenes, embarazadas y con hijos enfrentaban las mismas condiciones, los varones, en lo único que aventajaban en algún sentido, si es que eso podía llamarse tal, era que contaban con mayor fuerza corporal y algunos se atrevían a buscar, mediante la organización colectiva, modificar esas condiciones, no sólo de trabajo, sino de vida.

Estas incipientes organizaciones obreras, con el apoyo de algunos políticos y personajes de ideas vanguardistas, como el mismo Marx, buscaron erradicar las jornadas de trabajo agotadoras y el trabajo nocturno y lograron la promulgación de leyes que redujeron los tiempos de trabajo; por ejemplo de 15 a 12 horas diarias, o que la jornada empezara a las cinco y media de mañana y terminara a las ocho y media de la noche, todo en franco contraste a iniciar a las tres o cuatro de la mañana y terminar a las once o doce de la noche. En cierta medida se logró regular la situación con las leyes promulgadas en 1833, 1844, 1847 y 1850.

Sin embargo estos avances en la modificación de las condiciones de trabajo no contaron con el beneplácito filantrópico o compasión de los grandes empresarios. La reducción de la jornada a doce horas para los adultos en el año de 1847 se debió a que, en infinidad de las operaciones dentro del trabajo, era indispensable la colaboración de los niños y, en tanto que previamente se había prohibido ya ese tipo de jornadas en los infantes, se vieron forzados a conceder la reducción para los adultos.

Frente a estos avances parciales en materia de protección de la salud de los trabajadores, los empresarios y sus aliados, entre ellos algunos agrupamientos médicos, opusieron una enérgica resistencia llevando a infinidad de obreros a que se manifestaran por la restauración de las jornadas extensas para compensar en cierta medida la consecuente merma de los salarios. Varias voces manifestaron que efectivamente la salud de la población era un elemento importantísimo de la riqueza nacional, pero los grandes empresarios no lo reconocían así y las medidas debían ser impuestas por la ley a los fabricantes; los señores del capital amenazaban, como ahora, desde entonces, con “cerrar” las fábricas.

Andrew Ure, médico, se opuso radicalmente a la ley de 12 horas de 1833 por considerarla un retroceso al oscurantismo.

Conjuntos de médicos calificaban a estas poblaciones trabajadoras como raquílicas, mal formadas, flemáticas, anémicas e identificaron en ellas la disminución de la talla y peso y, entre los padecimientos que les encontraron, enumeraron tuberculosis, ataques de dispepsia, daño al hígado y riñones, reumatismo, pneumonia, bronquitis, asma, escrofulosis, envejecimiento y muerte prematuras.

Entre las razones de este estado de salud de trabajadores adultos y niños se contaban, entre otras, la fatiga excesiva y la alimentación deficiente; se relata cómo a algunos niños se les daba de comer junto a la máquina sin que dejaran de trabajar, aunque algún señor del capital llegó a decir que el trabajo manual era más sano que el trabajo con máquinas.

Estas situaciones reconocidas en las ciudades inglesas no eran privativas sólo de allí; algo semejante ocurría en Francia, Rusia y la naciente Estados Unidos de América, lo que conllevó a la lucha por una jornada de ocho horas en ese país, a pesar de la existencia abierta de la esclavitud de la población de origen africano.

El autor de *El Capital* refiere cómo los trabajadores contratados en masa, provenientes del campo, por la enorme cantidad de muertes e incapacidades de quienes ya trabajaban, eran tratados como “paquetes humanos” que se facturaban y etiquetaban como fardos de mercancías. En otro apartado señala que eran tratados sólo como “carne humana”, como “maquinaria humana”, muy a tono con las visiones mecanicistas de la época.

De todas las denuncias recopiladas por Marx, dos son emblemáticas por su vigencia hasta nuestros tiempos: hubo un accidente ferroviario en donde ocurrieron decenas de muertos y tres de los trabajadores del ferrocarril enjuiciados argumentaron a su favor que sus jornadas de trabajo eran de 18 y 20 horas; no obstante, fueron declarados culpables de homicidio.

En 1863 la prensa londinense dio a conocer la noticia de que una trabajadora de una casa de modas, Mary Anne Walkley de 20 años, quien laboraba jornadas habituales

de 16 horas y media y en temporada alta hasta 30 horas consecutivas, junto con otras 60 mujeres jóvenes, murió después de una jornada de 26 horas continuas. El parte médico estableció que todas las costureras padecían de exceso de trabajo, falta de aire y alimentación precaria o digestión deficiente, y que en ese caso la joven murió por exceso de trabajo. El jurado que atendió el caso sentenció que la víctima había muerto de apoplejía. El encabezado en los diarios decía: “muerta por simple exceso de trabajo...” (Marx, 1986).

Quizá por ello corresponda al principal analista y crítico del capitalismo reportar la primer denuncia formal de Karoshi de la que se tenga noticia.

El trabajo realizado por Marx en este capítulo de la obra únicamente refrendaba lo que ya Engels había denunciado en 1845 en *La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra*.

A decir de Cuéllar, en un análisis detallado de los subcapítulos del *El Capital* en donde Marx registra los efectos en la salud obrera de la producción capitalista:

La categoría de plustrabajo es necesaria para la formulación del plusvalor absoluto y ésta, para la explicación de la enfermedad y la muerte obrera (...) Los hechos y cifras de la historia, en particular los fenómenos de la salud empíricamente observables, se encuentran conectados sistemáticamente con los procesos estructurales fundamentales estudiados en el libro primero de El Capital. Su autor reproduce conceptualmente la realidad de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el trabajo como un requisito de método necesario en el proceso de reproducción aludido (Cuéllar, 1994 pp. 12 y 20).

Desde la óptica del marxismo, el proceso salud-enfermedad, no se concibe como una temática exclusivamente orgánico/individual, sino como un proceso de condicionamiento social que se concreta históricamente en colectivos específicos, relacionados entre sí por la forma en que trabajan y viven, sosteniendo la tesis de que las causas fundamentales por las que se está sano o enfermo se deben buscar y encontrar en la forma en que está organizada la sociedad para producir bienes y reproducirse, lo que determina el modo de producción dominante que a partir del siglo XVI se encarna en el capitalismo y, se consolida desde el XXVIII.

La anticipación visionaria de Marx y Engels aportaron un marco teórico-metodológico, a partir del materialismo histórico y dialéctico para analizar el proceso salud-enfermedad de la clase trabajadora y los diversos fenómenos vinculados a ello. Esta concepción teórica y metodológica plasmada por Marx en obras como el Primer volumen de *El Capital* y por Engels en *La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra*, no es sólo análisis abstracto sino, en su momento, representó también la intervención investigativa de carácter empírico sobre las condiciones de vida y trabajo del proletariado de la época, estableciendo relaciones concretas entre las características del proceso salud-enfermedad y los fenómenos sociales derivados de la explotación capitalista.

Al respecto es ilustrativo consultar la *Encuesta Obrera de Marx*, que consistió en un cuestionario de 101 preguntas publicada por vez primera en la *Revue Socialiste* del 20 de abril de 1880, distribuyéndose 25 mil ejemplares entre las sociedades obreras, grupos y círculos socialistas y democráticos, periodistas franceses y todo trabajador que lo solicitara.

La encuesta constaba de un prefacio que aludía a estudios y encuestas realizados por el gobierno inglés sobre las condiciones de vida de los trabajadores, invitando al gobierno francés a secundarlo. Su estructura constaba de cuatro partes, 29 preguntas de la primera parte interrogaban sobre el empleo y las condiciones de trabajo; 16 preguntas de la segunda parte interrogaban sobre los horarios de trabajo y de tiempo libre de los trabajadores; la tercera parte -la más extensa con 36 preguntas- preguntaba sobre condiciones de contratación, percepciones salariales y costo de la vida; finalmente la cuarta y última contenía 20 preguntas acerca de la lucha de la clase obrera por la mejora de sus condiciones.

El prefacio mencionado de la *Encuesta* indicaba además que se clasificarían las respuestas, y que los datos sistematizados se publicarían en la *Revue Socialiste*, en una serie de artículos, con la intención de reunirlos posteriormente en un volumen.

A pesar de que no salió a la luz ningún resultado de la Encuesta, debido a que la *Revue Socialiste* dejó de publicarse en 1881 y en su número del 5 de julio de 1880 mencionaba que se habían recibido escasa respuesta, solicitando a los lectores

que enviaran lo antes posible, por la época en que se publicó y sobre todo por sus contenidos e intenciones, *La Encuesta Obrera* representa uno de los primeros intentos de aporte investigativo, a partir de la reflexión y el análisis empírico sobre la relación entre salud y trabajo, desde una concepción colectiva e histórico-social del llamado proceso salud-enfermedad.

Esta contribución ha sido menospreciada o ignorada actualmente por especialistas de diversas disciplinas cuyo objeto de estudio es la relación trabajo y salud-enfermedad, manteniendo su apego y adscripción a los planteamientos y concepciones del reduccionista, constrictivo y limitado *modelo médico hegemónico* sobre la salud-enfermedad, algo constatable en publicaciones recientes; al respecto véase Cockerham (2010).

La vigencia del análisis realizado por Marx y Engels cobra relevancia en esta época, sobre todo por la profunda crisis que en la actualidad enfrenta el capitalismo a nivel internacional y que se hace manifiesta en las precarias condiciones de vida y trabajo –por ende de la salud- de los trabajadores del siglo XXI.

Es en esta época que se consolida la idea de que la pobreza es la primera causa de enfermedad influyendo a la investigación médica, lo que se evidencia en los estudios de Schmoller sobre el binomio pobreza-patología y en los de Neuman sobre la causalidad social de la enfermedad. En 1875 en Francia se da a conocer la primera reglamentación oficial sobre la higiene y la seguridad laboral.

En Inglaterra apareció en 1883 la que se conoció como la Ley de fábricas, en la que se establecían las inspecciones en esos lugares de trabajo, lo que después se trasladó a otros países para prevenir accidentes laborales. En ese mismo año en Alemania, Otto Von Bismarck instauró la Seguridad Social, que incluía seguros de enfermedad, contra accidentes, vejez, invalidez y muerte, asunto que se fue generalizando poco a poco en los demás países hasta convertirse en políticas estatales en un número creciente de países. Aunque Bismarck es reconocido como el creador de la seguridad social, su intención al proponer la creación de este sistema no se debió a su compromiso con la clase trabajadora o la población en general sino, en contraste, su idea era que así podría contener las ideas revolucionarias;

su preocupación, por tanto, más que propiamente por la salud de los trabajadores, eran los inconvenientes que mermaban la productividad a causa de enfermedades de los trabajadores.

Otro precursor de la prevención de la salud en el trabajo fue Lehmann quien estableció las bases, en 1884, de lo que en la actualidad es conocido como el control ambiental industrial.

Un hecho destacable en la historia del movimiento obrero por lograr mejores condiciones de trabajo fue lo acontecido en 1886 en la Ciudad de Chicago cuando, el primero de mayo, trabajadores luchando por la disminución de la jornada laboral a 8 horas fueron reprimidos en el parque Haymarket, teniendo un resultado de varios muertos. El número aumentó por la aplicación de la ley estadounidense de sentencia de muerte contra varios participantes que fueron identificados como líderes sindicales anarquistas del movimiento, y el suicidio de uno de ellos. A las víctimas se les conoce como los “mártires de Chicago” y en su honor, los más célebres F. Niccola Sacco y Bartolomeo Vanzetti, y el movimiento, el Congreso Obrero Socialista de la Segunda Internacional efectuado en París en 1889 designó desde ese año al 1º de mayo como *Día Internacional del Trabajo*.

Como puede notarse hasta aquí, las medidas para enfrentar las enfermedades de los trabajadores no sólo se han presentado en los escenarios laborales, sino que significativa cantidad de innovaciones, ideas, prácticas y medidas alrededor de la salud han emergido de la necesidad de enfrentar las altas tasas de mortalidad y morbilidad resultado de los enfrentamientos bélicos a lo largo de la historia. Así, se tiene que el surgimiento de la enfermería moderna se debió a las acciones emprendidas por Florence Nightingale (1820-1910), mujer que a los 34 años se ofreció como voluntaria ante el secretario de guerra británico para atender a los soldados heridos en la guerra de Crimea de 1854-1856, junto a otras 38 mujeres, logrando atender a más de cinco mil heridos, con lo que disminuyeron la mortandad en el ejército inglés.

Asimismo, el surgimiento de la mundialmente conocida Cruz Roja también se debe a una guerra, ésta vez entre el ejército del imperio austriaco, el segundo imperio

francés y el reino de Cerdeña. El suizo Henri Dunant al ser testigo de la escena en que cuarenta mil heridos se encontraban sin atención en el campo de batalla, dedicó su vida a la creación de un cuerpo humanitario para su atención por la guerra, dando origen a la institución por acuerdo de la Conferencia Internacional de Ginebra en 1864.

En 1903 los sindicatos de pintores de Francia y Alemania iniciaron una campaña contra los riesgos de la pintura a base de plomo.

A inicios del siglo XX el reconocimiento explícito de los efectos patológicos del trabajo así como la necesidad de su diagnóstico y tratamiento, dieron origen al Primer Congreso Internacional de Medicina del Trabajo que se efectuó en Milán en 1906, lo que dio lugar a la creación de la Comisión Internacional de Medicina del Trabajo (ICOH), organismo aún existente y reconocido como la organización más grande a nivel internacional, que aglutina a los especialistas en la salud en el trabajo. México se integra a esta organización reconocida por la Organización de las Naciones Unidas como una ONG, desde el segundo lustro de los 90's del siglo pasado; actualmente el cargo de Secretario Nacional lo ocupa el Dr. Arturo Juárez García. En ese año de 1906 se sancionó la primera ley de descanso semanal obligatorio.

Positivamente, para esa época la preocupación por la relación salud-trabajo y su generalización en el ya identificado plenamente para entonces como el “mundo industrial” se logra con la publicación de textos como los de Sir Thomas Oliver, 1853-1942 en Inglaterra, quien escribió en 1902 *Ocupaciones Peligrosas* y luego *Enfermedades Propias de los Oficios* de 1912, obras en que trató las cataratas en trabajadores del vidrio, cáncer de piel de etiología industrial, ictericia tóxica e intoxicación por fósforo, arsénico, plomo, mercurio y antimonio, sustancia química de la que estudio de manera particular sus perjuicios en la salud.

Con sus aportes logró que la medicina laboral se difundiera por el mundo, auspiciando la aparición de grupos médicos dedicados a la especialidad de la medicina laboral.

Por otro lado, en 1912 también se da a conocer el texto *Intoxicación por Plomo y su Absorción* de Morrison y Godvy, y además, el de Alicia Hamilton *El Envenenamiento Industrial en los Estados Unidos*. Morrison por su cuenta estudió las cataratas en los trabajadores del vidrio, el cáncer de piel de origen industrial, la ictericia tóxica y las intoxicaciones debidas al fósforo, el arsénico y el mercurio.

Ya en lo que podemos considerar la era moderna, durante la primera guerra Mundial tienen lugar los primeros intentos científicos rigurosos sobre protección de los trabajadores, el análisis sistemático de las enfermedades, el abordaje de las condiciones de trabajo y las formas de distribución de las máquinas y equipos de trabajo, para prevención de accidentes y enfermedades de trabajo; ello por las implicaciones para la victoria o la derrota de los ejércitos. Leclerc y Mazel estudiaron los efectos sobre los trabajadores en un libro publicado en 1916 *La Mano de Obra Nacional Después de la Guerra*, lo que aparece como antecedente de que Francia haya sido el primer país en el mundo en establecer obligatoriamente los servicios médicos del trabajo en las empresas en 1946, antes que la OIT emitiera la recomendación 112 de 1959, referida a los **servicios de medicina del trabajo** y que implanta un servicio organizado en los lugares de trabajo o en sus inmediaciones, destinado a varios propósitos y objetivos de la medicina del trabajo:

- a) Asegurar la protección de los trabajadores contra todo riesgo que perjudique su salud y que pueda resultar de su trabajo o de las condiciones en que éste se efectúa.
- b) Contribuir a la adaptación física y mental de los trabajadores, en particular por la adecuación del trabajo a los trabajadores y por su colocación en puestos de trabajo correspondientes a sus aptitudes.
- c) Contribuir al establecimiento y mantenimiento del nivel más elevado posible de bienestar “físico” y mental de los trabajadores”.
- d) Promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones.

- e) Prevenir todo daño causado a la salud de los trabajadores, como consecuencia de las condiciones de su trabajo.
- f) Proteger a los trabajadores contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud.
- g) Colocar y mantener al trabajador en un empleo conveniente a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas.

En suma: adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo.

Las implicaciones de la recomendación 112 impactan directamente al médico pues sería el responsable de la salud de los trabajadores en todos sus niveles, asimismo, no toma en cuenta las otras disciplinas (profesionales y técnicas) que deberían participar en el estudio y prevención de la salud de los trabajadores.

Los primeros institutos médicos que se fundaron para el estudio y tratamiento de las enfermedades fueron en 1910 en Milán, en 1923 en Leningrado, 1924 en Moscú y 1925 en Berlín. En Francia el inicio de la medicina del trabajo ocurre en 1906 con los institutos de medicina legal. Para el caso de los Estados Unidos de Norteamérica, aún cuando las primeras medidas legislativas en este campo se emplazan a finales del siglo XIX, el grueso de las leyes se inicia su aplicación hasta después de la depresión económica de 1929. En Rusia la protección generalizada hacia el pueblo trabajador arranca a partir de la revolución bolchevique de octubre de 1917; y en la India se logran notorios avances en 1922 con la modificación de la ley fabril.

Un hecho significativo que condujo a estos cambios de protección obrera en varios países fue la Reunión Internacional sobre el Trabajo, realizada en 1919 en Washington.

Como se ha mencionado, a consecuencia de la incorporación científico/tecnológica, el taylorismo, el fordismo y la escuela de las relaciones humanas, para las primeras décadas del siglo XX las relaciones en el mundo se encontraban plenamente

estructuradas en torno al trabajo a escala global, bajo una naturaleza laboral radicalmente transformada.

Ante ello vastos conjuntos de trabajadores desplegaron demandas semejantes en gran número de países, lo que originó un movimiento obrero organizado a escala internacional. Existen antecedentes de este movimiento internacional por lograr mejoras en las condiciones de trabajo más allá de las organizaciones locales.

Se reconoce a Roberto Owen (1771-1858) y a Adolfo Blanqui (1798-1854) como pioneros en la búsqueda de crear formas de organización para desarrollar legislación internacional que protegiera a los trabajadores contra la explotación por parte de la gran industria que, para entonces, dejaba ver sus efectos como un asunto que trascendía las fronteras de los países y se configuraba como un fenómeno global de dimensiones no vistas en épocas anteriores, por lo que ambos personajes pusieron en contacto a los gobiernos de Francia y el Reino Unido para analizar ese problema; entre 1840 y 1853 un industrial francés, Daniel Le Grand convocó a los gobiernos de Reino Unido, Francia, Suiza y Alemania para crear una ley internacional que amparara a los trabajadores (Secretaría del Trabajo y Previsión Social y Organización Internacional del Trabajo, 1984).

En 1864 se fundó la Asociación Internacional de Trabajadores conjuntando a sindicatos cuyos objetivos comunes consistían en lograr la protección y la emancipación de la clase trabajadora constituyendo lo que se conoció como la *Primera Internacional*; en esa organización fundada en Londres confluyeron sindicalistas ingleses, socialistas franceses, italianos republicanos y anarquistas; en esa organización participaron nada más y nada menos que Marx, Engels y Bakunin. Diferencias de orden político-ideológicas entre marxistas y bakunianos llevaron a su disolución en 1878.

Para 1889 se constituye la *Segunda Internacional* conformada por los partidos socialistas y laboristas, en ella participó Engels, y sostuvo, como uno de sus ejes centrales de lucha, lograr la jornada laboral de ocho horas, la que sería considerada dentro del primer convenio adoptado por la OIT.

En ese mismo año se constituyó el Primer Secretariado Profesional Internacional con federaciones internacionales de impresores, tipógrafos, cigarreros, sombrereros y trabajadores de fábricas de calzado. En 1901 surgió el Secretariado Sindical Internacional que se conformó por centrales obreras, cambiando el nombre en el año de 1913 por el de *Federación Sindical Internacional*.

Casi simultáneamente, en 1900 se creó la Asociación Internacional de Legislación del Trabajo, la cual constituyó una Oficina Internacional del Trabajo que se encargó de publicar leyes laborales de distintos países y en 1905 y 1906 convocó a dos conferencias, entre cuyos logros estuvieron la adopción de convenios que reglamentaran el trabajo nocturno de las mujeres en la industria, y la prohibición del uso del fósforo blanco en la fabricación de cerillos, debido a que genera necrosis en la mandíbula de los trabajadores.

En 1913 en la Tercera Conferencia de esta organización efectuada en Suiza se elaboraron dos convenios más para regular la jornada de trabajo de las mujeres y prohibir el trabajo nocturno en niños (Rodgers, Lee, Swepston y Van Daele, 2009).

Estos hechos fueron el cimiento para el surgimiento de la *Organización Internacional del Trabajo* (OIT) en tanto resultado del Tratado de Versalles, en su segmento XIII; tratado con el que se da por finalizada la Primera Guerra Mundial y fue suscrito el 28 de junio de 1919 como parte de la Conferencia de Paz de París.

La OIT se creó como una organización autónoma de la *Sociedad de las Naciones* con el fin de promover el progreso y contribuir a la cooperación para resolver los problemas sociales y económicos que se generaban por los conflictos de intereses a partir de conformarse como una organización tripartita donde trabajadores, empleadores y gobiernos pudieran establecer políticas, normas y comportamientos comunes que beneficiaran a los tres sectores.

En la Constitución de la OIT, elaborada por la Comisión de Legislación Internacional del Trabajo de la Conferencia de Paz, quedaron establecidos siete principios políticos que definen su actuación:

- a) La mejora de la calidad de vida y la promoción del pleno empleo en ocupaciones en las cuales los trabajadores puedan aplicar sus capacidades y contribuir al bienestar común, unido a la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres para lograr este fin, y facilitando la formación y la movilidad de los trabajadores.
- b) La provisión a todos los trabajadores de salarios que constituyan un sustento adecuado, calculados de forma que se garantice la distribución justa entre todos de los frutos del progreso.
- c) La reglamentación de las horas de trabajo, entre otras cosas estableciendo los límites de la jornada de trabajo y de los horarios semanales, que han de incluir períodos de descanso.
- d) La protección de los niños, los jóvenes y las mujeres, lo cual implica la eliminación del trabajo infantil, así como el establecimiento de límites para el trabajo de los jóvenes, y la protección del bienestar infantil y de la maternidad.
- e) La protección de los intereses económicos y sociales de los trabajadores empleados en el extranjero.
- f) La adecuada protección de todos los trabajadores contra la enfermedad, la muerte o los accidentes derivados del trabajo.
- g) La ampliación de la seguridad social con el fin de prever, para la vejez y la enfermedad, unos ingresos básicos a todos aquellos que necesiten dicha protección, así como una asistencia médica completa” (Rodgers, Lee, Swepston y Van Daele, 2009, pp. 12).

En la Primera Conferencia Internacional del Trabajo en donde se aprobaron los primeros seis convenios laborales internacionales participaron 40 delegaciones, de las cuales 16 eran del continente americano. En 1936 se organizó la primera reunión de carácter regional de Latinoamérica, efectuada en Santiago de Chile; entre los asuntos a tratar, como primer punto, estaba un informe sobre el trabajo de las mujeres y el trabajo de niños y jóvenes. La segunda conferencia regional se realizó en la Habana, Cuba en 1939.

La Organización de las Naciones Unidas sustituyó a la Sociedad de las Naciones constituida formalmente a partir del 24 de octubre de 1945. En la reunión 29 de la Conferencia de la OIT realizada en Montreal, fue acordada su asociación como organismo de la ONU manteniendo su jurisdicción en materia social y del trabajo. El acuerdo fue suscrito en Nueva York el 30 de marzo de 1946, y la OIT queda reconocida como la primera institución especializada con el fin de elaborar normas internacionales para los asuntos laborales y de la mano de obra. (Organización Internacional del Trabajo, 1959).

El 8 de octubre de 1953 se presentó por primera vez en América Latina una misión de Asistencia Técnica de la OIT con lo cual se inició de manera institucional la participación del organismo en los asuntos laborales de la región.

El 5 de enero de 1955 la Oficina Internacional del Trabajo y el Gobierno de México firmaron el acuerdo para el establecimiento de la oficina de la OIT en la Ciudad de México, con lo cual se convirtió en la segunda instalada en Latinoamérica después de la celebrada en Brasil.

La Organización Internacional del Trabajo fue reconocida en 1969 con el Premio Nobel de la Paz.

En la actualidad 182 países pertenecen a la OIT, y de ellos 34 pertenecen al continente Americano; en 1999 el chileno Juan Samavia, fue nombrado director general del organismo.

El grupo de trabajadores de la OIT desde el año de 1925 propuso que el Consejo de Administración del organismo invitara a México a ingresar a la organización; sin embargo, la inclusión de México sólo fue posible hasta después de que nuestro país ingresó a la Sociedad de Naciones. La fecha del ingreso formal de México a la Organización Internacional del Trabajo es el 12 de septiembre de 1931 (Secretaría del Trabajo y Previsión Social y Organización Internacional del Trabajo, 1984).

México ha ratificado 78 convenios con la OIT de los cuales actualmente 67 están en vigor, 42 convenios actualizados no ha sido ratificados por el Gobierno y hay 8

denunciados ante ese organismo. En los años recientes no se ha ratificado ninguno por parte de México.

En Gran Bretaña, en 1942 el economista William Henry Beveridge (1879-1963) propuso en el reporte conocido como *Beveridge Social Insurance and Allied Services*, los fundamentos de lo que después sería conocido de manera global como el Estado Benefactor. Pugnó por el establecimiento de un conjunto de prestaciones para los casos de enfermedad, desempleo y jubilaciones y además confería a los seres humanos el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad de la cuna a la tumba sin distinción de clase, riqueza, género o educación.

En 1944 Beveridge presentó un segundo informe, *Full Employment in a Free Society* en que estipuló que para la eficacia del sistema de protección social era necesaria una condición de pleno empleo; parte de su argumentación en contra de las resistencias conservadoras radicaba en que los gastos por las enfermedades y pensiones de jubilaciones por parte del Estado, contribuiría con el aumento de la productividad.

Durante la Segunda Guerra Mundial la supuesta preocupación por los trabajadores se debió a la necesidad de contar con el mayor potencial industrial que incrementara las posibilidades de ser el vencedor, razón por la cual la higiene y la seguridad en la industria se volvieron un elemento importante dentro de los procesos productivos; de esas necesidades, entre otros aspectos, surgieron la ergonomía y los procesos sistematizados de reclutamiento y selección de personal.

El concepto de Medicina del Trabajo nace en 1929 en el Congreso de Lyon y en la primera reunión del comité mixto OIT-OMS efectuada en 1950, en Ginebra, se definieron los objetivos y el campo de actividad de la medicina del trabajo. Tiempo después la OIT emanó un conjunto de recomendaciones, como la de 1953 sobre la Protección de la Salud de los Trabajadores (recomendación 97), y en 1957 en la tercera reunión del Comité, se plantean las bases para la formación de médicos en medicina del trabajo, en tanto que para 1959 con la recomendación 112, se implantan las condiciones para la organización y funcionamiento de los servicios de medicina del trabajo en los centros de trabajo.

Para 1981 el convenio 155 indica los principios de una política y acción a nivel nacional y a nivel de las empresas sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo. En 1985 se adopta el convenio 161 sobre los Servicios de Salud en el Trabajo (Nava, 2012) y en diciembre de 1991 la International Commission on Occupational Health (ICOH) emitió el Código Internacional de Ética para los Profesionales de Salud Ocupacional que no obstante actualizado en 2002, no todos los profesionistas del campo conocen, o peor aun, ponen en práctica sus lineamientos.

En Latinoamérica y a partir de los movimientos políticos de los años 20, tuvieron lugar los primeros esfuerzos por lograr la protección de los trabajadores. En Lima, Perú, un conjunto de expertos organizaron los primeros servicios de salud ocupacional en Perú, Chile, Bolivia, Colombia y Venezuela, entre otros países; para entonces se creó el Instituto de Salud Ocupacional de Perú que resultó tener una influencia importante para casi toda Latinoamérica.

En septiembre de 1942, en Santiago de Chile se realizó la primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social en la que se estableció la necesidad de “abolir la miseria y lograr la conquista digna y suficiente de los medios de vida” (Ortiz, 1986). Para junio de 1963, con el apoyo de la Organización de la Naciones Unidas y la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud se fundó el Instituto de Higiene del Trabajo y Contaminación Atmosférica de Chile.

Como resultado de la amplia concientización de los trabajadores sobre cómo el trabajo afecta la salud y puede llegar a provocar la muerte, a finales de la década de los 80 del siglo XX se instituyó el 28 de abril como día mundial de los muertos y accidentados por el trabajo, en conmemoración de la muerte de 28 trabajadores en un accidente ocurrido en Bridgeport (Connecticut), precisamente el 28 de abril de 1987. Pero es años antes, en Canadá, en el Congreso Canadiense del Trabajo (CLC) que se organizó un día anual de luto por los trabajadores, el 28 de abril. Por su parte la Organización Internacional del Trabajo ha instituido el Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo ese mismo día.

El año de 1990 en el texto de la Declaración de la II Conferencia Sindical Latinoamericana, efectuada en la Ciudad de México, quedó asentada una idea fundamental:

La salud es un derecho de los pueblos que no sólo debe estar inscrito en los textos constitucionales y normas internacionales, sino que debe insertarse en la vida cotidiana (Conferencia Sindical Latinoamericana, 1990).

Durante 1991 la Comisión Internacional de la Salud Ocupacional (CISO) formuló el *Código de Ética para los Profesionales de la Salud Ocupacional*, en el que se plasmó:

Los profesionales de la salud ocupacional deben estar al servicio de la salud y el bienestar de los trabajadores, tanto individual como colectivamente. Deben contribuir también a la salud comunitaria y ambiental.

Las obligaciones de los profesionales de la salud ocupacional comprenden la protección de la vida y la salud de los trabajadores, el respecto a la dignidad humana y la promoción de los más altos principios éticos en las políticas y programas de salud ocupacional” (Comisión Internacional de la Salud Ocupacional, 2001, p. 53). Su reformulación en 2001 en Puerto Vallarta, México, ratificó estos principios, pero subsiste una gran duda al respecto: ¿todos los profesionales de la salud en el trabajo realizan su práctica profesional bajo estos principios?

2. SALUD EN EL TRABAJO EN MÉXICO

En las culturas precolombinas a pesar de los grandes avances con los que contaban en la arquitectura, encontrada por los conquistadores europeos cuando llegaron a estas tierras, y a las complejas formas de organización agrícola y el intercambio comercial complejamente estructurado, no se cuenta con suficientes registros escritos acerca de algún sistema de salud y seguridad en el trabajo, dedicado a ocupaciones u oficios; no obstante las prácticas sistematizadas con las que contaban para la curación de sus enfermos.

Sin embargo, un par de datos que vale la pena señalar es que a la llegada de los españoles, la población de Portugal y España no alcanzaba los 10 millones de habitantes, mientras que la población que ocupaba el territorio de lo que después vendría a ser la Nueva España, lo habitaban 20 millones y la población

mexica alcanzaba el promedio de vida 37 años, en tanto que para los europeos la esperanza de vida era de 29 años; situación que poco después cambiaría trágicamente.

Francisco de Asís Flores y Troncoso (1852-1931) médico y pionero de la historia de la medicina en México, da algunos datos que permiten vislumbrar lo que de manera particular ocurría en los pueblos asentados en las tierras que hoy conocemos como el territorio mexicano. A diferencia de lo que ocurrió con otras civilizaciones antiguas como la egipcia, la griega y la romana, para las culturas mesoamericanas el trabajo no era motivo de aversión por parte de quienes lo ejecutaban ni de los demás grupos sociales; muy por el contrario, cuidaban de que la actividad realizada por los individuos se encontrara relacionada con la edad y el sexo. Para niños y niñas la introducción al trabajo se daba de manera gradual y su preparación empezaba desde los tres años de edad con actividades de ayuda que pudieran realizar, hasta introducirlos plenamente al trabajo a la edad de diez años.

Se tiene identificada la existencia de una amplia variedad de oficios, profesiones y gremios a los cuales de alguna forma se les ofrecían ciertas formas de protección; por ejemplo, recurrían al uso de estimulantes para soportar los trabajos pesados, la fatiga y el cansancio muscular. Masticaban pasta de tabaco para darse fuerzas, despertar el ánimo y hacer tolerables las labores, se untaban aceites en el cuerpo, injerían ciertas cortezas, condimentaban alimentos y bebían algunas pociones como remedios ante lo duro del trabajo.

No obstante estas acciones y el hecho de que contaban con un conocimiento profundo y sistematizado sobre bótanica, herbolaria, terapéutica y casi todas las ramas del conocimiento médico, la etiología poco pudo avanzar debido a las fuertes creencias religiosas que los llevaban a considerar que todos los fenómenos de la vida dependían de la voluntad de sus dioses por lo que no se dieron a la tarea de buscar las causas de sus enfermedades, puesto que éstas eran enviadas por los dioses como castigo a sus faltas humanas; a pesar de ello, los aztecas contaban con formas de atención a las enfermedades de los pobladores más pobres y de cuidados a la salud de sus soldados. En Texcoco había un hospital exclusivo para la atención de los guerreros. (Flores y Troncoso, 1888).

Después de la conquista Hernán Cortés se dio a la tarea de construir la nueva ciudad sobre las ruinas de Tenochtitlan, lo que se hizo con el trabajo de los pobladores originales bajo condiciones más que penosas, costando miles de vidas del trabajo esclavizado.

Toribio de Benavente (1482-1569) mejor conocido como Motolinía, palabra de origen náhuatl, uno de los doce apóstoles de México, describió que en los hospitales de la época, abiertos tiempo después de consumada la conquista, se atendía a los que sufrían accidentes severos en las obras de construcción y los que presentaban traumatismos por el trabajo realizado en las minas de azogue, nombre con el que se conocía entonces al mercurio. Estos hechos contrastan con lo que otro religioso, fray Francisco de Florencia, decía con respecto a las enfermedades y la muerte: Dios quitaba la vida a la población originaria “para llevarlos al descanso eterno y librarlos de la pobreza y miserias” (Moreno, Moguel, Díaz de Sandí, García y Césarman, 1982).

En México, el interés por la salud de los trabajadores desde el punto de vista de las leyes para su protección data apenas del Virreinato, período en el que se reconocían dos tipos de profesiones, las de tipo intelectual y las de tipo manual; entre las primeras se ubicaron a la teología, el derecho y la medicina, creadas por la Real y Pontificia Universidad de México; para las segundas, se reconocieron fundamentalmente a los artesanos.

El trabajo artesanal, se encontraba regido por las *Ordenanzas* que eran conjuntos de normas que regulaban la producción para fines del cobro de impuestos.

Corresponde a Carlos I de España ordenar en 1533 que los habitantes originarios de la Colonia no cargaran más de dos arrobas y que se consideraran las condiciones del camino para que no se accidentaran y en 1538 prohibió que los menores de 18 años acarrearán bultos. Felipe II, sucesor e hijo de Carlos I promulgó la Ley de Sevilla de 1559, en la que quedó establecido que a las mujeres embarazadas los patrones debían de proporcionarles una silla para que no trabajaran de pie; este mismo personaje en 1568 ordenó que los sábados la jornada de trabajo terminara una hora antes para que se pagara su jornal a los trabajadores, y en 1576 incluyó

que se pagara lo correspondiente al trabajo realizado. En las leyes de Indias en 1593 se ordenaba que los obreros trabajaran sólo ocho horas.

Para 1628 se crea el Protomedicato con la intención de dar por primera vez orden a las medidas sanitarias públicas de los gobiernos locales, a través de las acciones de la Real Junta de Medicina, sin embargo, dicha junta no tenía dentro de sus objetivos el control de ciertas causas de la mortalidad pues eso habría representado atentar contra los intereses de ciertos grupos como los dueños de las minas, el Consulado de comerciantes e incluso la propia Iglesia.

En la Real Cédula de 1632 se establecía que cuando un trabajador se enfermara de calentura hasta por tres días lo debería de visitar un médico y si continuara en esa situación se debería de presentar en un hospital. Para 1784 la Real Audiencia de la Nueva España publica que los amos tienen la obligación de mantener a los labradores durante el tiempo que padezcan una enfermedad sin que tengan que realizar ningún trabajo (Garfias, 2014). Todo esto ocurrió, en palabras de Fernández de Castro, “instaurado con el fin de defender al trabajador indígena y procurar el bienestar general en la América mexicana” (2014, p. 38). Habría que hacer un análisis más detallado para saber si efectivamente era ésa la intención de estas medidas o ello obedecía a la necesidad de contar con fuerza de trabajo disponible para la extracción de la inmensa riqueza del territorio de la Colonia. El mismo Marx en el capítulo XXIV del Capital se refirió a México como un lugar donde los pobladores se encontraban en la absoluta desprotección resultado de la explotación; lo expresó de la siguiente manera:

En las plantaciones destinadas exclusivamente al comercio de exportación como las Indias Occidentales y en los países ricos y densamente poblados, entregados al pillaje y a la matanza, como México y las Indias Occidentales, era, naturalmente, donde el trato dado a los indígenas revestía las formas más crueles (Marx, 1986 p. 640).

En el año de 1680 bajo el reinado de Rey Carlos II, en los en los ordenamientos positivos, se aseguró un régimen jurídico preventivo de asistencia y reparación por los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, allí quedó establecido que:

Los individuos que se accidentaban debían seguir percibiendo la mitad de su salario hasta su total restablecimiento, en caso de enfermedad; a los que trabajaban en los obrajes, se les concedía la percepción íntegra de sus salarios, hasta el importe de un mes de sueldo (Legaspi, 1982 p. 44).

En las Leyes de Indias, emitidas en 1680 por la Corona, para regular la vida social, económica y política de las colonias, entre otras cosas, sobre todo en el libro VI, se estipulaba que los súbditos debían trabajar en condiciones humanas pero que su salario podía ser pagado en especie. Además se establecieron las medidas para consignar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, quedando prohibido que los pobladores perteneciente a climas fríos fueran trasladados a regiones calurosas, que los menores de 18 años trasladaran mercancías, y obligaban a los patrones de la coca y añil a que contrataran médicos cirujanos para atender a los accidentados y los enfermos. Partiendo de lo establecido, se puede pensar que el contenido social de las Leyes de Indias fueron antecesoras incluso a lo realizado en países europeos; pero estos avances retrocedieron en la época independiente (De Aguilar y Córdoba, 1994).

Fernández de Castro (2014, a) señala que Von Humboldt expuso en *Ensayo Político sobre el Reino de la Nueva España* las condiciones de trabajo y la salud de los indígenas a partir de su permanencia en el territorio durante 1803 y 1804, refiriendo el trabajo en las minas y las causas de morbilidad en estos colectivos laborales, así como de los esclavos traídos desde África, resultado de la fatiga excesiva, la alimentación precaria y el dormir insuficiente, aunque también se establecieron mejoras en la ambiente de las minas, para la supuesta protección de los mineros y, por supuesto, para el aumento de la productividad. Desde la perspectiva del autor, no es posible juzgar los hechos acaecidos en aquellos momentos y la “avidez de los países europeos colonizadores de los siglos XV y XVI por los metales preciosos, habida cuenta de que la doctrina económica en boga era mercantilismo” (p. 104); algunos otros podrán plantear que no hay argumentación que justifique la explotación y el exterminio franco de enormes grupos humanos por razones económicas o de otra naturaleza en ningún otro momento de la historia humana y en ningún otro lugar del planeta; si sucede como aceptable lo ocurrido en el pasado, bien se puede permitirse en el presente y justificarse para el futuro.

En 1834 se creó de nueva cuenta la Escuela de Medicina de la Nacional y Pontificia Universidad de México y durante 1841 se creó el Consejo Superior de Salubridad, y para 1879 este Consejo empezó a practicar la inspección sanitaria de las prostitutas al tiempo que inició la reglamentación sanitaria en las fábricas (Martínez, 2010).

Existen referencias de que el mismo Maximiliano de Habsburgo, siendo emperador de México, en 1864 promulgó leyes sobre trabajadores y mineros en las que se establecieron algunas medidas sobre prevención de accidentes de trabajo, hecho contrastante con el clima cultural que se vivía en esa época (Nava, 2102).

No obstante lo anterior, en *El Capital*, Marx, en un pie de página, señala que la esclavitud en México en la época de Maximiliano se ocultaba bajo la apariencia de peonaje y cómo, de generación en generación, el peón y su familia pasan a ser propiedad de las familias ricas.

Benito Juárez abolió el peonaje, pero el emperador lo restituyó a partir de un decreto, lo que fue denunciado en la Cámara de Representantes de Washington como el restablecimiento de la esclavitud en México.

De acuerdo con Ortiz (1986) era necesario que se desarrollara la industria capitalista para que surgiera la patología industrial, razón por la cual la higiene, particularmente en la industria, recibió muy escasa atención en México, lo que fue constatado en 1888 por Francisco de Asis Flores y Troncoso, médico mexicano de esa época.

En 1899 el doctor Eduardo Liceaga propuso el Proyecto de Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos el cual contenía un capítulo referido a la higiene en las fábricas y las industrias y demás establecimientos considerados peligrosos e incómodos.

Previamente a la Revolución inician los primeros intentos por implantar medidas para la protección de los trabajadores en México; existen registros de que José Vicente Villada, gobernador del Estado de México, en 1904 impulsó una ley laboral en la que se reconoció la existencia de los accidentes de trabajo que en su momento fue la única existente en el país, dicha ley imponía a los patrones que indemnizaran

a los trabajadores que sufrieran un accidente de trabajo. En Nuevo León el también gobernador Bernardo Doroteo Reyes Ogazón, no obstante sus estrechos lazos con la industria extranjera, decretó en 1906 la ley contra accidentes de trabajo en la que se aceptaba por primera vez la teoría del riesgo profesional en México y estatuyó al Estado como protector del obrero.

La medicina del trabajo como área de especialización se incluyó en la práctica médica mexicana durante el curso de la revolución, lo que inauguró la atención médica suficiente y sistematizada en el país hacia las enfermedades causadas por la actividad industrial.

La protección a la salud del trabajador se pone a la vista de la sociedad durante 1906 con las aportaciones de los hermanos Flores Magón, ideólogos y activistas revolucionarios, así como Juan Sarabia, político perteneciente al partido liberal quien luchó por mejorar las condiciones de la clase obrera del país junto con Librado Rivera, luchador revolucionario, habiendo indicado que la obligación de los dueños de minas, fábricas y talleres era mantener higiénicos y seguros los espacios de trabajo, además del derecho a la indemnización por accidentes de trabajo. El manifiesto de los Flores Magón expresa lo inútil de las reformas de los funcionarios del régimen pues a partir de ellas los trabajadores no lograban un mínimo de bienestar, dado que sus problemas eran resultado de un régimen de explotación y no únicamente de los casos de riesgo profesional, idea si aceptada en cierta medida por la sociedad porfiriana.

Para el Partido Liberal Mexicano era necesario reformar la Constitución para garantizar un salario mínimo, establecer una jornada máxima de trabajo, el descanso dominical, salarios iguales para extranjeros y mexicanos, instaurar la higiene y seguridad en los centros de trabajo y lograr protección especial para las mujeres y los menores, así como la prohibición para emplear a menores de doce años.

En ese mismo año, el primero de junio, trabajadores mexicanos de la Cananea Consolidated Copper Company, empresa minera fundada en 1899 situada en Sonora, se lanzaron a la huelga, siendo ésta la primera en la historia mexicana

debido, entre otras cosas, a lo prolongado de las jornadas de trabajo, las condiciones insalubres dentro de la mina, los bajos salarios, los malos tratos por los capataces y la discriminación sufrida, comparativamente al trato a empleados estadounidenses. Medio año después, el 7 de enero de 1907 en Río Blanco, Orizaba Veracruz, trabajadores textiles se declararon en huelga por demandas como prohibición del trabajo infantil, jornada laboral de 8 horas y la aparición de la figura de contratos de trabajo y reconocimiento de las enfermedades de trabajo; ambas huelgas fueron reprimidas con resultado de cientos de trabajadores asesinados; no obstante tales atrocidades, ambos movimientos no sólo fueron inspiración para el movimiento organizado de los trabajadores mexicanos, sino además antecedentes directos de la revolución iniciada en 1910.

Para 1909 Benito Juárez Maza, hijo del expresidente Benito Juárez, como dirigente del Partido Democrático, se comprometía a atender las condiciones de trabajo de los obreros particularmente en lo referente a la legislación sobre accidentes de trabajo y disposiciones para hacer valer la responsabilidad de las empresas en los accidentes.

Como parte de su campaña presidencial por parte del Partido Antirreleccionista Francisco I. Madero, durante el año de 1910 proclamó la elaboración de leyes “para asegurar pensiones a obreros mutilados en la industria”. Ya como presidente, el 12 de octubre de 1912, expidió el Reglamento de Policía Minera y Seguridad en los Trabajadores de las Minas (Ortiz, 1986). Además creó en 1911 el Departamento de Trabajo para buscar la solución de los conflictos laborales y estableció la edad mínima de trabajo en 14 años y la jornada de 8 horas.

Aún y con que para aquellos años no existía un movimiento obrero organizado, para el año de 1912 se tiene consignado el estallamiento de 50 huelgas en las fábricas textiles, por demandas como aumentos salariales, desaparición de las tiendas de raya y pago de pensiones para los familiares de accidentados; estas huelgas obligaron a Francisco I. Madero a convocar una convención de industriales textiles. Durante esta convención un apoderado de las fábricas textiles más grandes afirmó que ya habían cedido mucho para complacer a los obreros y que estas concesiones debían considerarse como deferencias de parte de los fabricantes y no

como un derecho de los trabajadores, puesto que hasta el momento los accidentes laborales y las enfermedades eran considerados únicamente como desgracias e infortunios y no como riesgos profesionales, por lo cual cuando eran atendidos esto se consideraba un acto de caridad o de ayuda por parte de los patrones y no por estar obligados a cumplir con una indemnización; los obreros eran objeto de benevolencia patronal, no sujetos de derechos ni interlocutores políticos. Ante las exigencias obreras los empresarios preferían pagar un equipo de abogados que reconocer el derecho a la indemnización, y los juicios se prolongaban hasta el grado de que se resolvían cuando el trabajador moría, según comentarios de un inspector del trabajo de la época.

Trabajadores mineros de El Oro y alijadores de Tampico lograron en 1913 que se les pagaran \$100 a las familias de las víctimas mortales de accidentes de trabajo, a partir de convenios privados con las respectivas empresas, pero esos convenios, no obstante que eran del conocimiento del Departamento del Trabajo del gobierno, no contaban con una fuerza sindical por lo que no eran cumplidos (Rajchenberg, 1990). A finales de ese mismo año un grupo de diputados presentaron una primer propuesta de ley del trabajo.

En 1914 el Gobernador del Estado de Veracruz, Cándido Aguilar expidió la Primera Ley del Trabajo en el país. Para 1915 se formuló el proyecto de Ley de Accidentes donde quedaba establecida la obligación de los patrones a pagar indemnización y pensión en casos de incapacidad o muerte de los trabajadores, a consecuencia de riesgos profesionales.

En Jalisco, el 2 de septiembre de 1914, se promulgó la ley de Manuel M. Díez, que consigna el descanso dominical, descanso obligatorio, vacaciones y la jornada de trabajo para las tiendas de abarrotes y los almacenes de ropa. Manuel Aguirre Berlanga, activista anti-releccionista, reglamentó aspectos principales del contrato individual del trabajo, algunas disposiciones de seguridad social, y la creación de Juntas de Conciliación y Arbitraje; como integrante del gabinete de Venustiano Carranza le tocó la promulgación del día del maestro como día de descanso el 15 de mayo.

A finales de 1914 se fundó el Sindicato Mexicano de Electricistas (SME), que para ese momento agrupó a trabajadores de la industria eléctrica y telefónica y durante 1915 firmó un convenio en el que la empresa aceptaba indemnizar a los heridos y enfermos y pagar la atención médica a los enfermos incapacitados temporalmente; años después el SME logró el pago del salario íntegro ante casos de enfermedades no profesionales y una indemnización que equivalía a cinco años de salario por muerte en el trabajo.

En Yucatán, el General Salvador Alvarado promulgó la Ley de constitución de las Juntas de Conciliación y Arbitraje para conflictos laborales y la Ley del Trabajo, en las que se encuentran las primeras medidas en prevención de accidentes y enfermedades, las disposiciones a los talleres de contar con iluminación, ventilación e instalaciones sanitarias y las normas pioneras de seguridad en el uso de maquinaria y calderas de vapor.

Durante 1915 también el general Nicolás Flores, del estado de Hidalgo promulga la Ley sobre Accidentes de Trabajo y se consigna que los patrones son responsables de los accidentes laborales, lo que condujo a compra de pólizas de seguro para las empresas.

En 1916 en Coahuila, Gustavo Espinosa Mireles definió la obligación de los patrones para cubrir el salario de los trabajadores hasta por un plazo de seis meses en casos de enfermedad, y simultáneamente definió a las incapacidades en completas, temporales y perpetuas.

Como presidente constitucional, Venustiano Carranza en 1915 elaboró en proyecto de ley sobre el contrato de trabajo desde el Departamento de Trabajo, y en 1917 con la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos quedaron establecidas, en materia de derechos laborales en el artículo 123, la jornada máxima de ocho horas de trabajo y las normas en materia de previsión y seguridad social.

Para el año de 1919, todavía como aspirante a la presidencia, Alvaro Obregón se comprometió con la Confederación Regional Obrero Mexicana (CROM) a establecer

un Ministerio del Trabajo para la solución a nivel nacional de los problemas laborales; a él le correspondió también el primer intento de establecer un sistema de seguro social.

Ya concluida la fase armada del movimiento revolucionario, el 9 de diciembre de 1921 el Diario Oficial publicó un proyecto de ley propuesto por Álvaro Obregón para el cuidado de los trabajadores denominada Ley del Seguro Obrero, en la que se establecía una reglamentación sobre indemnización por accidentes y la jubilación el seguro del trabajo, ley que no se llegó a implantar debido a la oposición de los empresarios.

A pesar de la sostenida negativa empresarial por reconocer las enfermedades de origen laboral y la timorata actuación de los gobiernos en turno, o su franca complicidad (como ocurre hasta la actualidad), durante 1923 sucedió un acontecimiento que marca la lucha obrera en este terreno.

El 7 de mayo de ese año la Confederación Sindicalista de Obreros y Campesinos, vinculada a la CROM, exigió a la Cámara de Industriales de Orizaba que respondiera si aceptaban proporcionar medios sueldos, médico y medicinas a los trabajadores enfermos, entre otros motivos, porque rechazaban los servicios médicos de una empresa de seguros privada y exigían un servicio médico eficiente para varios grupos de trabajadores, además de que algunos médicos no reconocían la profesionalidad de ciertos padecimientos y otros negaban la existencia de enfermedades profesionales.

El 14 de junio estalló la huelga en la Compañía Industrial de Orizaba y la fábrica de yute Santa Gertrudis sumándose días después, en huelga de solidaridad, trabajadores de una fábrica de cigarros, tres fábricas de aguas gaseosas, una de zapatos y dos empresas de transportes de Veracruz; para el 25 de junio, obreros del estado de Puebla amenazaron con sumarse también a una huelga solidaria.

La CROM convocó a la huelga general en todo el país en solidaridad con los obreros de Orizaba. El movimiento conocido como “conflicto de Orizaba” es la primera expresión obrera que planteó el reconocimiento de las enfermedades profesionales

en el país, como demanda de la clase trabajadora organizada, y enfrentó a los empresarios ya también a organizados en la Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (CONCAMIN), creada en 1918.

Como resultado de la huelga, el Gobernador del Estado Adalberto Tejeda, emitió dos decretos; uno sobre enfermedades profesionales, que obligaba al pago de salario, asistencia médica y medicinas durante el periodo de incapacidad, y otro sobre enfermedades no profesionales que ordenaba el pago del 50% del salario, atención médica y medicinas a los trabajadores enfermos mientras la enfermedad no excediera los tres meses. La huelga terminó el 2 de julio y es conocida como la Huelga de los 10 mil, por el número tan grande de obreros movilizados que se calcula llegaron a ser en realidad 50 mil (Rajchenberg, 1993).

Con Plutarco Elías Calles como presidente se promulgó el Nuevo Reglamento General de Salubridad Pública en 1924, en el que se fijan las indicaciones para realizar visitas en los establecimientos considerados peligrosos, insalubres e incómodos, entre los que se encontraban los talleres, las fábricas y las industrias.

Según palabras de Garfías (2014) se puede considerar al Dr. Francisco Echeverría, quien en 1925 fue uno de los primeros médicos del trabajo en nuestro país, el primero en consignar la neumoconiosis y específicamente, un caso de bisinosis, en trabajadoras de la industria textil.

Un dato a destacar es que en 1926 con la promulgación del Nuevo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, el periódico *El País* en junio 11, resaltó que los trabajadores quedaban reconocidos “como hombres” en el capítulo de higiene industrial; ello muestra con elocuencia, cuál era la idea socialmente imperante acerca de los trabajadores.

La comisión organizadora del VII Congreso Médico Latinoamericano en 1926 incluyó el tema de la higienización de las minas; celebrado en México hasta 1927, aunque tardío, asumió el reconocimiento de las enfermedades pulmonares derivadas del uso del polvo, a pesar de que había sido consignado por el mismo Paracelso muchos siglos antes (Garfías, 2014).

Para entonces, ya no solamente los obreros luchaban por la mejora de sus condiciones de trabajo, en 1926 los trabajadores del Estado, ya como gremio organizado, lograron que se expidiera “La ley general de pensiones y retiro”, antecedente de la “Dirección General de Pensiones”, lo que a su vez fue precursor del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) creado en 1959.

En 1927 se creó la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje (JFCA) a fin de reglamentar la competencia en la resolución de conflictos laborales en el ámbito federal.

En agosto de 1931 el presidente Pascual Ortiz Rubio expidió la Ley Federal del Trabajo, en la que quedó establecida la reglamentación jurídica sobre riesgos de trabajo (LFT), a la vez que determinó la conveniencia de expedir una Ley del Seguro Social obligatorio, de modo que para 1935, México ratificó la recomendación de la OIT acerca de la instauración de un servicio especial de higiene, seguido de la adopción de las recomendaciones Protección de la Salud de los Trabajadores de 1953, la de Servicios de Medicina del Trabajo de 1959, también las de Seguridad y Salud de los Trabajadores de 1981, y de Servicios de Salud en el Trabajo de 1985, entre algunas más. Recomendaciones y Convenios que aunque ratificadas, generalmente ni el Gobierno ni los empresarios acatan o se comprometen a dar cumplimiento.

Como presidente de México, en enero de 1932 a Pascual Oriz Rubio el Congreso de la Unión le confirió facultades extraordinarias para que expidiera la “Ley del Seguro Social”, asunto aplazado por su renuncia y retomado nuevamente por su sucesor, Abelardo Rodríguez, quien por medio de la Oficina de Previsión Social del Departamento de Trabajo intentó dar curso a la Ley que quedó estancada nuevamente debido a lo corto de su mandato.

Un dato destacable es que para el año de 1934 México todavía era considerado como uno de los países más insalubres y desnutridos del mundo. (Moreno, Moguel, Díaz de Sandí, García y Césarman, 1982).

Debido al alto número de accidentes de trabajo en las industrias, en el año de 1935 la Suprema Corte de Justicia hizo responsable a los empresarios de los accidentes y enfermedades sus trabajadores en la realización de sus labores. El año de 1936 el gobierno mexicano asumió el compromiso ante la Organización Internacional del Trabajo para que en 1938 se preparara la Ley del Seguro Social, para lo cual el secretario de Gobernación conformó una comisión mixta de profesionales para la elaboración del proyecto.

En 1940 el entonces presidente Manuel Ávila Camacho transformó el Departamento de Trabajo en la Secretaría el Trabajo y Previsión Social (STPS), bajo el supuesto de responder a las demandas del movimiento obrero mexicano, entre ellas toda materia sobre salud en el trabajo.

El 18 de diciembre de 1942 en el Diario de los Debates de la Cámara de Diputados se reconoció que, en la realización del trabajo los obreros se encuentran amenazados permanentemente por múltiples riesgos originados por el equipo mecánico con el que trabajan, o por las condiciones del medio en el que efectúan sus actividades, lo que conlleva a accidentes y enfermedades que a su vez repercuten finalmente en las condiciones de vida del trabajador y su familia.

El 19 de enero de 1943, en el Diario Oficial se publicó la Ley del Seguro Social, sin embargo, de manera diferente a lo que ocurría en otros países que asumieron las directrices del Modelo del Estado Benefactor, en el país, la práctica médica siguió enfocándose principalmente en la reparación del daño más que a realizar estrategias de prevención.

Finalmente en junio de 1943 se realizó la primera afiliación de trabajadores al Seguro Social y el 1º de enero de 1944 se iniciaron formalmente las actividades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); para el 7 de marzo de 1944 se dio a conocer el primer reglamento de clasificación de empresas, grados y riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (Moreno, Moguel, Díaz de Sandí, García y Césarman, 1982).

Ese año de 1943, el 31 de julio nace la primera Asociación Mexicana de Higiene y Medicina del Trabajo, en la realización del II Congreso Nacional de Higiene, y en 1973 se transforma en la Sociedad Mexicana de Medicina del Trabajo. A. C., organización existente hasta la fecha y por tanto considerada la primera asociación de su tipo en nuestro país.

Actualmente se registra la existencia formal de al menos 30 sociedades de Medicina y Salud en el Trabajo. En 1988 se creó la Federación Nacional de Salud en el Trabajo FENASTAC.

El Instituto Mexicano del Seguro Social incluyó en su estructura a la oficina de riesgos de trabajo e invalidez a partir de lo prescrito en el Artículo 49 de la Ley del Seguro Social, aunque uno de sus defectos fue que sólo fungió como oficina de meros trámites burocráticos.

Para 1948 se inició el análisis de los asegurados para otorgar las primeras pensiones por invalidez, en virtud de que la Ley de 1943 establecía un tiempo de espera de 200 semanas de cotización para poder ejercer tal derecho laboral. El año de 1953 la Oficina de Riesgos de Trabajo se convirtió en Departamento, y para 1965 se establece en el Centro Médico Nacional, con el nombre de Unidad de Medicina del Trabajo, en la que, desde el bienio 1968-1969 se imparte el Curso de la Especialidad de Medicina del Trabajo, y en junio de 1974 se instituyó la Jefatura de Medicina del Trabajo, la cual es disuelta 7 años después (Curiel, Legaspi y Gutierrez, 1982).

Hasta el año de 1968 no existió una preparación profesional formal de quienes se desempeñaban como médicos del trabajo en nuestro país, su conocimiento era autodidacta, salvo en algunos casos de quienes tomaron cursos sobre la materia en el extranjero. Fue en marzo de ese año en que se inicia un curso orientado a la formación de médicos especialistas en medicina del trabajo, bajo el reconocimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social y en 1969 se obtiene el aval de la Universidad Nacional Autónoma de México, mediante la aprobación del programa académico del curso por la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM. Este hecho marca los inicios de una preparación académica formal para los médicos del área.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en 1975 inició las actividades de la Coordinación de Salud en el Trabajo bajo la dirección del Dr. Jorge Renán Fernández Osorio, en el entonces Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública; para ese momento, las principales actividades que se desarrollaron fueron la creación de del Programa de Servicio Social en la Industria y un Curso Monográfico de Salud en el Trabajo para médicos que trabajaban en empresas.

El servicio social se desarrolló hasta 1985 y después de una interrupción se reanudó en 1999, manteniendo sus actividades hasta la fecha y en 2008 entra en vigor el nuevo Plan de Estudios de la Especialidad de Medicina del Trabajo, el cual sustituye al de 1994, convirtiéndose en Especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental, con un año más de estudios.

En junio 5 de 1978 se expide el nuevo Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo, cuyo objetivo fundamental es, contribuir a la reducción de los riesgos de trabajo en las empresas del país. El 13 de noviembre de 2014 se publicó en el Diario Oficial el reglamento reformado con el nombre de Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, entrando en vigor el 13 de febrero de 2015, con el cual se deroga al anterior Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo de 1997.

La modificación al Reglamento de 2015 se realizó para que estuviera en concordancia con la La Ley Federal del Trabajo vigente, que también fue modificada en 2012, la cual significó severos retrocesos en materia laboral, perjudicando fundamentalmente a los trabajadores mexicanos. Ambas modificaciones fueron avaladas, como corresponde, por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

En 1983 se constituyó la Sociedad de Especialistas en Medicina del Trabajo de México, A.C., con la finalidad de vincular el servicio, la docencia y la investigación en salud en el Trabajo. Para 1985 se creó el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina del Trabajo, A.C. (Legaspi, 1989).

El año de 1985 la Coordinación de Salud en el Trabajo de la UNAM crea el Plan de Estudios de la Maestría en Ciencias Sociomédicas el cual se aprobó en marzo de 1986 por el Consejo Universitario. El programa contenía las áreas de epidemiología, estadística aplicada a la salud y salud en el trabajo. Más recientemente, en 1998 se creó el Programa de Maestría y Doctorado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud en el que uno de sus campos disciplinarios es Salud en el Trabajo.

A la par con el Programa de Servicio Social en la Industria en 1975, inició el Curso Monográfico de Salud en el Trabajo, que en 1997 se convirtió en un Diplomado de Salud en el Trabajo. En 1998 dió inicio el Seminario Permanente de Salud en el Trabajo, y ambas actividades se han impartido ininterumpidamente hasta la actualidad bajo la coordinación del Dr. Rodolfo Nava Hernández en la Facultad de Medicina de la UNAM.

Desde el punto de vista estrictamente académico, durante décadas tres instituciones han compartido la responsabilidad de formar especialistas en el área de la salud en el trabajo en México la Facultad de Medicina de la UNAM, las maestrías de Medicina Social y la de Salud de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco y la Maestría de Seguridad e Higiene Ocupacional del Instituto Politécnico Nacional, la Especialidad en Salud en el Trabajo de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM.

El Instituto Mexicano del Seguro Social a principios de agosto de 2004 creó la Unidad de investigación de Salud en el Trabajo quedando formalizada el 9 de septiembre de 2005. La unidad de investigación cuenta únicamente con dos investigadores principales; los doctores Guadalupe Aguilar Madrid y Cuahutémoc Arturo Juárez Pérez.

Entre los estudios realizados con poblaciones trabajadoras por esta unidad de investigación se encuentran: estudio sobre la seroprevalencia del virus A(H1N1) en trabajadores antes y después de la vacunación (Aguilar-Madrid, Castelan-Vega, Juárez-Pérez, Ribas-Aparicio, Estrada-García, Baltierra-Jasso, Cervantes-Servín, Méndez-Ortega, Haro-García, Sánchez-Román, Ortiz-Navarrete, Fabila-Castillo, Magaña-Hernández, Chávez-Negrete, Salamanca-Gómez & Jiménez-Alberto, 2015); investigación de las alteraciones hematológicas en trabajadores de una fábrica

de pinturas expuestos a benceno-tuoleno-xileno (Haro-García, González-Bonilla, Chacón-Salinas, Pérez-Lucio, Juárez-Pérez, & Borja-Aburto, 2008); diabetes tipo 2 con trabajadores de la industria del cementobajo en algunos aalidad, en algunos atjo se convirtistria en 1975 inici.entiva y Salud P (Haro-García, Juárez-Pérez, Aguilar-Madrid, Sánchez-Escalante, Muñoz-Navarro, & Pérez-Lucio, 2010) cuantificación de sangre en plomo en población trabajadora (Juárez-Pérez, Zempoalteca-Angulo, Haro-García, Mercado-García, Jiménez-Ramírez, & Aguilar-Madrid, 2014).

Ahora bien, la intervención médica sobre la salud en el trabajo ha sido escasa y en ella ha predominado la visión denominada *medicalista* que entre otros Menéndez ha llamado Modelo Médico Hegemónico, sin embargo desde los años 70 empiezan a escucharse voces que plantean una visión distinta de la dominante en la medicina del trabajo:

Esto es en realidad lo que hemos tenido ocasión de verificar, de entre muchos de los especialistas aplicados a la resolución de los problemas en el trabajo, y tampoco es extraño sino frecuente que consideren su trabajo del orden técnico o científico con poca relación, cuando no del todo ajenos, a las preocupaciones o puntos de vista filosóficos o políticos...Podemos concluir que son dos los conceptos que comparten en común: a) considerar al ser humano como un objeto, como una pieza más de toda la maquinaria; y b) considerar al hombre como un medio y no como un fin en sí mismo (Córdova, 1976, pp. 10-11).

En parecida sintonía Ortíz señalaba:

En tal sentido, la especialidad de medicina del trabajo exige un profesional que conozca igualmente del proceso industrial, de tóxicos; así como de los problemas sociales, económicos, políticos y de la vida diaria del trabajador; que pueda establecer comunicación también con el empresario. No es el médico que se desenvuelve en el ambiente de frecuencia modulada, de pisos lustrosos; sino el médico de grupo que, en más de una ocasión deberá arremangarse la camisa para familiarizarse con alguna actividad del trabajo o la consistencia de un material y, finalmente no es el médico del trabajo un simple evaluador de incapacidades sino un promotor de la salud, del cambio, de la justicia social (Ortíz, 1976, pp. 5-6).

Hasta aquí hemos esbozado un panorama general sobre cómo se ha desarrollado la salud en el trabajo a lo largo de la historia en el mundo y en México; si bien es una revisión somera, permite darnos cuenta de los avatares y aciertos por el que gran número de personajes y circunstancias han atravesado.

3. LA PERSPECTIVA CRÍTICA EN EL ESTUDIO DE LA SALUD EN EL TRABAJO EN MÉXICO

Para los años 70 del siglo anterior confluyeron visiones que fomentaron el surgimiento de un movimiento intelectual y político caracterizado por un enfoque crítico sobre la salud y la enfermedad en las sociedades, en particular sobre el análisis de la salud en el trabajo, un enfoque en busca de remontar la visión medicalista sobre la problemática de salud y trabajo, descrita anteriormente.

Entre las condiciones que auspiciaron este enfoque puede mencionarse la idea relativamente generalizada entre amplias franjas de políticos, intelectuales, estudiantes y masas de trabajadores de las ciudades y grupos de campesinos por transformar la sociedad capitalista; eran tiempos en que el bloque socialista, liderado por la Unión Soviética, hacía contrapeso a la economía y la ideología capitalista.

A la par se evidenciaba la insuficiencia del modelo medicalista para solucionar los graves problemas de salud de millones de personas en el mundo, principalmente en los países dependientes y subdesarrollados, lo cual fue fundamento para el reconocimiento, desde perspectivas críticas, que la salud y la enfermedad son fenómenos mucho más que exclusivamente biológicos; subrayando que son resultado de las condiciones de vida y de trabajo, según las cuales, entre más desprotección de éstas, mayor exposición a padecer enfermedades y accidentes.

Ante ello emergió una escuela de pensamiento que desde un punto de vista crítico y predominantemente desde el encuadre analítico del marxismo, abordó el análisis de las condiciones económicas y políticas subyacentes a la aparición de la enfermedad, lo cual se expresaba de manera diferencial entre los países y a su interior. Se logró demostrar sin lugar a dudas que los trabajadores y sus familias padecían mayor variedad y gravedad de enfermedades que los sectores

acomodados, lo que se constata nítidamente en los perfiles nacionales de morbimortalidad.

De esta manera, el estudio de la enfermedad se emplazó desde diversos puntos de vista que, si bien no del todo novedosas, sí resurgieron más sistematizados y generalizados, dando lugar al reconocimiento de la medicina social y la epidemiología crítica como instrumentos analíticos para comprender los fenómenos de la salud y la enfermedad.

Para entonces, se empezaba a hablar del proceso salud-enfermedad como una conceptualización no sólo distinta desde el punto de vista teórico, sino comprometida con los actores y víctimas de la injusticia.

En terrenos del mundo laboral, la reconfiguración de los grandes capitales a nivel mundial impactó las condiciones de trabajo y las formas de vida laboral; para ese momento el sindicalismo independiente y crítico alcanzaba grados de consolidación y fuerza política, lo que le permitió reivindicar la salud en el trabajo como un derecho laboral y social por el cual era necesario luchar.

Esto contribuyó a que el problema de la salud de los trabajadores se estudiara desde la perspectiva marxista del trabajo, a partir de categorías como: proceso de trabajo proceso de valorización del capital, formas de organización, división del trabajo y procesos de enajenación.

Para los años 70 del siglo pasado una vertiente del pensamiento progresista en Italia gestó lo que se conoció como Reforma Sanitaria Italiana; este movimiento por transformar el sistema de salud se extendió a una reforma manicomial y la defensa de la salud en el trabajo por los sindicatos de la gran industria. Este compromiso por la salud quedó documentada con la aparición de textos en ese momento emblemáticos para los estudiosos de la salud en el trabajo (Berlinguer, 1983).

En 1974 Franco Basaglia publica *La salud de los Trabajadores* planteando que los procesos productivos directos e indirectos no sólo son eje de la productividad, sino

además son determinantes de las relaciones sociales y que la salud era un tema revolucionario y la salud obrera la caracterizaba como un problema médico pero también, y sobre todo, un problema político, de clase. La enfermedad debía ser entendida como pérdida de trabajo, en el sentido de que sin salario el trabajador quedaba incapacitado para curar su enfermedad; distinguía claramente la medicalización de la política, de la politización de la medicina y realizó además un análisis crítico del modelo médico imperante (Basaglia, Giovannini, Miniati, Pintor y Pirella, 1984).

En *La Muerte Obrera*, publicada por vez primera en 1974 Ricchi planteó que la división entre enfermedades profesionales y generales, y entre enfermedades de trabajo y accidentes de trabajo, son divisiones artificiosas debido a que casi el 80% del tiempo humano se consume directa e indirectamente por el trabajo. Planteaba que los sindicatos deberían trabajar por el reconocimiento de que las condiciones de trabajo pueden producir estados de malestar que, si bien no son determinables con precisión a nivel patológico, afectan negativamente la vida total del trabajador. Ricchi reportó estudios realizados por otros investigadores en más de una década, de 1961 a 1972, efectuados con trabajadores de la industria de los electrodomésticos, la fabricación de armas, la agricultura, marítimos y de plataformas petroleras, así como quienes laboraban con campos eléctricos, albañiles, con quienes trabajaban con madera, de la manufactura de ladrillos y cemento, fabricantes de llantas y autos, y construcción de motores, tractores, barcos, aviones y operarios de la industria nuclear. Denunció la carencia de normas contra los daños producidos por el trabajo y la negligencia de empresarios y gobiernos (Ricchi, 1981).

En 1976 el cardiólogo Mario Timio publica *Clases Sociales y Enfermedad* texto en que propone una medicina comprensiva o medicina total; hizo una revisión sobre diferencias de la duración de vida entre miembros de las clases privilegiadas y distintos grupos de trabajadores, observando que las clases trabajadoras presentaban una esperanza de vida más corta. Realiza una crítica a la medicina del trabajo por considerarla un lubricante del engranaje de la productividad, una espectadora de apariencia neutral, sobre la disgregación de la salud de los trabajadores, y sobre todo, sin compromiso con la eliminación de condiciones de riesgo que acosan la salud del trabajador.

A Timio (1986) se debe una de las primeras demostraciones rigurosas de la falsedad de que el distrés es propio de los mandos gerenciales, ya que sus estudios encontraron que los trabajadores lo padecen en mayor medida producto de la condiciones de trabajo.

Vinculado a la perspectiva emanada del movimiento italiano por la salud, en México y otros países latinoamericanos se difundieron los aportes que en la década de los 50s' se produjeron en Suecia sobre salud y trabajo, trabajos realizados, entre otros, por B. Gardel, M. Frankenhaeuser, L. Levi y T. Theorell y R. Karasek. Debido a la acelerada imposición del fordismo en ese país se realizaron una serie de estudios sobre sus efectos en la salud de los trabajadores; entre lo destacable de estas aportaciones se encuentran los hechos de la participación de las organizaciones sindicales y la aprobación de leyes que fomentaban inclusión de los trabajadores en la gestión empresarial y el reconocimiento explícito de los efectos nocivos de la mecanización y la alta especialización del trabajo; tal legislación posibilitaba su eliminación.

De tales aproximaciones se rescata la introducción de postulados de la psicología social, la psicofisiología y la medicina somática, junto con la aceptación de la exploración de la perspectiva obrera sobre la satisfacción con el trabajo, con la empresa y condiciones de trabajo asociadas a la monotonía, repetitividad, exigencia de alta atención, responsabilidad excesiva, presiones de tiempo para ejecución de las tareas, la dependencia hacia la máquina, las herramientas o el equipo en general, el trabajo corporal pesado, la relación con supervisores y compañeros y las posibilidades de comunicación y salarios, entre otros tópicos más.

También de ellos destaca la importancia atribuida a los efectos de las demandas y el control, y el rescate de los conceptos “sobrecarga cuantitativa” y “subcarga cualitativa” y sus vínculos con el distrés. La aportación más significativa por su uso en el mundo del estudio del estrés y los aspectos psicosociales en el trabajo es contribución de Karasek, con el modelo *demanda-control* y el complemento con el apoyo social de Johnson (Martínez, 1997), (Karasek, 2001).

Una característica destacable de la corriente escandinava fue la medición de variables psicofisiológicas, con la precaución de incluir en las propuestas el

reconocimiento de algunas condiciones de la organización del trabajo y de orden estrictamente social (Matrajt, 1994).

Asimismo un referente obligado para ese entonces en los investigadores interesados por la salud en el trabajo, fuera de la perspectiva médico-hegemónica fue la propuesta hecha en Francia conocida como el *Método Lest* del Laboratorio de Economía y Sociología del Trabajo. Desde esa metodología para evaluar y mejorar las condiciones de trabajo, la salud se concebía fundamentalmente apegada al equilibrio fisiológico del organismo, teniendo como foco las evaluaciones del puesto de trabajo, con el aporte de la evaluación de algunos elementos psicológicos y sociales; todo, desde el concepto nuclear “carga”, y “carga mental” (Guélaud, Beauchesne, Gautrat y Roustang, 1981).

Pero también en el núcleo del imperio industrial surgieron voces de investigadores interesados en la salud en el trabajo, que reconocieron los fuertes impactos negativos de las formas de trabajar en la producción norteamericana. Daniel M. Berman publicó en 1978 *Muerte en el Trabajo*, que inicia con un recorrido histórico con cifras desde finales del siglo XIX sobre las batallas de trabajadores por la salud y la seguridad en el trabajo, y además los efectos nocivos del trabajo en distintas ocupaciones, como en industria del acero, entre agricultores, trabajadores del asbesto, industria automotriz, construcción, industria petrolera, la química, atómica, minera, del hule y conductores de camiones. Desde luego subrayó el impacto del entorno económico-político, las acciones de los sindicatos, la lucha por el reconocimiento de los riesgos ocupacionales, el desarrollo de normas de salud en el trabajo y el sistema de compensaciones por seguridad en el trabajo.

Berman relata como la doctora Alice Hamilton, considerada la fundadora de la medicina ocupacional de Estados Unidos, hubo de enfrentar resistencias de la alta gerencia para aceptar las demandas por mejorar las condiciones de trabajo en la población trabajadora norteamericana (Berman, 1983).

Por su parte, en 1971, Jeanne M. Stellman y Susan Daum dan a conocer en *El Trabajo es Peligroso para la Salud* su postura respecto al problema y afirman de inicio que no hay imparcialidad en la salud ocupacional proclamándose a favor del trabajador

y denunciando que la preocupación de los empresarios y los ingenieros consiste sólo en aumentar la productividad a costa de la vida y bienestar del trabajador, todo ello en aras de obtener la máxima ganancia. Señalan lo necesario de oponerse a los misterios y lenguaje médicos y lo necesario de hacer una traducción de este lenguaje para gente no especializada y contribuir con ello a una mayor comprensión de la problemática.

Además de analizar ampliamente los riesgos de los agentes químicos en la salud, el ruido, las vibraciones, las radiaciones y la contaminación del ambiente de trabajo, también contribuyeron a la desmitificación del estrés como un problema exclusivo de altos ejecutivos, identificando varios efectos de los estresores laborales a que se encontraban expuestos los trabajadores y tipos de perjuicios para su salud e integridad mental (Stellman y Daum, 1986).

De todas estas propuestas metodológicas, teóricas, pero sobre todo políticas sobre el estudio del trabajo y sus efectos en la salud, cuyo denominador común era situarse fuera de los limitantes márgenes de la oficialidad de la medicina del trabajo, quizá la tentativa que más destacó por su originalidad y efecto investigativo y teórico sobre el tema de la salud en el trabajo es el que originalmente fue denominado como el Modelo Obrero Italiano, creado y desarrollado por el mencionado psicólogo italiano Ivar Oddone y otros, a mediados de la década de los 60, publicado en 1969 y puesto en práctica en México y varios países de Latinoamérica en los 80's.

El Modelo Obrero surgió a partir de las acciones de la Comisión Médica de la Camera del Lavoro de Turín en donde participaron obreros, sindicalistas, estudiantes y profesionistas; la experiencia se consolidó a partir del trabajo de profesionales de la salud y obreros de la 5ª sección de FIAT-Mirafiori bajo la coordinación de Oddone (Laurell, 1984).

La idea esencial del modelo obrero consiste en la posibilidad de generar conocimiento desde la experiencia obrera misma, con la finalidad de transformar no sólo las condiciones nocivas de trabajo, sino sobre todo, la relación entre el capital y el trabajo. La metodología básica del modelo obrero, si se le puede calificar así, se sustentaba en cuatro principios básicos:

- a) la no delegación, que consistía en asumir, por parte del trabajador -entendido como un sujeto colectivo-, la responsabilidad en la toma de decisiones sobre el quehacer respecto a los problemas de salud en el trabajo, en vez de delegar la capacidad de decidir a los especialistas, fuesen éstos médicos, higienistas o cualquier profesional que dictara lo que era correcto en términos de la salud, la higiene y la adopción de medidas contra la siniestralidad en los centros de trabajo,
- b) lo anterior sólo podía asentarse en el reconocimiento del saber, la experiencia, organización y movilización de los trabajadores, y establecida la premisa de que ante la experiencia o subjetividad obreras, nadie podría conocer mejor que ellos mismos cómo era su trabajo, sus riesgos, efectos y posibles formas de modificar estos elementos para lograr la salud colectiva;
- c) este principio era basamento para otro principio cardinal del modelo: el grupo homogéneo. Éste lo constituyen grupos de trabajadores que se conformaban a partir de la experiencia común de encontrarse expuestos a los mismos riesgos y posibles daños, por el hecho de realizar la misma actividad o alguna similar;
- d) por último, el cuarto principio era el de la validación consensual que no era más que el reconocimiento del valor de las opiniones del colectivo sobre todos los riesgos y daños a los que se encontraban expuestos y que conducirían a la adopción de decisiones grupales, eliminando de esa manera apreciaciones únicamente individuales y lograr con ello acuerdos generalizados entre el grupo homogéneo.

Del trabajo derivado del cumplimiento de los cuatro principios del modelo obrero se pasaba a realizar una evaluación del trabajo, sus condiciones, riesgos, daños y propuestas de solución, a partir de un formato de encuesta colectiva que a su vez guiaba la realización del mapa de riesgo, que no es más que la representación gráfica del proceso de trabajo con el que se podían identificar puestos de trabajo, tareas y condiciones del medio ambiente laboral y riesgos y daños asociados a cuatro grupos de agentes o riesgos: los físicos, los químicos, los que implicaban esfuerzo físico y los que podían generar efectos más en el orden de lo mental o lo psicosocial.

Para una mejor comprensión por parte de todos los trabajadores, esta graficación del proceso de trabajo era completado con una serie de símbolos que fueran comprensibles para todos sin importar el grado de escolaridad, que consistían en figuras geométricas de distintos colores y tamaños que representaran la presencia de los distintos riesgos y su magnitud (Odonne, Marri, Gloria, Briante, Chiattella y Re, 1977).

El Modelo Obrero motivó el desarrollo de varios estudios con distintos grupos de trabajadores en los países latinoamericanos y puesto que representaba más que una metodología para la evaluación de condiciones de salud en el trabajo, por su carácter movilizador inspiró, junto con las propuestas mencionadas, estudios que sin recurrir propiamente a su parte técnica, ayudaron a generar la conciencia de clase, presupuesto necesario para el desarrollo de esta modalidad investigativa en los trabajadores, así como entre los investigadores comprometidos con la salud en el trabajo.

Estas propuestas lograron articularse en una posición sólida desde el punto de vista teórico, y comprometidas política e ideológicamente a partir de la concepción de la Medicina Social que, para los setentas, se convirtió en el referente necesario para la comprensión de los fenómenos de la salud y la enfermedad. Si bien la Medicina Social como enfoque nuevo en los países latinoamericanos, no fue creada propiamente en el continente, aunque sí fue reconceptualizada, hunde raíces en los movimientos sociales y en los reformadores médicos de mediados del siglo XIX quienes partían de la idea básica de que la enfermedad se encontraba relacionada con los problemas sociales. En Latinoamérica, inspirándose en ese concepto, entre los años 50's y 60's el movimiento crítico sobre la epidemiología multicausal decidió retomar la denominación Medicina Social pero reformulada desde los planteamientos del materialismo histórico para asentar tanto teórica como metodológica y políticamente, la nueva visión sobre la salud (Duarte, 1991).

El elemento central de la Medicina Social latinoamericana fue reconstruir el objeto de estudio de la epidemiología y la medicina hegemónicas, a partir del reconocimiento del carácter histórico social, no de la salud o la enfermedad como eventos independientes, sino de lo que entonces denominó *proceso salud-enfermedad*,

no sólo de los individuos, sino de manera sustancial de las colectividades. Tiempo después, esa vertiente fue el sustrato epistemológico y político para el surgimiento de la nueva perspectiva crítica sobre la salud y la enfermedad que hoy se denomina *Salud Colectiva*.

Al interior del modelo de la Medicina Social se desarrollaron distintas vertientes como la de Cristina Laurell quien desarrolló la categoría proceso de trabajo como eje nuclear del estudio de la salud y la enfermedad de las colectividades obreras, o la línea de Jaime Breilh y Edmundo Granda quienes trabajaron desde la noción reproducción social; y una más, la que se orientó al análisis de las políticas de salud del Estado (Quevedo y Hernández, 1994).

Un rasgo esencial de la Medicina Social fue dar un tratamiento conceptual a los problemas de la salud desde los encuadres de las ciencias sociales y no sólo desde los márgenes estrechos de la práctica médica clínica y la medicina ocupacional. De la misma manera la salud en el trabajo dejó de ser desde esta perspectiva un terreno de dominio exclusivo de los médicos e higienistas y, por primera vez, un grupo de profesionales de otras disciplinas tomaron en sus manos el estudio de la salud de los trabajadores: sociólogos, antropólogos, enfermeras, economistas y psicólogos, entre otros. Así, sobre el objeto de estudio *salud en el trabajo*, se generaron una diversificación de observaciones, una profundización de las explicaciones y una complejización de las intervenciones.

En México, de las primeras en escribir una considerable cantidad de obras desde la perspectiva Médico Social fue Asa Cristina Laurell quien publica el artículo *Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social*, condensando en tres principios la propuesta global:

- a) el innegable carácter de clase de la enfermedad,
- b) a pesar del avance científico tecnológico la medicina era incapaz de dar solución a los problemas de la salud de las colectividades y
- c) que el desarrollo económico no implicaba la desaparición de ciertas enfermedades, sino a la inversa, las redistribuía y generaba nuevas (Laurell, 1977).

Esta misma autora argumentó concentradamente sobre el carácter histórico y social del proceso salud-enfermedad a partir del tipo, frecuencia y distribución de la enfermedad entre los diferentes grupos sociales a partir de conceptos novedosos como los de “desgaste, reproducción y determinación” a diferencia de los conceptos clásicos de la epidemiología o la llamada “biomedicina” como el de multicausalidad (Laurell, 1982).

Quizá la publicación que generó el debate a profundidad sobre el trabajo y su relación con la salud desde esta nueva perspectiva fue el artículo pionero de 1978 *Proceso de Trabajo y Salud* también de Laurell, en que hace una crítica a la salud ocupacional tradicional por ver al trabajo como un problema estrictamente ambiental, biólogo e individualista y propone la reformulación del problema, a partir de considerarlo como no sólo colectivo, sino cultural, y de ubicar al trabajo no exclusivamente como actividad distinta al consumo, sino como eje fundamental de la vida en la sociedad capitalista.

Recurre al concepto de proceso de trabajo desde el marco marxista y además, de manera importante, su vínculo indisoluble con los procesos de valorización a través de las formas de extracción de plusvalía absoluta y relativa; desde este enfoque es que infinidad de investigadores, a partir de ese momento, empiezan a desarrollar estudios en poblaciones trabajadoras, varios de los cuales se realizan a petición de los sindicatos e incluso de los sectores disidentes de algunas dirigencias sindicales.

En la década de los 80's Laurell, junto con varios estudiosos orientaron sus análisis y desarrollaron un vasto conjunto de estudios sobre la salud y la enfermedad obrera, desde la óptica de la determinación del proceso de trabajo sobre la integridad corporal y mental de los trabajadores.

Lo que a juicio de Laurell sirvió como detonador de la atención sobre los problemas de la salud de los trabajadores, hasta mediados de la década de los 70's fue, en el plano global, el acelerado proceso de industrialización de la época, la heterogeneidad de los procesos laborales, las implicaciones de la nueva división internacional del trabajo de la época, y los efectos a corto plazo de lo que en algunos de los países latinoamericanos se denominó, como en nuestro país, el

“milagro económico” y consecuencia de todo ello, la magnificada exportación de riesgos a nuestros países.

Vinculados a estas condiciones de la dinámica económica y laboral del sector industrial en Latinoamérica se encuentran hechos como la constitución de la clase trabajadora como fuerza política y social activa y participante, la militancia y compromiso de intelectuales y académicos de Universidades Latinoamericanas que, desde la reflexión crítica y el trabajo de reconstrucción teórica y metodológica, realizaron investigaciones empíricas sobre el trabajo y sus repercusiones negativas en la salud de los trabajadores, muchas de las cuales fueron realizadas a la luz de las formulaciones de las metodologías y concepciones teóricas y políticas de los médicos norteamericanos críticos, las de los franceses como el caso del Método Lest y, particularmente, las orientaciones y adaptaciones del modelo obrero italiano, poniendo distancia con la práctica tradicional de la medicina del trabajo que se desarrollaba desde las esferas oficiales de los gobiernos y las prácticas empresariales (Laurell, 1986).

Este interés por la relación salud-trabajo no se circunscribió solamente a la teorización desde el punto de vista académico, ni a la investigación empírica realizada con un carácter únicamente descriptivo de la problemática; hundió sus raíces en análisis de la misma epistemología que se encontraba detrás de la teorización, el uso de diversas metodologías y de la imperante necesidad de qué hacer con los datos recabados por los diversos investigadores; de acuerdo con Laurell, (1991) por aquellos años se podían distinguir tres grandes vertientes del problema teórico: 1) cómo conceptualizar el trabajo y como establecer su importancia para la salud; 2) cómo analizar las mediaciones entre trabajo y salud y 3) cómo conceptualizar a la propia salud.

Coincidente con la implantación de esta vertiente de pensamiento, el Instituto Mexicano del Seguro Social se dio a la tarea de publicar una colección de textos que bajo el título genérico “Lecturas en Materia de Seguridad Social” abordaron temas relativos a la salud en el trabajo que, aún desde la perspectiva de la Medicina del Trabajo clásica fueron en ese momento un aporte bibliográfico de enorme interés, en virtud de la escasa producción literaria especializada de

entonces; algunos títulos fueron: *Riesgos de Trabajo*, 1979; *Seguridad e Higiene*, 1980; *Accidentes de Trabajo*, 1980; *Ergonomía*, 1982; *Medicina del Trabajo*, 1982; *Enfermedades de Trabajo*, 1983; *El Instituto Mexicano del Seguro Social y la Rehabilitación*, 1984 y *Ruido Industrial*, 1985. En tales textos escribieron algunos de los especialistas en alguna de las ramas de la medicina del trabajo más reconocidos en ese momento, cabe destacar, entre otros, los trabajos del Doctor Jorge Fernández Osorio.

Para todos quienes apenas incursionan en la breve, desdibujada y accidentada historia del estudio de la salud en el trabajo en México, el Dr. Fernández Osorio es la personificación del compromiso político, ideológico y especializado sobre esta área, no sólo del conocimiento sino, sobre todo, de la vida social global de este país.

Por la misma época de publicación de estos libros apareció una serie de pequeños manuales, también del IMSS, sobre “*La psicología en la medicina del trabajo*”, “*Factores psicosociales en el ambiente de trabajo*”, “*El síndrome orgánico cerebral por disolventes orgánicos*”, y otro intitulado “*Neurosis*”.

Para 1988 la perspectiva empresarial no quiso quedar fuera del análisis de la problemática, y una empresa de la industria químico farmacéutica editó el libro *La Salud en el Trabajo* en que, no obstante varios de los autores de los capítulos eran catedráticos de la UNAM y otras Instituciones de educación superior como el Instituto Politécnico Nacional, pero desafortunadamente la mayoría no eran profesionales del área, por lo cual el enfoque de la obra no alcanzó a rebasar descripciones simplistas y carentes de toda visión crítica sobre las determinaciones culturales del fenómeno del trabajo y sus perjuicios en la salud, apegándose más a la tradición de la medicina del trabajo convencional (Martínez, 1988).

De principios de los años 70 y hasta mediados de los años ochenta surgió la preocupación de colectivos laborales, sindicatos y académicos comprometidos con los trabajadores del país, por realizar estudios con los que pudiera demostrarse la indisoluble relación del trabajo con los daños a la salud, a consecuencia de las condiciones de trabajo.

Algunos de los varios estudios realizados por esos años, que resultaron ser emblemáticos de esta nueva perspectiva de abordaje sobre los problemas de la salud de los trabajadores son los siguientes:

El caso de los trabajadores de la fabrica de loza El Anfora es digno de mención, pues despues de una agerrida lucha emprendida por su sindicato se logró que se incluyera en la Ley Federal del Trabajo de 1970 el articulo 499 el cual señala la obligatoriedad de las patronales de proporcionar otro trabajo al trabajador que, habiendo sufrido un riesgo de trabajo, no pudiera desempeñar el primero, lo cual quedo establecido también en una cláusula en el contrato colectivo de trabajo (Fernandez, 1999).

Diversos estudios y reportes de 1976 a 1978, 1979 y 1981 realizados sobre las condiciones salariales de trabajadores de Petroleos Mexicanos (PEMEX) y las condiciones de seguridad en el trabajo, indicaban que éstas eran altamente desfavorables, particularmente para el caso de los trabajadores eventuales o transitorios, lo que se expresaba en una alta tasa de accidentabilidad y enfermedades infecciosas, así como una menor esperanza de vida que los empleados de planta. Para 1981 los trabajadores transitorios que habían sufrido algún accidente representaban el 88.74% de todos los accidentados de la empresa, mientras que para los trabajadores de planta la tasa por cada 100 era de 4.6, para los transitorios fue de 10.99: A esta situación se agregaba el hecho de que la empresa atribuía las causas de los accidentes en más de un 85% a “actos inseguros”, con la indiferencia del sindicato por mejorar las condiciones de trabajo en las actividades primarias, de refinación y petroquímica (Rojas, 1985).

En 1977 el Sindicato de Trabajadores del Sistema de Transporte Colectivo Metro, inició movilizaciones sobre las áreas insalubres y peligrosas para tomar medidas preventivas sobre los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, con asesoría de la Coordinación de Salud en el Trabajo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; en este caso, el estudio fue realizado de común acuerdo entre el sindicato y la empresa, con la finalidad de fijar las compensaciones que correspondieran por trabajar en las zonas insalubres y peligrosas (Fernández, 1999).

Casi diez años después, se realizó otro estudio en que se utilizó el modelo obrero para identificar daños a la salud; se eligieron ocho grupos homogéneos compuestos por diez trabajadores de las secciones de vías, material rodante, transportes, administrativos, de electromecánica y de taquillas.

En cada uno de los grupos, entre las molestias más frecuentes, se identificaron gripas, problemas para respirar, dolores de cabeza y ojos, problemas de agudeza visual, náuseas, dispepsia, gastritis, diarreas, parasitosis, dolores de espalda, varices, tensión nerviosa, agresividad, neurosis, cortaduras, machucones, fracturas, caídas, golpes en manos, sordera, cansancio, disminución de la agudez visual, sensación de vacío, lumbalgias, falta de apetito, irritabilidad, somnolencia, aturdimiento, debilidad, pérdida de equilibrio, depresión, quemaduras en manos, piel y cara, sueños relacionados con el trabajo, toques eléctricos, pesadillas, pérdida del sentido de la orientación, disminución de la capacidad para concentrarse, sensación de que los usuarios van a lanzarse a las vías, claustrofobia y desgaste emocional.

Todas las molestias fueron asociadas a las condiciones de trabajo específicas de cada uno de los grupos y después fueron cotejadas con los expedientes clínicos para validar la información obtenida, para lo que se revisaron 596 expedientes (Palacios, 1989).

El Sindicato Mexicano de Electricistas (SME), impulsó un estudio en 1978 el cual fue coordinado por el Dr. Jorge Fernández Osorio bajo tres objetivos principales.

- a) Demostrar y obtener el reconocimiento de lo que se denomina “el riesgo eléctrico”.
- b) Reconocer como consecuencia del riesgo eléctrico la existencia de problemas específicos de salud en trabajadores expuestos.
- c) Modificar la cláusula 64 del contrato colectivo de trabajo, que estatúa la jubilación anticipada de 30 a 25 años, cuando se hubiese laborado bajo exposición al riesgo eléctrico durante 15 años de trabajo en la empresa, (Fernández, 1999).

Para la realización del estudio se eligieron dos grupos, el A de trabajadores expuestos a riesgo eléctrico (151) y el B, de trabajadores no expuestos (33); en el caso de los trabajadores expuestos se tomaron tres mediciones, antes de iniciar la jornada, durante la jornada y al finalizar después de asearse; se midieron frecuencia cardiaca, presión sistólica y diastólica, y se tomaron muestra de orina para la medición de catecolaminas (Sindicato Mexicano de Electricistas, 1978).

Acerca de la sobrevivida después de 10 años de la jubilación, se obtuvo que los expuestos sobrevivieron el 61.6% mientras que para los no expuestos la sobrevivencia fue del 93.4% (Rodríguez, Pérez y Jáuregui, 1981).

De acuerdo con el Dr. Fernández Osorio, el reconocimiento del *Riesgo Eléctrico* significó para el SME una lucha de 10 años (Fernández, 1999).

En 1979 las operadoras de teléfonos desde el Sindicato Mexicano de Telefonistas de la República Mexicana (STRM) demandaron el reconocimiento de problemas de salud no consideradas por la ley como enfermedades de trabajo, para ello se realizó en estudio con la finalidad de respaldar rigurosamente una demanda contractual, que se esperaba convertir en un convenio para establecer una cláusula en la que se contemplara lo necesario de instrumentar acciones hacia la prevención, curación y rehabilitación por los riesgos de trabajo reconocidos para las telefonistas; las demandas se centraron en:

- a) mejorar las condiciones de trabajo en locales y salas de descanso.
- b) reducir la jornada laboral a 6 horas.
- c) obtener el reconocimiento de enfermedades y riesgos profesionales.
- d) jubilación a los 25 años de trabajo y 50 de edad.

Cabe señalar que los riesgos reconocidos para las operadoras eran neurosis, hipoacusia y laringitis crónica, y se aplicó una encuesta a 3256 operadoras (Tamez, 1984).

El año de 1980 se publica un estudio sobre el Perfil Patológico de trabajadores de la empresa constructora de camiones y tractocamiones Diesel Nacional, (DINA) que para entonces figuraba como empresa de “beneficio común” por ser empresa con mayoría de capital gubernamental.

Las premisas de las que los investigadores partieron fueron tres:

- a) Que la salud y la enfermedad no eran un fenómeno individual, sino colectivo;
- b) Que la determinación del proceso salud-enfermedad se encontraba en su proceso de trabajo y
- c) que los procesos de trabajo determinan la forma de enfermarse, los tipos de patología, la duración de la vida y las causas de muerte.

La investigación giró alrededor de tres fuentes de acopio empírico:

- a) la observación directa del proceso de trabajo y sesiones de discusión con personal, técnico, representantes sindicales y trabajadores;
- b) la realización de una encuesta para obtener información sobre el proceso de trabajo, condiciones de vida y salud, y
- c) la revisión de documentos, organigramas, diagramas y fundamentalmente expedientes clínicos de 108 obreros, sobre enfermedades diagnosticadas, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Con tal información se establecieron 38 diagnósticos diferentes, que después se agruparon en ocho, con los cuales se obtuvo el perfil patológico de la población (Echeverría, Franco, López, Sánchez, Sempertegui y Vega, 1980).

En 1982 trabajadores de Altos Hornos de México emprendieron una lucha por mejorar las condiciones de trabajo y la reducción de la jornada semanal a 40 horas, reducir el tiempo de exposición a contaminantes y agentes físicos, y lograr la jubilación

anticipada; esta tentativa hubo de realizarse con la posición antidemocrática de la propia dirigencia sindical (Fernández, 1999).

Para ese mismo año de 1982, se publicó un libro por investigadores de la Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional en el que se pretendió presentar un marco teórico que sirviera de guía conceptual para la investigación sobre la salud de los trabajadores mexicanos, el cual incluía un capítulo sobre la relación del proceso de trabajo y su relación con las alteraciones psíquicas (Tecla, Ortega, Reyes, Barbosa y Gómez, 1982)

Para 1983 el Sindicato Nacional de Técnicos y Trabajadores de Tierra de Aeroméxico (SNTTAM) solicitó la realización de un estudio para los trabajadores de tierra de Aeroméxico cuyo propósito era determinar las condiciones de su ambiente de trabajo y las enfermedades provocadas, además de crear una tabla de enfermedades profesionales que pudieran incluirse en el contrato colectivo de trabajo. En dicha investigación, por primera vez en el país se utilizó la metodología de obreros y especialistas de la salud italianos, el ya descrito *Modelo Obrero*.

Entre los resultados se encontró que los trabajadores del área de operaciones terrestres señalaron al ruido, humos y cambios de temperatura, como los elementos más dañinos para ellos; para los empleados de mantenimiento los más nocivos fueron también el ruido que afectaba al 91% de trabajadores, las sustancias químicas en forma líquida, impactando al 66%, y los elementos que producen fatiga orgánica, afectando al 53%; para los trabajadores de pintura y soldadura, la mayor exposición se encontró ante sustancias químicas como cromo, plomo, zinc y las derivadas del benceno. Una vez identificados los factores y las alteraciones en la salud de los trabajadores se elaboró la tabla de enfermedades de trabajo (Lozano y Noriega, 1984).

Desde inicios de los años 80 del siglo anterior hasta principios de la década siguiente se realizó un conjunto de estudios en las maquiladoras asentadas en la frontera norte del país, como resultado de la apertura del gobierno mexicano a la industria extranjera desde 1965 cuando se instaura el Programa de Industrialización Fronteriza; entre otras razones, según postura gubernamental, debido a la

intención de reducir el desempleo en la frontera, aunque la verdadera razón era la reducción de los costos de producción para las empresas. El éxodo de miles de industrias de Estados Unidos inició en 1975 a por lo menos 39 países, y para 1982 se contabilizaban 600 industrias asentadas en la frontera norte del país, con una plantilla de 122,799 trabajadores y trabajadoras.

Dicha apertura, aunque en apariencia significó el alivio al desempleo, implicó la contratación bajo pésimas condiciones de trabajo, privilegiando la producción por sobre la salud, y una escasa preocupación por los accidentes y las enfermedades de los y las trabajadoras.

Un estudio emblemático, de Iglesias (1985), realizado con 10 mujeres de Tijuana, considerado como historias de vida obrera, que estudió el significado de ser obreras y su percepción sobre la vida laboral, identificó el perfil de ese grupo de trabajadoras encontrándose que en su mayoría eran jóvenes de 16 a 24 años de edad, solteras o madres solteras y con escaso nivel de escolaridad.

Entre las razones por las cuales hubo un fuerte impulso a la contratación de mano de obra femenina en la industria maquiladora se enumeran: ser mano de obra con alto grado de habilidad para las operaciones, en su mayoría procesos tayloristas, y dispuestas a recibir bajos salarios, se les consideraba por tanto mano de obra dócil, muy disciplinada, sana y de la que se podía esperar una mayor productividad; estas mujeres llegaron a constituir entre el 80 y 90% de los trabajos directos.

Para las empresas resultaba muy fácil ejercer un fuerte control político-ideológico para elevar al máximo la producción, las jornadas vespertinas abarcaban las cuatro de la tarde a las dos de la mañana, realizando movimientos repetitivos y monótonos, y acelerados ritmos de producción.

Entre otras, se encontraban fábricas de muñecas de trapo con cabeza de plástico, y de tornillos y ensamblado de rectificadores. De las principales actividades que realizaban las mujeres con las que se hizo el estudio estaban la del ensamble, el empaquetado y soldadura por lo cual, además de la fatiga, se encontraban expuestas

a ácidos nítrico, sulfúrico, hidróflúrico, ascético, al níquel y al freón. Una condición constante en esta población trabajadora femenina era además el acoso sexual por parte de supervisores, jefes y reclutadores.

Un estudio más, realizado por Ravelo (1994), con obreras de la maquila de Chihuahua, de las industrias de autopartes, componentes eléctrico-electrónicos y de la confección de ropa, se hizo mediante entrevistas estructuradas. Se encontró que, de enero de 1989 a febrero de 1990, de las 55 empresas registradas en el IMSS, sólo 18 reportaban los accidentes de trabajo, cuando para entonces se contabilizaban en 25,614 obreros quienes trabajaban en la maquila, y de los cuales 17,879 eran mujeres.

Para el caso particular de la maquiladora de ropa Cirmex, se reportaba que en ella no se llevaban a cabo los programas de higiene y seguridad industrial debido a que el equipo de seguridad resultaba incómodo a las trabajadoras y los accidentes laborales más frecuentes eran en manos 40%, por el uso de alambres con riesgo de amputación de dedos 20% y quemaduras, 13%.

Los problemas de salud identificados con mayor prevalencia fueron dolores de cabeza 66.7%, de caderas y piernas 46.7%, várices 49%, alteraciones de la menstruación 20% y riesgos laborales que producían abortos, 5%. De acuerdo con esta investigadora, en la maquila se ha encontrado un alto perfil de inmadurez del producto y bajo peso al nacer, anomalías congénitas, e incluso casos de anencefalia. Los daños a la salud se relacionaban con la exposición al polvo, al ruido, al ambiente térmico, a la iluminación, al grado de atención visual y manual requerida, y al trabajo intenso, repetitivo y monótono. La fatiga también se encontró como parte del perfil patológico de las trabajadoras.

A mediados de los años 80 se realizó una investigación sobre las condiciones de trabajo y salud, promovido por obreros de base y la dirección sindical de la sección 271 del Sindicato Nacional de Trabajadores Minero Metalúrgicos de la República Mexicana (SNTMMRM), de la Siderúrgica Lázaro Cárdenas las Truchas (SICARTSA). El estudio se realizó en tres etapas:

- a) La primera tenía como finalidad hacer un sondeo sobre cómo se trabajaba en las distintas áreas, en qué condiciones y qué daños a la salud producían;
- b) La segunda consistió en medir y describir de manera específica los riesgos o cargas más dañinos observables en el proceso de producción y definir cuántos obreros se encontraban afectados en su salud y particularmente qué enfermedades se identificaban, y
- c) La tercera etapa consistió en establecer un sistema que permitiera al sindicato vigilar las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores; para realizar el estudio se utilizó también el Modelo Obrero (Laurell y Noriega, 1987), (Laurell y Noriega, 1989a) y (Laurell y Noriega, 1989b).

Días después del terremoto de 1985 se descubrió una realidad laboral en la Ciudad de México, tan atroz como el mismo sismo, en trabajadoras de la industria de la costura y la confección. Además de los cientos de muertes de mujeres que quedaron sepultadas bajo los escombros de los edificios derrumbados cerca del centro de la Ciudad, este hecho llevó a varias de las sobrevivientes a organizarse por primera vez en un sindicato al que nombraron con el día del fatídico acontecimiento: Sindicato Nacional 19 de septiembre.

A partir de su organización gremial se supo que miles de trabajadoras de la industria del vestido trabajaban en fábricas y pequeños talleres bajo condiciones de semiesclavitud; bajo condiciones de trabajo deplorables y, por supuesto, bajo precarias condiciones de salud como resultado del trabajo.

Alvear, Ríos y Villegas (1988) mediante el modelo obrero, realizaron un estudio con costureras del sindicato 19 de septiembre y encontraron un patrón de desgaste de las trabajadoras de la costura, determinado por los elementos del proceso de trabajo y la forma de organizarlo. El estudio se hizo con cerca de 400 trabajadoras en las que prevalecía la escasa capacitación técnica, escolaridad precaria y muchas de ellas recién emigradas del campo a la ciudad y prácticamente ninguna experiencia sindical. Los patrones les impedían la afiliación sindical mediante amenazas, despidos injustificados, maltrato corporal, la infiltración en

los recuentos de votos, el cierre de centros de trabajo y en ocasiones se recurrió hasta el secuestro.

Las condiciones laborales identificadas para este caso fueron jornadas extensas, altos ritmos, monotonía, presiones por la cuota de producción, iluminación deficiente, calor excesivo, ventilación insuficiente, ruido, polvos, exceso de peluzas desprendidas de las telas, inseguridad en las construcciones, inapropiado mantenimiento de máquinas y herramientas de trabajo. Las posiciones incómodas y las largas jornadas de trabajo indujeron deformaciones del cuerpo y referían dolores de riñones, cintura, pulmones, espalda, cabeza y cuello, musculares en brazos y piernas, cansancio excesivo, pies hinchados y várices, irritación de piel, nariz y garganta debido a los polvos, ardor de ojos, comezón y sensación de falta de aire. Por supuesto, el acoso y abuso sexual por parte de supervisores, jefes y dueños de los talleres era ingrediente común.

Franco, Cuellar, Noriega y Villegas (1994) realizaron un estudio bibliográfico y hemerográfico a nivel nacional e internacional, sobre los daños a la salud en la industria textil de 1984 a 1991. Simultáneamente en 1989 realizaron un estudio con trabajadores de la industria textil, que habitaban y trabajaban en Naucalpan, Estado de México. La información fue obtenida de las Unidades Médico Familiares (UMF) de la subdelegación de Naucalpan del IMSS, para ello realizaron un análisis cuanti-cualitativo de indicadores demográficos y de los perfiles de morbilidad de esos trabajadores.

De 15,515 trabajadores registrados para ese momento, se analizó una muestra de 6,927 en los que se encontró que cuatro de cinco, conjuntos patológicos identificados como los más frecuentes (enfermedades de las vías respiratorias, accidentes, daños osteomusculares y alteraciones psicósomáticas), estaban relacionados con el trabajo y representaban el 50% de los padecimientos de estos trabajadores. Un dato elocuente es que existía una menor frecuencia de enfermedades en los trabajadores con respecto a las trabajadoras, pero las enfermedades y los accidentes de mujeres y hombres ya agrupados eran mayores que los del promedio nacional.

Otros estudios fueron los realizados a partir de 1985 y hasta 1989 en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), impulsados por la dirigencia sindical con empleados de las unidades Iztapalapa, Xochimilco, Rectoría, Rancho Santa Elena y la Tienda de Autoservicio. Al igual que en otros estudios se utilizó la metodología del Modelo Obrero y se encontró una amplia diversidad de condiciones de trabajo, riesgos y daños a la salud, que a simple vista parecían impensables por el tipo de trabajo realizado en la Universidad. En paralelo se emprendió un estudio sobre trastornos mentales asociados al trabajo y alienación con los trabajadores de la tienda de autoservicio (Sandoval, 1990).

Estos estudios en la UAM, más allá de las evidencias que aportaron sobre la relación salud-trabajo, se destacan por la serie de acciones que desde la dirigencia sindical del Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (SITUAM) y con un amplio apoyo de los trabajadores de base, se impulsaron y fueron secundados por varios sindicatos que por aquella época también iniciaban sus respectivas demandas; entre las acciones que sobresalen y pueden ser un ejemplo de lo que los sindicatos podrían realizar en beneficio de los trabajadores y su salud se encuentran las siguientes:

- a) Por acuerdo de congreso, en el SITUAM quedó prohibido plantear compensaciones económicas a cambio de exponerse a un riesgo de trabajo.
- b) Se emplazó a huelga en 1987 por violaciones en materia de higiene y seguridad, tanto en los acuerdos bilaterales como en el contrato colectivo.
- c) Se inició un seguimiento mayor y sistemático de los accidentes de trabajo, que con frecuencia son subestimados y parecieran no generar mayores consecuencias, pero que al paso del tiempo suelen originar afecciones serias a la salud de los trabajadores.
- d) Se realizó un análisis de los casos extremos de trabajadores con alteraciones en su salud y fueron canalizados a sitios destinados a tratarlos.

- e) Se alertó a un considerable número de trabajadores sobre el significado del trabajo y su relación con la salud, así como lo necesario de demandar el derecho a la salud como una demanda central del sindicato.
- f) Se impartieron cursos de capacitación por especialistas para los trabajadores en general y en particular para comisionados de higiene y seguridad, y algunos miembros del comité ejecutivo (Muñoz y Rangel, citado en Noriega 1989).

Otra experiencia peculiar fue la realizada por los trabajadores de la embotelladora de refrescos Pascual en 1986 que, en su calidad de Sociedad Cooperativa, impulsó un estudio sobre salud en su centro de trabajo poniendo en juego el Modelo Obrero para identificar elementos de riesgo y daños a la salud de los trabajadores en las distintas áreas de la empresa, lo que instauró un sistema interno de vigilancia epidemiológica.

Utilizando también el modelo obrero como propuesta metodológica, se pudo identificar el proceso de trabajo general a partir de la reconstrucción de procesos específicos de veinte de los departamentos de la refresquera, con lo cual se pudo obtener la morbilidad de la población trabajadora, lo que llevó a la capacitación de brigadas de trabajadores con el fin de poder detectar e intervenir oportunamente las condiciones nocivas y los posibles daños a la salud entre los cooperativistas. (López y Martínez, 1989).

A diferencia de las otras experiencias, el estudio de los trabajadores de Pascual, fue emblemático por el sentido político de la puesta en marcha del programa y las esperanzas de que fuera un ejemplo a seguir por otros colectivos de trabajadores.

En 1989 Córdova, Leal y Martínez publicaron *El Ingreso y el Daño*, texto en el que analizaron la política de salud en el trabajo en los años setenta e inicio de los ochenta, y además de revisar los patrones de morbilidad y mortalidad, desplegaron un análisis conceptual acentuando la distinción entre problemas de salud en el trabajo y problemas de salud de la población trabajadora, rubro en el que quedan incluidos los trabajadores en activo y aquellos inactivos; expusieron además una

problematización sobre la causalidad de los problemas de salud a partir de la noción de riesgo de trabajo; incluyeron discusión sobre cómo entender la corporeidad, lo psicosocial y la distinción entre psiquismo y subjetividad, además de cuál es relación existente entre los datos y los hechos fácticos, proponiendo además, entre otros, el concepto de horizontes de interpretación y acción.

Todo lo cual constituyó la idea de que no basta con acumular datos sino que la conceptualización desde encuadres teóricos explícitos es necesaria para orientar la actuación sobre los problemas de la salud de los trabajadores.

Por su parte Tamez, especialista médica, en 1993 y desde la perspectiva de la Medicina Social, desarrolló un estudio sobre la flexibilidad productiva y accidentes de trabajo en las ramas industriales automotriz y textil.

Al finalizar la década de los años 80, a instancias de su sindicato, los trabajadores de un diario informativo de la Ciudad de México participaron en un estudio sobre el uso de computadoras y los daños a la salud (Tamez y Martínez, 1993).

Casi diez años después, se replicó el estudio en el mismo diario, aunque en este caso debe destacarse que el primer estudio fue realizado como resultado de un acuerdo entre el sindicato y la empresa, y esta vez la solicitud por hacer la investigación corrió por parte de la empresa (Tamez, Ortiz, Martínez y Méndez, 2003).

A principios de la década de los 90 se realizó un estudio con enfermeras del sector público del Valle de México en un hospital de tercer nivel de atención con 101 trabajadoras en el que se enfocó el vínculo sobre ausentismo y alteraciones psíquicas y neurales, a diferencia de la mayoría de los estudios sobre salud laboral realizados por aquella época, éste no se basó no en la perspectiva marxista sobre el trabajo, sino desde un encuadre psicoanalítico y de género. De entre lo que fue evaluado se encontró distrés, sintomatología general de “salud mental”, burnout y rasgos de personalidad, y entre las conclusiones a que arribaron las investigadoras formularon una pregunta inquietante: “¿cómo restaurar y promover la salud ajena, sin perder la propia?” (Lartigue y Fernández, 1998). Aunque no se pudo establecer la relación entre ausentismo y alteraciones mentales, sí se identificaron síntomas

somáticos, trastornos del sueño, inadecuación personal, depresión con ideas suicidas y ansiedad (Rojas, 1998).

Otro estudio del que se tiene registro, fue realizado por impulso de una sección sindical, fue el desarrollado por la sección Sindical de Controladores Tránsito Aéreo de México (ACTAM) en 1990, estudio en el que se identificaron condiciones de trabajo desfavorables como el incremento de las cargas de trabajo vinculadas con los escasos períodos de descanso con que contaban los controladores; fallas en los equipos de radar e intercomunicación, exposición a radiaciones no ionizantes del tipo de microondas y de radiofrecuencia, ruido, exposición a temperaturas bajas para evitar el sobrecalentamiento del equipo y supervisión estrecha, entre otras más. Asociadas con estas condiciones de trabajo se encontraron cuadros de distrés, fatiga mental, fatiga patológica, agotamiento, irritabilidad, insomnio, cefaleas, trastornos del erotismo, ansiedad, frustración, falta de concentración, miedo, malestares gastrointestinales, angustia, taquicardia, fatiga visual, envejecimiento prematuro y trastornos de la personalidad. En este caso como en muchos otros, los controladores del tráfico aéreo, hubieron de enfrentar obstáculos y represalias por parte de las autoridades de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y la empresa Servicios a la Navegación en el Espacio Aéreo Mexicano y, por si no fuese suficiente, también algo muy frecuente: el escaso interés a los problemas de salud por parte de su sindicato (Fernández, 1999).

A principios de la década de los noventa la Organización Panamericana de la Salud dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción iniciado desde 1966, y dentro la Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 N° 3, publicó un texto coordinado por Cristina Laurell titulado *Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores*; en él se reunieron trabajos que pretendían presentar algunos de los avances existentes hasta ese momento en el terreno de la salud en el trabajo en América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

En la década de los 90 la tónica política fue un repliegue de los sindicatos ante la embestida de la globalización neoliberal, y aún los sindicatos democráticos e independientes hubieron de centrar sus acciones en la defensa del salario y asuntos considerados elementales, como la conservación de sus contratos colectivos de

trabajo, de modo que la salvaguarda de la salud de los afiliados pasó a últimos términos, lo que se tradujo en la ausencia de proyectos sindicales por la defensa de la salud en el trabajo. Para inicios del presente siglo, el repliegue sindical se extiende para defender, ahora, la conservación misma del empleo.

Los estudios recientes sobre cómo las condiciones de trabajo afectan la salud de los trabajadores se han realizado fundamentalmente a iniciativa de los investigadores interesados en el tema, sin que dichos estudios se realicen a petición de grupos de trabajadores o sindicatos.

El único caso que destaca en los años recientes es la investigación realizada con trabajadores de la construcción, contratados en obras de un distribuidor vial de la Ciudad de México (Noriega, Franco, Garduño, León, Martínez y Cruz, 2008). De lo poco que el gobierno realiza, particularmente la STPS del Gobierno del D. F., se encuentran los cursos de capacitación a sindicatos y trabajadores sobre salud, higiene y seguridad en el trabajo más allá, el panorama es precario.

Otra vertiente de estudios sobre salud en población trabajadora son los que desde los 80's y hasta la actualidad, se emprenden por los pasantes y egresados de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores y en la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, de la UAM Xochimilco, en las que uno de sus rasgos distintivos en la formación académica, es analizar los problemas de salud en el trabajo bajo una perspectiva crítica y en una considerable cantidad de casos desde el encuadre del marxismo.

Un ejemplo reciente sobre estos estudios es el realizado por Pulido (2012) sobre las condiciones de trabajo y perfil patológico en 138 trabajadoras y trabajadores de la costura de la Ciudad de México en el que, como parte del perfil patológico encontrado, se incluye a la conjuntivitis crónica, varices, lumbalgia, trastornos músculo-esqueléticos, fatiga patológica, cefalea tensional, ansiedad, trastornos del sueño, depresión, hipoacusia y trastornos psicossomáticos inespecíficos, entre otros. De los resultados obtenidos uno que llama poderosamente la atención es que la tasa de morbilidad general para esta población fue de 390 daños a la salud por cada 100 trabajadores, lo que significa presencia de alrededor de cuatro daños

distintos por trabajador. Otro hecho sobresaliente en este estudio es que además se realizó historia de vida de una de las trabajadoras, que reveló datos cualitativos importantes sobre la vida de los trabajadores y trabajadoras, más allá del análisis cuantitativo, tal como planteaba Ortíz Quezada en el ya lejano 1976.

Si bien en la actualidad se pueden encontrar numerosas investigaciones, reportes de estudios y revistas que aparecen y desaparecen con cierta irregularidad, no existe aún un trabajo sistemático que aglutine todos los esfuerzos que, desde diversas perspectivas, intentan dar cuenta de la situación de la salud en el trabajo en el país.

Por ejemplo, véase la creación de revistas en las que se buscaba difundir los posibles avances en el terreno de la salud en el trabajo que, una vez iniciada su publicación, pronto interrumpirían su circulación, razón por la cual el conocimiento de los interesados en el tema se torna esporádico. Tal es el caso de la revista *Salud en el Trabajo*, Órgano Oficial de la Sociedad Mexicana de Medicina del Trabajo A.C., la *Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo* avalada por el Consejo Mexicano de Medicina del Trabajo y la *Revista Salud y Trabajo* de la Federación Nacional de Salud en el Trabajo A.C. sustituida en los años recientes por la *Revista Mexicana de Salud en el Trabajo (REMESAT)*. Del escaso número de publicaciones que se han mantenido desde la década de los setenta y que con cierta regularidad publica artículos sobre la salud laboral en México y Latinoamérica es *Salud Problema* editada por la UAM Xochimilco.

Aún cuando el número de estudios sobre salud y trabajo se ha multiplicado en la última década, así como las presentaciones en congresos también cada vez más numerosas, además de la creciente cantidad de aparición en revistas, estos trabajos se observan dispersos, y en su mayoría no van más allá de ser estudios predominantemente descriptivos, dentro del encuadre de la medicina del trabajo más inclinado hacia visiones oficialistas y no en pocos casos desde una visión proempresarial.

Es importante mencionar la constitución de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo (RIFAPT), el impulso de los 4 Foros de las Américas y 2 Congresos Internacionales sobre Factores Psicosociales en el Trabajo que se han

realizado desde su existencia (2007) como un esfuerzo nacional con aportaciones destacadas de colegas latinoamericanos, norteamericanos, europeos y asiáticos, interesados en realizar estudios sobre la situación actual del trabajo en la era de la globalización y sus repercusiones en la salud y la integridad psíquica de los trabajadores.

En la actualidad no existen fuerzas sindicales que impulsen la salud en el trabajo como demanda laboral y la perspectiva crítica de la salud en el trabajo es aún muy escasa e inicial; bajo tales condiciones la salud de los trabajadores es un asunto que sigue estando pendiente. La historia que con los años reseñen investigadores sobre el asunto, dirá cuánto faltó hacer a quienes atañe aún una parte de la responsabilidad para enfrentar el problema.

Conclusiones

Este recorrido histórico sobre el estudio de la salud en el trabajo tanto a nivel internacional como nacional, obligó a reflexiones sobre la definición de conceptos fundamentales, que parecieran no merecer precisiones, debido a que han sido utilizados indiscriminada y multiplicadamente en gran número de disciplinas que han tratado el tema.

Precisiones han sido necesarias debido a que desde las concepciones mágico-religiosas hasta las científicas que exacerbaban el medicalismo, el tema ha adolecido de usos disímboles entre especialistas que han aportado a su exploración, descripción e iniciativas explicativas.

Tal parece que entre las escasas coincidencias o usos homogéneos alrededor del estudio de la salud en el trabajo, es reciente y tiene qué ver con la bifurcación que presentan los profesionales de la salud:

- a) o dedicarse a la eliminación o disminución de riesgos en las condiciones de trabajo para garantizar el próspero y continuo incremento de la acumulación de capital mediante el incremento de la productividad a toda costa, incluida la salud y vida de los trabajadores, o
- b) buscar la eliminación de riesgos y la mejora de las condiciones laborales para la restitución y conservación de la salud de los actores principales del trabajo, los trabajadores.

Todo indica que el primer camino de la disyuntiva cuenta aún con mayores adeptos, a contracorriente de todo lo expuesto por organismos internacionales dedicados al tema y de las medidas y acuerdos adoptados por éstos. De ello son elocuentes y contundentes estas cifras:

Según datos de la Organización Internacional del Trabajo cada año 2.34 millones de personas mueren por accidentes relacionados con el trabajo; 2.02 millones mueren

por enfermedades profesionales, se calculan 6,300 muertes diarias relacionadas con el trabajo, se presentan 160 millones al año de casos de enfermedades no mortales relacionadas con el trabajo.

Existe además el cálculo de que los accidentes y enfermedades de trabajo implican una pérdida anual de 1.25 billones de dolares o 4% del PIB de todo el mundo, y más de la mitad de los países no ofrecen información fidedigna sobre las enfermedades profesionales. Para el caso de Latinoamérica, se calculan alrededor de 19 millones de accidentes de trabajo y 90,000 muertes por accidente de trabajo (OIT, 2013).

Por su parte, con la Declaración de Pekin realizada en 1994 por la Organización Mundial de la Salud en que se adoptó la propuesta *Estrategia Mundial OMS de "Salud Ocupacional para Todos"*; se subrayaba el propósito de *poner los servicios de salud ocupacional al alcance de todos los trabajadores del mundo, sea cual fuere su edad, sexo, nacionalidad, profesión, tipo de empleo, o importancia o situación del lugar de trabajo* (OMS, 1994, p. 2).

En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el proyecto de un plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017, con la finalidad de implantar un marco normativo que fomentara medidas sobre protección, promoción y mejora de la salud de los trabajadores, a partir de propuestas suscritas por 104 países para establecer medidas nacionales e internacionales; la resolución WHA49.12 señala, de manera particular, lo necesario de atender a los sectores considerados de alto riesgo, grupos vulnerables y poblaciones subatendidas. En dicho proyecto se aclara: *Sólo una pequeña minoría de la fuerza de trabajo mundial tiene actualmente acceso a servicios de salud ocupacional* (OMS, 2007, p. 5).

Dos años antes de la meta de 2017, parece que la evolución de la salud en el trabajo no representa precisamente un desarrollo de las condiciones de trabajo, en el sentido positivo o al menos de mejora, tampoco de la eliminación o disminución sustancial de enfermedades y accidentes laborales.

No obstante los innumerables esfuerzos y aportaciones en todos los ámbitos, pareciera que las iniciativas no han dado los frutos esperados; así, tenemos que la historia del estudio, investigación, teorización, promoción y prevención de las enfermedades y muertes por el trabajo, no han alcanzado el efecto deseado. Si bien se cuenta hoy con un arsenal de técnicas, procedimientos, instituciones y actores que, desde las especialidades de las ciencias de la salud buscan mejorar las condiciones de vida y trabajo de millones de seres humanos en el mundo, el problema está muy lejos de resolverse. Cabría pensar, con una considerable dosis de actitud crítica, si esto es realmente suficiente para resolver lo agudo de la problemática. Sin duda la explicación de los porqués de esta situación habría que buscarla fuera de los encuadres medicalistas.

En la actualidad, pareciera que el repliegue de las fuerzas progresistas comprometidas con la salud de los trabajadores impide que los esfuerzos por la salud en el trabajo se enraice en países como México. Salvo casos excepcionales, el interés de los especialistas en el campo se encuentra por ahora orientado a la realización de estudios cuyo principal objetivo es la publicación y presentación de resultados en congresos, pero muy escasamente eso desemboca en la solución de las problemáticas.

No obstante el resurgimiento de la orientación crítica sobre la salud colectiva en países como Brasil, Ecuador o México, es necesario un impulso por sectores de trabajadores que planteen como demanda la defensa de la salud en el trabajo.

Por otro lado, con todo y el impetuoso espíritu de pioneros en esta rama del conocimiento como Jorge Fernández Osorio, Mariano Noriega o Cristina Laurell, entre otros, ello no ha alcanzado a inspirar lo suficiente a las nuevas generaciones de investigadores de una manera generalizada, por ahora sólo se cuenta con los docentes y algunos estudiantes de la maestría en Salud de los Trabajadores de la UAM-Xochimilco, así como los esfuerzos de la asignatura de Salud en el Trabajo en el pregrado de medicina y la Maestría y el Doctorado de Salud en el Trabajo el Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM así como la maestría del Instituto Politécnico Nacional y las instituciones donde se encuentran investigadores de la Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo como la misma

UAM-Xochimilco, la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Morelos y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, en la carrera de Psicología, en específico el área de Psicología del Trabajo y las Organizaciones y la especialidad de Salud en el Trabajo.

Así, las preocupaciones por la salud de los trabajadores a lo largo de la historia se pueden resumir en tres grandes posturas:

- a) las necesidades productivistas y militares, que anteponen los intereses por mantener e incrementar la producción de los trabajadores, buscando maximizar la ganancia de los empresarios, ante lo cual cabe subrayar que la salud es un imperativo en sí mismo, o por la conservación de la vida y el bienestar de niñas y mujeres, y niños y hombres que sólo cuentan con su fuerza de trabajo para subsistir. De esta manera, la salud en el trabajo es condición para la conservación, subsistencia e incluso crecimiento de la riqueza de unos cuantos por sobre las carencias de muchos. De modo complementario, la salud es considerada como condición para la supremacía de los imperios, gobiernos o, actualmente, de los grandes emporios económicos que procuran el bienestar de sus ejércitos para el sostenimiento de su poder global a costa también de las necesidades de enormes conjuntos de países.
- b) La defensa de la salud de los trabajadores desde una visión humanitarista, filantrópica, caritativa o altruista, que apela a la buena voluntad y la fraternidad cuasi-caritativa entre los miembros de la sociedad, soslayando las causas efectivas de la enfermedad de millones de personas en el mundo, quienes enferman y mueren no por “causas naturales”.
- c) Las confrontaciones político-ideológicas por lograr que el trabajo sea una actividad que permita la subsistencia, desde una postura y condiciones que realmente permitan a millones de seres humanos en el mundo, especialmente en nuestros países latinoamericanos, africanos y asiáticos el desarrollo personal y colectivo; en que el trabajo en realidad sea “decente” y la objetivación de los individuos permita el verdadero desarrollo de la sociedad, más allá de vivir bajo apariencias de abundancia y satisfacción, que en realidad son máscaras alienantes frente a

las condiciones de vida cada vez más depauperadas, cosificadas y patógenas.

Noriega y Villegas (1993, p.12) resumían este ideal de la siguiente manera:

En este sentido, la lucha por la salud, entendida como lucha política debe ser vista como parte de un proyecto político más amplio de transformación de la sociedad, es en gran parte la lucha por el control de los procesos vitales (entre ellos el de trabajo).

En este sentido se reitera que la salud en el trabajo no podrá hacer frente a los grandes problemas de patología y mortalidad de las poblaciones trabajadoras, si no se aleja de su restringido rango de actuación, consecuencia de la perspectiva medicalista, y puesto en juego no sólo en los ámbitos del trabajo propiamente médico.

La actuación médica es condición necesaria para la atención y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los trabajadores, pero no suficiente; las soluciones de fondo deben provenir de decisiones políticas y negociaciones, así como de acuerdos culturales y societales desde los que debiesen generarse iniciativas por privilegiar la preservación de lo humano por sobre los intereses elitistas de poder, económicos y políticos.

Está más que probado que los orígenes y las posibles soluciones al problema de la salud de los trabajadores se encuentran en las condiciones globales que limitan y marcan la vida de hombres y mujeres que trabajan y que no son otras que las que en el mundo actual determinan el rumbo del desarrollo capitalista neoliberal, al que se le ha dado el suavizado sobrenombre de Globalización.

De no ocurrir un cambio significativo en los derroteros del actual orden político y económico internacional planetario que suscite nuevos y decentes escenarios laborales contribuyendo a una redistribución de los beneficios y riquezas producidas por el trabajo, el desmesurado rango de explotación neoliberal, la incisividad de sus directrices laborales extendidas en todos los países del mundo, encarnando la voracidad económica de los trusts multinacionales cuya existencia amenaza la vida de las grandes masas de trabajadores en el presente, marcarán el porvenir y nos

hará recordar la historia pasada cuando quienes trabajaban ni siquiera alcanzaban el estatus de hombres y mujeres o ciudadanos; la historia cercana y lejana del trabajo quedará marcada para los habitantes futuros del planeta como el eterno retorno a la injusticia, la inequidad, la sobreexplotación y el sostenido menosprecio hacia la existencia humana.

En resumen, de trabajo se muere (Renzo Ricchi).

Referencias

- Aguilar-Madrid, G., Castelan-Vega, J., Juárez-Pérez, C., Ribas-Aparicio, R., Estrada-García, I., Baltierra-Jasso, L., Cervantes-Servín, N., Méndez-Ortega, V., Haro-García, L., Sánchez-Román, R., Ortiz-Navarrete, V., Fabila-Castillo, L., Magaña-Hernández, A., Chávez-Negrete, A., Salamanca-Gómez, F. & Jiménez-Alberto, A. (2015) Seroprevalence of Pandemic A(H1N1) pmd09 Virus Antibodies in Mexican Health Care Workers Before and After Vaccination. Archives of Medical Research 46 (2015) 154e163.
- Alvear, G.; Ríos, V. & Villegas, J. (1988) Condiciones de trabajo y salud de las costureras. Revista Salud Problema Primera Época Núm. 14 Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco pp. 25-39. México.
- Basaglia, F., Giovannini, E., Miniati, S. Pintor, L. & Pirella, A. (1984) La salud de los trabajadores: aportes para una política de la Salud. Editorial Nueva Imagen, México.
- Berliner, H. S. (1976) A Larger Perspective on the Flexner Report International Journal of Health Service Vol.5 N.4 Baltimore, Maryland: John Hopkins University pp 58990.
- Berlinguer, J. (1983) Reforma sanitaria en Italia. Universidad Autónoma de Sinaloa. México.
- Berman. D. (1983) Muerte en el trabajo. Siglo veintiuno editores: Mexico.
- Braudel, F. (1970) La historia y las ciencias sociales. Alianza Editorial. Madrid.
- Braverman, H. (1987) Trabajo y capital monopolista. ed. nuestro tiempo: Mexico.
- Breilh, J. (1986) Epidemiología; economía, medicina y política.: Distribuciones Fontamara. México

- Breihl, J. & Granda, E. (1980) *Investigación de la Salud en la Sociedad*. Quito, C.E.A.S. Ecuador.
- Caro, G. (1977) *La Medicina Impugnada; la práctica social de la medicina en la sociedad capitalista* Edit. LAIA/Eds. de Bolsillo. Barcelona.
- Cockerham, C. (2010) *Sociología de la Medicina*. Prentice Hall. México.
- Colodrón, A. (1983) *Las Esquizofrenias*. Siglo XXI Edtrs.: Madrid.
- Comisión Internacional de Salud Ocupacional (2001) *Código ético para los profesionales de la salud ocupacional*. Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo. Vol 1 Número 2/mayo-agosto 2001:52-57.
- Conferencia Sindical Latinoamericana (1990) *Declaración II Conferencia Sindical Latinoamericana*, noviembre 19 México, D. F.
- Cordova, A. (1976) *La dimensión humana del accidente del trabajo*. Editorial popular de los trabajadores-Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México.
- Córdova, A., Leal, G. & Martínez C. (1989) *El ingreso y el daño: políticas de salud en los ochenta*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.
- Cuéllar, R. (1994) *La Crítica de la Economía Política y la Salud en el Trabajo*. Revista Salud problema, Primera Época Núm 24, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco pp.11-22. México.
- Curiel, R., Legaspi, J. & Gutierrez, E. (1982) *La medicina del trabajo en México*. En *Lecturas en materia de seguridad social*. Medicina del Trabajo. México: IMSS; 1982: 51-67.
- Damasio, A. (2010) *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Crítica. Barcelona, España.

- De Aguilar, R. & Córdova, J. (1994) Sumarios de la Recopilación General de Leyes de las Indias Occidentales. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, FCE, México en <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=1379>
- Duarte, E. (1991) Trayectoria de la medicina social en America Latina: elementos para su configuración. En Franco, S., Nunes, E., Breilh, J. & Laurell, C. Debates en medicina social: Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 92. Organización Panamericana de la Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, pp.17-57.
- Echeverría, M. Franco, S., López, M. Sánchez, R. Sempertegui, R. & Vega, M. El problema de la salud en DINA. Cuadernos políticos. Revista trimestral, ediciones era. n. 26, octubre-diciembre de 1980, pp. 77-89.
- Engels, F. (1979) El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. Publicaciones Cruz O. S. A. México.
- Engels, F. (1984) La situación de la clase obrera en Inglaterra. Ediciones de Cultura Popular. México.
- Esqueda, M. & Chiang, G. (1982) Breve reseña de los antecedentes de la Medicina del Trabajo. En Lecturas en Materia de Seguridad Social: Medicina del Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
- Farrington, B. (1974) Mano y cerebro en la Grecia Antigua. Editorial Ayuso. Madrid.
- Fernández, J. (1999) La lucha de los trabajadores por su salud: arma de lucha política en manos de los trabajadores. Jorge R. Fernández Osorio. México.
- Fernández de Castro, H. (2014). Condiciones laborales y salud en el trabajo en la Nueva España. Parte I. Revista Mexicana de Salud en el Trabajo. Enero-Abril 2014, Vol. 6, Num. 15, pp 37-44. México.

- Fernández de Castro, H. (2014). Condiciones laborales y salud en el trabajo en la Nueva España. Parte II. Revista Mexicana de Salud en el Trabajo. Mayo-agosto 2014, Vol. 6 Num.16, pp 98-105.
- Franco, J.; Cuéllar, R.; Noriega, M. & Villegas, J. (1994) Los trabajadores textiles de Naucalpan, Estado de México, y sus condiciones de salud en 1989. Revista Salud problema, Primera Época Núm 24, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco pp. 33-44. México.
- Flores y Troncoso, F. (1888) Historia de la medicina en México: desde la época de los indios hasta la presente Vo. 1-2. Oficina TIP de la Secretaría de Fomento. México. <https://archive.org/details/historiadelamedi03unse>
- Frenk, J. (1994) Economía y Salud; propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. Fundación Mexicana para la Salud: México.
- Ganga, A. (2004) La medicina del trabajo del siglo XXI. Sociedad Asturiana de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Oviedo, España.
- Garfias, O. (2014) La medicina del trabajo: un recorrido histórico. Palilibro LLC. EE. UU.
- Gargantilla, P. (2014) Breve historia de la medicina: del chamán a la gripe A. Tombooktu México. México.
- Garzás, E. & García, D. (2005) Organización, gestión y prevención de riesgos laborales en educación. Formación Alcalá. España.
- Gorz, A. (1982) Ecología y Política. Eds. 2001/El Viejo Topo, Barcelona.
- Guelaud, F., Beauchesne, M., Gautrat, J. & Roustang G. (1981) Para un análisis de las condiciones del trabajo obrero en la empresa. Investigación del Laboratorio de Economía de Sociología del Trabajo del C.N.R.S Aix-en Provence. Francia.

- Gvishiani, D. (1976) Organización y gestión. Ed. de cultura popular: México.
- Haro-García, C., González-Bonilla, C., Chacón-Salinas, R., Pérez-Lucio, C., Juárez-Pérez, C. & Borja-Aburto, V. (2008) Exposición ocupacional a mezcla de benceno-tolueno-xileno. Manifestaciones hematoinmunológicas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (6): 643-650.
- Haro-García, L., Juárez-Pérez, C., Aguilar-Madrid, G., Sánchez-Escalante, V., Muñoz-Navarro, S. & Pérez-Lucio, C. (2010) Diabetes tipo 2 en trabajadores Mexicanos expuestos a una fuente potencial de dioxinas en la industria del cemento determinado a través de una matriz de exposición ocupacional. Med Segur Trab (Internet) 2010; 56 (219): 114-123.
- Hurtado, S. (2013) Rastros y huellas del trabajo social en el pensamiento griego y latino. UNAM. México.
- Iglesias, N. (1985) La flor más bella de la maquiladora: historias de vida de la mujer obrera en Tijuana, B.C.N. SEP/Colegio de la frontera Norte/CONACULTA. México.
- Ilich, I. (1975) Némesis Médica: la expropiación de la salud. Barral editores. Barcelona.
- Jores, A. (1979) La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo. Siglo XXI Edtrs. México.
- Juárez-Pérez, C., Zempoalteca-Angulo, Y., Haro-García, L., Mercado-García, A., Jiménez-Ramírez, C. & Aguilar-Madrid, G. (2014) Concordancia interlaboratorios en la cuantificación de plomo en la sangre. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(1):28-33.
- Karasek, R. (2001) El modelo de demandas/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos adictivos en Sauter, Hurrell, Murphy & Levi (2001) Riesgos Psicosociales. Enciclopedia de

salud Ocupacional de la OIT (Tomo 2, 34. 1-34. 17) Madrid en Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Lartigue, T. & Fernández, V. (1998) Proyecto de investigación en enfermería: una perspectiva colaborativa; en *Enfermería: una profesión de alto riesgo*. Lartigue, T. & Fernández, V. (coords.) Universidad Iberoamericana y Plaza y Valdés editores. México.

Laurell, C. (1975) *Medicina y Capitalismo en México Cuadernos Políticos 5*. Eds. ERA. México.

Laurell. C. (1977) Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. 3(6): 79-87. México.

Laurell. C. (1982) La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud* no. 2. pp. 7-25. México.

Laurell. C. (1984) Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. *Cuadernos políticos* 41. pp. 63-83. México.

Laurell. C. (1986) Salud y trabajo: los enfoques teóricos. En Nanes. E. *Ciencias sociales y salud en américa latina: tendencias y perspectivas*. OPS. CIESU. Montevideo. pp. 256-288.

Laurell. C. (1991) Trabajo y Salud: estado del conocimiento. En Franco, S., Nunes, E., Breilh, J. & Laurell, C. *Debates de Medicina Social*. OPS-Alames. pp. 249-339. Quito, Ecuador.

Laurell, A. & Noriega, M. (1987) Trabajo y salud en SICARTSA. Programa de difusión cultural del SITUAM. México.

Laurell, A. & Noriega, M. (1989a) La salud en la fábrica: Estudio sobre la industria siderúrgica en México. Colección problemas de México. Era. México.

- Laurell, A. & Noriega, M. (1989b) Manual conocer para cambiar: Estudio de la salud en el trabajo. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Legaspi, J. (1982) La medicina del trabajo en México. En Lecturas en materia de seguridad social. Medicina del Trabajo. IMSS. México. pp 43-49.
- Legaspi, J. (1989) La salud en México: testimonios 1988. Especialidades Médicas en México. en Tomo IV. Soberón, G., Kumate & Laguna, J. Compiladores. Valdés, C. (coordinador) Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio Nacional, Fondo de Cultura Económica. México pp 253-266.
- López, J. (1973) Medicina, historia y sociedad: antología de clásicos médicos. Editorial, Ariel. Barcelona.
- López, O. & Martínez, S. (1989) La relacion salud-trabajo: El caso de los trabajadores de la sociedad cooperativa pascual. UAM-Xochimilco. México.
- Lozano, R. & Noriega, M. (1984) Un método para el estudio de la relación trabajo-salud: el caso de los trabajadores de tierra de Aeroméxico. Cuadernos de la D.E.P. serie: material docente. Coloquio: salud y seguridad en el trabajo en México: situación actual y perspectiva.
- Lukács, G. (1969; Berlín, 1923) Historia y Consciencia de Clase. Ed. Grijalbo México.
- Marcondes, J. (2009) À sombra do plátano: Crônicas de historia da medicina. Editora UNIFESP. Sao Paulo, Brasil.
- Martínez, F. (1988). La salud en el trabajo. Novum corporativo. México.
- Martínez, S. (1997). El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo. Universidad Autónoma Metropolitana. Mexico.

- Martínez, M. (2010) La salud en México, antes y después de la revolución de 1910. El Colegio de México. México.
- Marx, C. (1980) El Capital México: Siglo XXI, Tomo I/Vol.I p 44.
- Marx, C. (1986) El capital: crítica de la economía política. Fondo de Cultura Económica: México.
- Matrajt. M. (1994) Estudios en salud mental. ediciones taller abierto. México.
- Menéndez, E. (1978) Prólogo a: La Salud de los Trabajadores. Ed. Nueva Imagen. México
- Menéndez. E. (1990) Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Alianza editorial mexicana, consejo nacional para la cultura y las artes. México.
- Moreno, E., Moguel, J., Díaz de Sandí, M. García, M. & Césarman, E. (1982) Sociología histórica de las instituciones de salud en México. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
- Muñoz, C. & Rangel, G. (1989) Prólogo. En Noriega, M. (coordinador). En defensa de la salud del trabajo. Situam. México.
- Nava, R. (1994) Antecedentes históricos de la salud en el trabajo. En Barquín, Sociomedicina. Méndez Editores. México. pp 533-536.
- Nava, R. (2012) Medicina del trabajo y ambiental. En Wishers. G.; Kershenobich, D. & Vilar, P. Desarrollo de Especialidades Médicas en México. Coord. Fajardo, G. & Dolci E. Secretaria de Salud, Academia Nacional de Medicina, UNAM, Edit, Alfil. México. pp. 263-267.
- Navarro, V. (1977) El Subdesarrollo de la Salud o la Salud del Subdesarrollo Medicina y Sociedad República Dominicana: Ed. Alfa y Omega.

- Navarro, V. (1980) Ideología y Ciencia: el caso de la Medicina Rev. Transición 17 Barcelona p 26.
- Navarro, V. (1982) Trabajo, Ideología y Ciencia; el caso de la medicina Revista Latinoamericana de Salud Núm.2. Ed.Nueva Imagen. México pp 77 y 79.
- Neffa, J. (1990) El proceso de trabajo y la economía de tiempo: Contribución al análisis crítico de K. Marx, F.W. Taylor y H. Ford. Editorial HVMANITAS. Argentina.
- Noriega, M. y Villegas, J. (1989) El Trabajo sin Riesgo y la Salud. En Defensa de la Salud en el Trabajo» SITUAM. México p 12.
- Noriega, M. & Villegas, J. (1993) La investigación participante en la salud laboral: (Avances y limitaciones a 10 años de distancia). Revista Salud Problema, UAM Xochimilco. Primera Época Núm 23. México.
- Noriega, M., Franco, J., Garduño, M., León, L., Martínez, S. & Cruz, C. (2008) Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo: Situación en México.
- Odonne, I., Marri, G., Gloria, S., Briante, P, Chiattella, M. & Re, A. (1977) Ambiente di lavoro: la fabbrica nel territorio. Iditrice Sindicale Italiana. Roma, Italia.
- Organización Internacional del Trabajo (1959) Fuente: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:11300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312450.
- Organización Internacional del Trabajo (2013) La prevención de las enfermedades profesionales: OIT. Suiza.
- Organización Internacional del Trabajo (2015) Perspectivas Sociales y de empleo en el Mundo http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_336917/lang--es/index.htm

- Organización Mundial de la Salud (1994) declaración sobre Salud Ocupacional para Todos. OMS. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2007) Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial. EB 120/28 Rev. 1 26 de enero.
- Organización Panamericana de la Salud (1993) Para la investigación de la salud de los trabajadores: Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000. Laurell, C. (Coordinadora) OPS, Washington, DC.
- Ortíz, F. (1976) Introducción: La importancia de la medicina del trabajo. En el hombre y el trabajo. LA PRENSA MÉDICA MEXICANA-Secretaría del Trabajo y Previsión Social. México.
- Ortíz, F. (1986) La medicina y el hombre. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
- Ortíz, F. (2004) *Principia MÉDICA*. La medicina y el hombre. Editores de textos mexicanos. México.
- Palacios, M. (1989) Condiciones de trabajo y salud en el metro. Revista Salud Problema, UAM Xochimilco, Primera Época, Núm. 16. México.
- Pérez, R. (1981) Problemas del Enfermo Crónico y del Enfermo Desahuciado. Serendipia; ensayos sobre ciencia, medicina y otros sueños. Siglo XXI Edtrs. México.
- Powells, L & Bergier, J. (1971) La rebelión de los brujos. Plaza y Janés editores. Barcelona.
- Pulido, M. (2012) EL lujo de enfermar: historia de vida y trabajo. CEAPAC- Miguel Ángel Porrua. México.
- Quevedo, E. & Hernández, M. (1994) La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación profesional de la salud: una mirada desde la

- historia. En *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de la salud*. Serie desarrollo de los recursos humanos n.101 Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. Washington D.C.
- Rajchenberg, E. (1990) México en la Revolución: la lucha del proletariado por el reconocimiento de las enfermedades profesionales. *Revista Salud Problema*, UAM Xochimilco, Primera Época, Núm. 20. México.
- Rajchenberg, E. (1993) Orizaba, junio de 1923: la huelga olvidada. en Romero, M.; Gómez, C.; Blanco, M.; Romero, M. & Rajchenberg, E. *En Mexico entre dos revoluciones*. UNAM. Fac. de Economía. México.
- Ramazzini (2012) *Las enfermedades de los trabajadores: De morbis artificum diatriba*. Obra completa tomo II. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza, Instituto Politécnico Nacional, Escuela Superior de Medicina, Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo, A. C. México.
- Ravelo, P. (1994) La salud de las obreras de las maquiladoras en la ciudad de Chihuahua. *Revista Salud Problema*, UAM Xochimilco, Primera Época, Núm. 25 pp. 39-45. México.
- Restrepo, H. (2002) *Antecedentes históricos de la Promoción de la salud en Restrepo, H. & Málaga H. Promoción salud: cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia.
- Ricchi, R. (1981) *La muerte obrera: Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo*. Nueva Imagen: México.
- Rodgers, G. Lee, E. Swepston, L. & Van Daele, J. (2009) *La Organización Internacional del Trabajo y la lucha por la justicia social, 1919-2009*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.

- Rodríguez, C., Pérez, C. & Jáuregui, A. (1981) Proceso de trabajo y condiciones de salud de trabajadores expuestos a riesgo eléctrico. Revista Latinoamericana de la Salud. n. 1 México.
- Rojas, R. (1985) Capitalismo y enfermedad. Folios Ediciones. México.
- Rojas, R. (1985) Sociología médica. Folios ediciones. México.
- Rojas, A. (1998) El estrés laboral en el personal de enfermería; en Enfermería: una profesión de alto riesgo. Lartigue, T. & Fernández, V. (coords.) Universidad Iberoamericana y Plaza y Valdés editores. México.
- Rosen, G. (1985) De la policia médica a la medicina social. Siglo XXI Edtrs. México.
- Sánchez, A. (1980) Filosofía de la Praxis. Ed. Grijalbo: México.
- Sandoval, J. (1990) Psicotrastornos Asociados al proceso de trabajo. Tesis de Licenciatura, Escuela Nacional de Estudios Profesionales, UNAM. México.
- Schaff, A. (1979) La Alienación como Fenómeno Social: Ed. Grijalbo/Crítica. Barcelona.
- Secretaria del Trabajo y Previsión Social & Organización Internacional del Trabajo (1984) Convenios de la OIT ratificados por México. STPS. México.
- Sigerist, H. (2011) Hitos en la historia de la salud pública. Siglo XXI Edtrs. México.
- Sindicato Mexicano de Electricistas (1978) Estudio Fisiológico, Médico y Psiquiátrico en Trabajadores Expuestos a Riesgo Eléctrico. Mecnogrma, México.
- Szèkely. B. (1946) De taylor a Stajanov: la máquina devora al hombre, el hombre amo de la máquina. Colomino. Argentina.
- Stellman. J., Daum. S. (1986) El trabajo es peligroso para la salud. siglo veintiuno editores. México.

- Tamez, S. (1984) Una experiencia de lucha por la salud. Sindicato de trabajadores telefonistas de la república Mexicana 1979. Cuadernos de la D.E.P. serie: material docente. Coloquio: salud y seguridad en el trabajo en México: situación actual y perspectiva. México.
- Tamez, S. & Martínez, S. (1993) Uso de computadoras personales y daños a la salud en trabajadores de un diario informativo. Salud Pública de México vol. 35, núm 2, marzo-abril pp. 177-185. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
- Tamez, S. (1993) Flexibilidad productiva y accidentes de trabajo: industria automotriz y textil. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.
- Tamez, S., Ortiz, L., S. Méndez, I. Martínez, S. (2003) Riesgos y daños a la salud derivados del uso de videoterminal. Salud Pública de México, vol. 45, núm.3, mayo-junio, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
- Tecla, A. (1982) Formación Económica Social y Enfermedad. Enfermedad y Clase Obrera México: Instituto Politécnico Nacional/Escuela de Enfermería y Obstetricia. México.
- Timio, M. (1986) Clase sociales y enfermedad: introducción a una epidemiología diferencial. Editorial Nueva Imagen. México
- Waitzkin, H.B. & Waterman, B. (1981) La Explotación de la Enfermedad en la Sociedad Capitalista. Ed. Nueva Imagen. México.

Esbozo de historia de la salud en el trabajo en México

Ante un escrito sobre la historia de la salud en el trabajo cualquier lector podría preguntar: ¿por qué un libro más sobre historia de la salud en el trabajo? Y podría haber varias respuestas posibles, o quizá sólo una, porque respecto al estudio de la salud y el trabajo en países como México, puede decirse que no existe suficiente sistematización acerca de cuándo, cómo y por qué surge el interés y la especialización Salud en el Trabajo; al menos no desde un encuadre o perspectiva global y crítica.

Desde luego existen acercamientos, si bien en su mayoría descriptivos y anecdóticos, pero asumimos en estas páginas que el surgimiento y desarrollo del interés por la relación trabajo-salud en el país, ha sido posible en virtud de circunstancias socioculturales que han fomentado su desarrollo, pero también cómo lo han entorpecido o ensombrecido. Y ello amerita dedicar reflexiones que incluso pudieran parecer reiterativas.

Reconocer el surgimiento y trayectoria de los hechos no puede entenderse como una contemplación romántica del pasado, ni sólo búsquedas existenciales de los orígenes, la historia humana y sus productos; representa mucho más que una repetición monótona de los acontecimientos ocurridos en latitudes y momentos distintos. Es válido preguntarse, y quizá necesario, qué ocurrió en otros momentos en la trayectoria de la humanidad, reexaminar el pasado y enfrentar decisiones sobre los qué, porqués y cómo en la fugacidad del presente y encaminarnos hacia futuros posibles, viables, deseables.



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 México D.F.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

