

La SALUD y el TRABAJO

Reflexiones Teórico Metodológicas
Monitoreo Epidemiológico
Atención Básica en Salud

Oscar Betancourt



"Se va la vida" (Oleo): Rose Campos de Betancourt

Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA, Error!
Marcador no definido.

UNIDAD XOCHIMILCO
MAESTRIA DE SALUD EN EL TRABAJO

EL TRABAJO Y LA SALUD

REFLEXIONES TEORICO-METODOLOGICAS
MONITOREO EPIDEMIOLOGICO
ATENCION BASICA DE LA SALUD

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN SALUD EN EL TRABAJO

PRESENTA:
OSCAR F. BETANCOURT M.

México, D.F. marzo 1995

AGRADECIMIENTO

"De los tugorios de los artesanos -que, en este aspecto, son como centros escolares de los que uno sale más instruido- he intentado sacar lo mejor que puede saborear el paladar de los curiosos y -lo que es de mayor importancia- suministrar precauciones médicas, tanto curativas como preventivas, en relación a las enfermedades que suelen aquejar a los artesanos. Y así, el médico, cuando entre en casa a atender a un paciente de baja condición social, no le tome el pulso en cuanto llegue -como suele hacerse por lo general, que ni siquiera se le hace acostar al enfermo- ni delibere qué determinación hay que adoptar estando de pie, jugando con tanta irreflexión con el pellejo humano; sino que tenga a bien , como juez, tomar asiento, ya que no en silla dorada - como es costumbre en la morada de los magnates- sí, al menos, en un vulgar escaño o en una banqueteta y, con rostro risueño, comience a hacer preguntas al paciente y trate de descubrir todo lo que exige".

B. RAMAZZINI
Módena, 1700

"La poca visibilidad social que ha tenido el vasto campo de la salud de los trabajadores ha llegado a ceguera social cuando se trata de grupos particularmente oprimidos y explotados -las mujeres y los hombres/mujeres del campo- o de temas delicados por situarse en el centro del conflicto entre capital y trabajo -la organización del trabajo-, o estigmatizados socialmente y negados médicamente -la salud mental-".

A. C. LAURELL
México, 1993

*El principio humano de la solidaridad y la esencialidad de la actividad colectiva se encuentra presente en este trabajo. En medio de múltiples demandas **Edith Valle** ha dedicado varias horas al trabajo de secretaría; la revisión y levantamiento del texto se realizó gracias al apoyo de **José Yépez**, probado compañero de los momentos difíciles. Sugerencias oportunas vinieron de **Arturo Campaña**, investigador y narrador literario del grupo. Una lectura cuidadosa de los manuscritos realizada por **Jaime Breilh** levantó la discusión enriquecedora sobre algunos contenidos. Los comentarios y apoyo de **Edmundo Granda**, **Rubén Páez** y **Patricia Costales** fueron muy estimulantes. Las principales ideas y propuestas condensadas en este pequeño aporte han ido madurando en un proceso de varios años de trabajo en equipo con apreciados compañeros y compañeras del **Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS)**, de la **Escuela de Salud Pública**, de la Maestría de Salud Ocupacional de la Universidad Central del Ecuador y de varias **organizaciones laborales**. Han sido enriquecedoras las discusiones e intercambio de experiencias con entrañables compañeras y compañeros de Cuba, México, Argentina, Chile, Venezuela, Colombia y Perú, todos con el ánimo de crear, junto a los trabajadores, otras condiciones para nuestra Patria Grande.*

PROLOGO

El permanente reconocimiento de las aspiraciones y necesidades de los trabajadores es la guía política, científica, práctica y propositiva del accionar en la salud laboral. En el autor hay una persistente convicción de que sin la participación organizada de los trabajadores -aunque no es lo único, sí es lo más importante-no es posible transformar las condiciones de trabajo y de salud.

Aparejado a lo anterior, existe otra persistente inquietud en Oscar Betancourt: se opone a ver en los trabajadores sólo entes que plasman su valor en productos y, como consecuencia, rescata su integridad e identidad dentro del complejo mundo del trabajo asalariado y de la globalidad de su vida.

Es admirable la amplitud de este libro. Aborda gran parte de las dimensiones del campo de la salud laboral. Los puntos para la reflexión son muchos y estimulantes. Más allá de la crítica fácil hay un compromiso por comprender la realidad de la relación entre el trabajo y la salud. El autor retoma discusiones no resueltas de tiempo atrás y genera otras, lúcidas y necesarias.

Un importante esfuerzo en este texto se refiere a la construcción de tres propuestas para la transformación de las condiciones de trabajo y salud. Es una aportación relevante que, sin duda, generará discusión, polémica y análisis por parte de investigadores, de trabajadores y, esperamos que de instituciones públicas (sanitarias, laborales y educativas) y de organismos patronales y empresariales. Además plasma esa idea, casi obsesiva en el autor, de recuperar la participación de los trabajadores en el accionar de la salud laboral. Estas propuestas de acción: monitoreo epidemiológico, atención básica y educación masiva son aspectos de una misma preocupación y un mismo accionar en la defensa de la salud en el trabajo.

El monitoreo, entendido como la continua y sistemática recolección, análisis e interpretación de los problemas de salud, tiene como sustento la participación activa y organizada

de los trabajadores, es decir, la intervención de éstos para transformar sus condiciones laborales y de salud.

En el interesante recorrido que hace el autor sobre el monitoreo epidemiológico se expresa la necesidad de tomar acciones inmediatas y mediatas en relación a los problemas específicos que los produjeron. De ahí que sea importante lograr mayor precisión en la construcción teórico-metodológica sobre la reproducción social y los "procesos peligrosos para la salud en el trabajo".

Con las propuestas sobre "atención básica en salud de los trabajadores" y "educación masiva" el autor nos acerca a aquellos aspectos que nos preocupa a todos en este campo y que atinadamente sistematiza, de manera tal, que podrían incorporarse en un plan nacional de salud, en muchos de nuestros países latinoamericanos.

El esfuerzo planteado por Oscar Betancourt en este sentido y su llamado a retomar estas propuestas pone el punto de arranque no sólo para profundizar y tomar acciones en la relación trabajo-salud, sino para integrar esta relación con otros ámbitos de nuestra realidad circundante.

Si intentáramos ir más allá de este reconocimiento, sería válido llamar la atención sobre dos planteamientos que, tácita o explícitamente, están involucrados en estas propuestas y que han sido discusión permanente desde tiempo atrás. El primero se refiere a lograr la salud de todos, en este caso particularmente de los trabajadores y, el segundo, al planteamiento de que la promoción de la salud y la protección de los trabajadores son elementos esenciales para el desarrollo económico.

Las propuestas en este sentido pueden ser mal interpretadas, ya que se sabe que la concepción de salud -no definida claramente en el texto- puede llevar a confusión si se entiende ésta como ausencia de enfermedad.

El otro aspecto también amerita puntualizarse con mucho cuidado, puesto que es importante preguntarse -como desde los sesenta se ha venido haciendo- si para el crecimiento económico son necesarias la promoción y protección de los trabajadores o éstas sólo serán posibles cuando se logren mayores niveles de desarrollo económico.

Las legislaciones de muchos de nuestros países son muy avanzadas, pero poco se practican y se cumplen. Así, el gran reto sería buscar las formas de que éstas se cumplan.

La propuesta sobre educación masiva en todo un complejo sistema educativo nacional, que introduzca y reconozca el campo de la salud laboral, es un avance que rebasa con mucho nuestra limitada visión en este campo. No sólo eso, sino vincular la educación al trabajo y el trabajo ligarlo a la educación, ya han demostrado eficacia en otras realidades y parecen propuestas muy alentadoras para la salud laboral. Nuestras realidades con sus semejanzas y diferencias tendrán que poner los matices a estas sugerentes y alentadoras propuestas integradoras.

La conclusión que expresa el autor, por medio de la ilustración de sus afirmaciones a través de la experiencia ecuatoriana, reafirma sólidamente la posibilidad de entender la salud en el trabajo bajo el enfoque contenido en este valioso documento.

LA DISCUSION TEORICO-METODOLOGICA

Oscar Betancourt resalta la categoría "reproducción social" como aquella que explica los problemas de la salud de los trabajadores. Es importante para él referirse a la no exclusividad del trabajo en la aparición de las enfermedades. Y esto evidentemente es cierto, sin embargo, el esfuerzo también debe estar centrado en un reconocimiento explícito de las relaciones de producción como determinante de la salud-enfermedad. No es un ejercicio científico, sino la posibilidad de generar herramientas para la defensa de la salud por parte de los trabajadores. Que los problemas de salud no tengan una causa única o múltiple no se contradice con el reconocimiento de los elementos de los procesos de producción y de los mediadores en la aparición de los perfiles patológicos de estos grupos.

Entre los aspectos teórico-metodológicos planteados en este libro quisiera detenerme en uno que, a mi parecer, en los próximos años, será de la mayor importancia para la salud laboral: los mediadores y las mediaciones entre el trabajo y la salud. Considero que es importante porque no solamente -que ya es mucho- incluye la forma de abordar y entender la determinación y la causalidad (problema científico-técnico e incluso filosófico-epistemológico) entre los procesos laboral y de salud-enfermedad, sino que, además, tiene implicaciones prácticas inmediatas y mediatas en el campo de la salud laboral para los trabajadores, los investigadores, los gobiernos latinoamericanos y los empresarios.

El autor plantea en uno de sus estimulantes apartados que hablar de "riesgo" es adoptar una posición ecléctica ya que en unos casos se le equipara con un "agente" o un "factor" en una

relación simplista causa-efecto; así, el riesgo de trabajo deviene en causa. También se mencionan en ese mismo sentido, nociones tales como "riesgo de trabajo", "factor nocivo", "carga laboral" y/o "exigencia". En otros casos por "riesgo" se entiende el efecto de éste, es decir, el accidente o enfermedad del trabajo, cosa por supuesto absurda desde cualquier posición filosófica, científica o técnica.

Hay, sin embargo, a este respecto, otras facetas del problema, como por ejemplo, la acepción clásica de "riesgo" en la epidemiología, donde no se considera ni como un agente, ni como enfermedad o accidente, sino como la probabilidad, en términos estadísticos, de ocurrencia de un evento mórbido en un grupo poblacional determinado, en este caso, de trabajadores.

Dadas las connotaciones, confusiones y dificultades en el uso de estos términos discutidos por el autor, plantea la noción de "procesos peligrosos para la salud en el trabajo" para referirse a "...todo aquello que en el trabajo pueda afectar la salud de los trabajadores, sea que surjan de los objetos y medios, de la organización y división del trabajo o de otras dimensiones del trabajo..." (p. 52).

Se puede decir, en esa discusión inconclusa, que la crítica a la noción de "riesgo" debe considerarse no sólo por su significado en sí, o por ser un término asimilado por la epidemiología o la medicina del trabajo, sino por la confusión que ha generado su aplicación para usos diversos, inclusive desde su origen.

Este término surge entre comerciantes navieros ingleses en el siglo XIV, en relación al peligro, a la inseguridad y a la posibilidad de pérdida de la propiedad o de la vida.

Desde luego, este tema queda abierto por Oscar Betancourt cuando se refiere a los cuestionamientos en torno a estas nociones, donde lo importante es cómo se les conceptúa y cómo se aplican.

En el caso de la ingeniería industrial y la medicina del trabajo el uso que han hecho de los "riesgos" es cuestionable por tres razones: se les considera desvinculados del proceso laboral; se estudian de manera aislada e independiente unos de otros y se les asocia con una enfermedad determinada, legalmente reconocida. Esto limita su uso y reduce un problema complejo a una relación simplista, como el autor menciona, de tipo causa-efecto. Así que el problema principal no es la noción en sí misma, sino cómo se utiliza y cómo se relaciona con otros procesos, en

particular, el de trabajo y el de salud-enfermedad. En este mismo sentido pueden ser cuestionadas las nociones de "carga", "exigencia", "requerimiento" o "factor nocivo".

Por otro lado, los "agentes" o "factores" se plantean en la medicina laboral convencional y en las disciplinas afines -ingeniería industrial, sobre todo- como ya dados, es decir, como elementos que son inherentes a determinados procesos de trabajo. Así, las medidas a adoptar, en el mejor de los casos, se centran en su control o aislamiento y, en el más frecuente y peor, se aísla a los trabajadores de los mismos por medio de acciones individuales. Es absolutamente congruente la medida adoptada con el planteamiento en cuestión. Es decir, si los agentes o factores son inherentes a un proceso laboral determinado, lo que se puede hacer es aislar al trabajador o a la máquina, o controlar a ésta, o controlar a aquél.

La visión convencional desconoce, confunde o niega la distancia, las diferencias y las relaciones entre los elementos determinantes y las causas inmediatas. Así, considera al ambiente y a los agentes con la misma jerarquía, pero lo que es más grave, considera al proceso de trabajo, como el autor menciona, sólo como el ambiente donde interactúan estos agentes con el trabajador. La clara diferenciación entre elementos determinantes y causas inmediatas es un problema central, ya que éstas son efectos de aquéllos.

Otro aspecto estrechamente relacionado con el anterior es la importancia de reconocer a los riesgos, según he mencionado, como efectos de las características de los procesos de trabajo. Si esto es así, entonces la discusión -que ya plantea el autor- debiera profundizarse en el sentido de cómo todos estos elementos, potencialmente nocivos para los trabajadores, llámense riesgos, exigencias, cargas, agentes, factores o procesos peligrosos para la salud en el trabajo están relacionados con los determinantes del proceso salud-enfermedad, es decir, con el proceso de valorización (en los procesos productivos) y con el proceso de trabajo.

Desde esta perspectiva, diferenciar claramente de dónde derivan o se generan estos procesos peligrosos para la salud o estos riesgos y exigencias parece un aspecto central para seguir avanzando; no sólo en la dimensión teórico-metodológica y técnica, sino en la dimensión práctica, de propuestas y de las acciones concretas.

Me parece que, efectivamente, existe confusión en la noción de "riesgo" como accidente o enfermedad del trabajo que es atribuible al desconocimiento y a la torpeza de legisladores y

personal administrativo o directivo inserto en instituciones asistenciales que no están adentradas en esta materia.

Aclarar este aspecto es muy importante sobre todo para diferenciar las causas inmediatas de los determinantes y éstos de las manifestaciones psicofisiológicas -patológicas o no- en los trabajadores, o sea, las expresiones individuales del proceso salud-enfermedad.

La diferenciación entre riesgos y exigencias es muy importante. Los riesgos se relacionan con las particularidades de los objetos y de los medios de trabajo; las exigencias, en cambio, se refieren a los requerimientos que se imponen a los trabajadores como consecuencia de las características del trabajo y su organización. Los riesgos y exigencias tienen una clara diferenciación, por un lado, de los procesos de trabajo y valorización (determinantes) y por otro, del proceso salud-enfermedad. Los riesgos y exigencias son elementos que median entre los procesos determinantes y el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, a los riesgos y exigencias no se los puede ubicar en el mismo nivel, porque las exigencias expresan además las formas específicas de explotación de los trabajadores. En un sentido similar habrán de estudiarse, en los próximos años, procesos tales como el estrés y la fatiga.

Es importante reconocer, como otro punto de discusión, el que no todos los riesgos y exigencias laborales son "peligrosos" para la salud. Pueden ser potencialmente nocivos que me parece una noción más adecuada que peligroso. Tendremos que trabajar más también, en el futuro cercano, sobre la idea de ausencias, carencias y/o disminución de elementos imprescindibles y necesarios para considerar un trabajo como real potenciador de capacidades en los trabajadores.

Los efectos en la salud de los trabajadores por la potenciación (a veces llamada sinergismo) o adición de estos elementos es, a mi modo de ver, de importancia central en la aparición de las enfermedades. De ahí la necesidad de tener presente la relación de estos elementos con los procesos laborales determinantes. Así se podrán identificar mejor las raíces de los procesos de salud-enfermedad en el trabajo. También esto permitiría incidir, en forma específica, tanto en los procesos determinantes como en estos elementos mediadores y no sólo en los accidentes y enfermedades como la medicina laboral convencional ha hecho hasta el presente.

Separar riesgos de exigencias laborales permite llamar la atención sobre estas últimas, como elementos potencialmente nocivos derivados del trabajo y de las formas de organización

laboral, para las cuales apenas está reconociéndose su importancia. Pero, además, mientras más precisión exista, habría mayor posibilidad de tener claridad sobre dónde y cómo incidir.

Reconocer causas específicas en la aparición de la enfermedad o de un grupo de enfermedades y su relación con procesos determinantes permite proponer soluciones que trasciendan el reducido esquema de los agentes físicos, químicos, biológicos o mecánicos que se relacionan entre sí por sus cualidades intrínsecas (v.g. ser sustancias químicas) y no por su procedencia.

PALABRAS FINALES

Ha sido para mí ampliamente satisfactorio, pero a la vez complejo, intentar prologar este libro.

Es satisfactorio porque he compartido experiencias entrañables, desde hace 14 años, con el autor. En buena medida nos hemos formado juntos pero, sobre todo, hemos hablado mucho, pensado algo, y vivido abundantes intentos (algunos fracasados y otros exitosos) para generar una propuesta de salud laboral con diversos grupos de trabajadores e investigadores.

Compartir este complejo campo obliga a hermanarse en la construcción de un proyecto que pretende, como Oscar Betancourt lo ha dejado claramente expresado en este libro, no sólo criticar, denunciar y participar en la construcción teórico-metodológica de la salud laboral, sino actuar y sugerir propuestas que sean alternativas viables en la defensa de la salud de los trabajadores.

Este reto rebasa las capacidades individuales, porque no sólo incorpora el ámbito de la ciencia y la técnica, sino el vasto campo de la política, de la economía, de la sociología, de la legislación y de la comprensión sobre las formas de pensar, sentir y actuar de los trabajadores.

El autor, integrante del grupo CEAS del Ecuador, ha sido consecuente con todos estos principios imprescindibles del accionar de la salud laboral

Mariano Noriega

México, abril de 1995

CONTENIDO

PRESENTACION	I
1. TEORIA Y PRACTICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	1
LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN ALGUNOS PAISES	1
LA RELACION SALUD Y TRABAJO	7
LA CATEGORIA TRABAJO	14
El carácter social del trabajo	18
Dimensiones del trabajo no consideradas por la salud ocupacional	21
Nuevos retos en el estudio del trabajo	28
LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	36
EL SUSTENTO TEORICO DE LA SALUD OCUPACIONAL	40

La externalidad del trabajo	42
La triada ecológica en la salud ocupacional	43
El eclecticismo de los "riesgos" del trabajo	50
Las enfermedades relacionadas con el trabajo	53
Las disciplinas en la salud ocupacional	54
2 LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: UN DESTAQUE DE LOS RETOS MAS IMPORTANTES	57
LA SALUD DE LOS TRABAJADORES COMO UN PROCESO INTEGRAL	58
La producción y el consumo	58
El polo positivo del trabajo	61
LA ORGANIZACION DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN	62
LO PREVENTIVO Y LO INTEGRAL	63
LA PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES	65
LA TRIANGULACION METODOLOGICA	70
Ideas básicas	71
Alcances	73
Lo cualitativo y lo cuantitativo	73
Las técnicas cualitativas	75
Técnicas cuantitativas	77
La aplicación de las técnicas	

en la triangulación	78
LA SALUD MENTAL	84
LO PUBLICO Y LO PRIVADO	85
DESAFIOS ESPECIALES	86
LA SALUD DE LOS TRABAJADORES UN RETO DE TODOS	88
3. EL MONITOREO EPIDEMIOLOGICO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	91
CRITERIOS BASICOS	93
OBJETIVO GENERAL	96
OBJETIVOS ESPECIFICOS	96
REQUISITOS NECESARIOS	97
CARACTERISTICAS	100
OTRAS PARTICULARIDADES	103
MODALIDADES DE MONITOREO EPIDEMIOLOGICO	107
RECOLECCION DE LA INFORMACION	108
NOTIFICACION	111
TAMIZAJE MEDICO	113

PROCESAMIENTO Y ANALISIS	117
ACTIVIDADES Y NIVELES DE INTERVENCION	118
EL EVENTO CENTINELA	123
REDES DE NOTIFICACION CENTINELA	126
4. ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES	133
LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD	134
¿La atención primaria un sistema pobre para los pobres?	137
ATENCION BASICA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES	139
ASPECTOS OPERATIVOS	144
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	145
NIVELES DE INTERVENCION	145
POBLACION A CUBRIR	147
AREAS DE ACCION Y RECURSOS HUMANOS	148
INTEGRACION DE TRABAJADORES Y EMPLEADORES	154

APOYO INTERSECTORIAL	155
OTRAS ACCIONES EN RELACION A LA SALUD INTEGRAL DE LOS TRABAJADORES	156
1. Educación y capacitación	156
2. Consumo de alimentos y nutrición de los trabajadores	160
3. Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico en los lugares de trabajo	161
4. Salud de la mujer trabajadora	162
5. Control de la posibilidad de adquirir enfermedades infecciosas como consecuencias del trabajo	164
6. Prevención y control de otras enfermedades que afectan a los trabajadores	165
7. Tratamiento oportuno de los problemas de salud	165
8. Rehabilitación	166
MECANISMOS PARA INICIAR UN PROGRAMA DE ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES	167
La atención básica en las áreas de salud	168
Alternativas	171
1. Censo general de los centros laborales del área de influencia de la unidad operativa	172
2. Procesamiento y análisis del censo	173
3. Selección de los centros laborales	174
4. Estudio intensivo de los centros laborales	175
5. Estudio de la situación de salud de la población laboral	183

6. Medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación	184
Acciones paralelas	191
La cogestión popular	195
5. FORMACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES EN DIFERENTES NIVELES DE ENSEÑANZA	197
1. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	197
1.1. Vacíos en la educación y capacitación	197
1.2. Vacíos en otras profesiones	200
1.3. La educación escolar y de la comunidad	201
1.4. Necesidades de educación y capacitación en los niveles básicos	204
2. IMPORTANCIA DE LA INCORPORACION DE LA PREVENCION EN EL TRABAJO EN LOS NIVELES BASICOS	208
2.1. La educación y el trabajo	212
2.2. Algunas dificultades que se deben vencer	222
3. POLITICAS SOBRE EDUCACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES	224
4. ESTRATEGIAS Y ALTERNATIVAS PARA INCORPORAR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL PENSUM	

DE ESTUDIO DE LA EDUCACION PRE-PRIMARIA, PRIMARIA Y SECUNDARIA	228
4.1. La investigación en el área educativa	229
4.2. Estrategias específicas	231
4.3. Mecanismos específicos	235
5. PROGRAMAS DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Y DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS	246
6. LA SALUD OCUPACIONAL EN EL ECUADOR	251
EL ECUADOR EN EL CONTEXTO	252
LA PRESENTE DECADA	255
UNOS POCOS INDICADORES DE LA SALUD DE LA POBLACION	260
ALGUNAS EXPRESIONES EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	262
Lo que reportan las cifras oficiales	266
LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	275
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	276
Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos	277
Ministerio de Salud Pública	278
LA RESPUESTA EMPRESARIAL	280

LA RESPUESTA DE LOS TRABAJADORES	281
OTRAS INSTITUCIONES	282
LA EDUCACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES	284
VACIOS EN LA INVESTIGACION	285

PRESENTACION

El presente trabajo es un esfuerzo que resulta de las motivaciones iniciadas hace varios años, primero en la actividad de Extensión Universitaria que nos puso en contacto cercano con los problemas sociales y de salud de las Comunidades de San Rafael, Santa Anita, Yagüi y Quinindé. Luego, con el intento de mantener una vinculación más estrecha y permanente con los sectores más necesitados, un grupo de compañeros iniciamos el Programa de Medicina Popular de la Facultad de Ciencias Médicas. Estas experiencias siempre estuvieron acompañadas de estudio y reflexiones en torno a la naciente medicina social. A pesar que estas actividades todavía se enmarcaban en el campo asistencial, el trabajo colectivo permitió el vínculo estrecho con organizaciones populares y de los trabajadores.

La decisión de optar por la especialización en salud de los trabajadores fue el producto de una discusión colectiva, en base a necesidades de una realidad concreta. Decisión que encontró terreno fértil al asistir al Curso Monográfico de Medicina Social organizado por la Maestría del mismo nombre en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y luego al ser alumno de la primera promoción de la Maestría de Salud en el Trabajo de esta prestigiosa Universidad.

La vinculación posterior a un grupo de compañeras y compañeros del Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS, permitió afianzar la teoría y práctica de la medicina social.

Estas valiosas experiencias han permitido desarrollar una práctica coherente con una visión integral del mundo, con el compromiso de trabajo junto a los sectores más necesitados e importantes de la sociedad, con la predisposición para aceptar y superar las limitaciones y errores que resultan del encuentro, a veces violento, entre el conocimiento formal y la realidad concreta. La universidad de la vida ha jugado también un papel preponderante en nuestra formación, todavía queda mucho camino por recorrer y múltiples enseñanzas que asimilar.

Lo que se presenta en esta ocasión es el producto precisamente de varios años de estudio y reflexiones y de haber participado de manera directa o indirecta en múltiples experiencias de trabajo en el campo de la investigación, docencia, asesoría y lucha junto a los trabajadores.

A pesar de que una parte de la temática hace referencia al Ecuador, se abordan aspectos que pueden ser válidos para otros países de América Latina. El esfuerzo invertido en este trabajo se justificaría si alguno de sus componentes es recuperado para incorporar a la fuerza colectiva que se encuentra empeñada en transformar las condiciones de trabajo que atentan contra la salud y vida de grupos importantes de nuestra sociedad.

En la teoría y práctica de la salud ocupacional convencional ha sido frecuente considerar al trabajo de manera superficial y, en algunos casos, como un simple "agente". Las implicaciones de estas posiciones reduccionistas han llevado a serias dificultades a la hora de planificar y ejecutar programas de salud de los trabajadores. Por esta razón considero conveniente discutir en el primer capítulo sobre la categoría trabajo.

Con la finalidad de trascender a posiciones que permitan ver la salud de los trabajadores de una manera más integral, ha sido necesario analizar los sustentos teóricos y las limitaciones de una práctica ancestral de la salud ocupacional.

Es importante referirse a una realidad concreta para disponer de primera mano las formas de expresión de la teoría y la práctica convencional, sintetizada en la primera parte. Con esa finalidad se incorpora una visión y análisis de la realidad ecuatoriana en lo que hace relación a la salud de los trabajadores. Otra de las razones para habernos introducido en el estudio de nuestro país surge del principio de la importancia de conocer la realidad para plantear alternativas de intervención y cambio. En este aspecto se ha avanzado hasta donde permiten las fuentes secundarias existentes en el Ecuador. Es más estimulante desarrollar el estudio de una realidad concreta cuando se piensa que, con las particularidades propias de cada realidad, existen varios elementos comunes que son compartidos por muchos países hermanos.

No requiere esfuerzo constatar la posición marginal que ocupa la salud laboral en el Ecuador y en la mayoría de países en desarrollo. Inclusive en los desarrollados, existen amplios grupos laborales desprotegidos que sufren serios impactos de condiciones de trabajo patogénicas. Poco favor haríamos a los trabajadores si nos quedamos tan sólo en la discusión de los sustentos teóricos de una práctica vigente, es necesario realizar algún esfuerzo para plantear mecanismos de intervención concretos que permitan avanzar en la construcción de nuevas alternativas para su salud. Con esta idea se han incorporado en este trabajo tres grandes áreas que podrían constituirse en unos cuantos escalones más para esa construcción.

Una de ellas se refiere al monitoreo epidemiológico de la salud de los trabajadores con la finalidad de introducirse en el conocimiento de la realidad y en la generación de un terreno propicio para el desarrollo de la investigación. Otra que se desarrolla la hemos dado en llamar atención básica en salud de los trabajadores que, como se verá más adelante, apunta a conquistar espacios que siempre les han estado negados, contemplando, además,

mecanismos concretos para la incorporación de acciones en el sistema de salud. La tercera y última se introduce en un asunto poco tratado antes, la educación masiva en diferentes niveles de enseñanza (pre-primaria, primaria y educación media).

El desarrollo de estas tres áreas ha estado regido por algunos principios fundamentales: la participación activa de los trabajadores y sus organizaciones (para que ellos sean los principales actores de los procesos), la defensa de lo público y la utilización de los recursos existentes en beneficio de los trabajadores.

El trabajo realizado ha sido pensado no sólo como fuente de un producto académico sino también con la idea de que sea recuperado por los sectores interesados, especialmente trabajadores y profesionales democráticos, para llevar a la práctica acciones concretas en una dimensión más amplia de la salud de los trabajadores.

TEORIA Y PRACTICA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN ALGUNOS PAISES

Esta última década se ha caracterizado por un importante desarrollo de la ciencia y la tecnología, sin embargo, amplios grupos poblacionales no se han beneficiado de ello. En América Latina, Africa y Asia se encuentran todavía de manera alarmante altos índices de desnutrición, alta incidencia de enfermedades infecto-contagiosas y de fácil prevención; en fin, amplios grupos de la población se debaten en la extrema pobreza. En medio de esta realidad los problemas de salud relacionados con el trabajo, enfermedades, accidentes y molestias que surgen por la exposición a condiciones patogénicas continúan azotando a la población laboral.

Considerando solamente a los países del Area Andina la población económicamente activa es aproximadamente de 28.3 millones de personas que representan el 32.6% de la población total, concentrada fundamentalmente en el sector de la agricultura, silvicultura, caza y pesca. A pesar del alto subregistro se cuenta con información que indica que alrededor del 10% de la PEA es de menores de edad vinculados a algún tipo de actividad laboral¹.

La salud y la vida de la mayoría de esta población laboral se mantiene en condiciones precarias, expresadas por jornadas de trabajo extensivas, bajos salarios, exposición a todo tipo de riesgos que en la mayoría de los casos tienen poco control, limitadas acciones de prevención y protección de la salud. "los accidentes del trabajo, con altas tasas de mortalidad, superan hasta en doce veces las registradas en los países desarrollados².

¹. OPS. **Plan de Acción sobre la Salud de los Trabajadores en el Area Andina, Proyecto Subregional**, Washington, 1990.

². OPS. "**Capacitación de los Trabajadores del Area Andina en Salud Ocupacional**". Documento de trabajo, Bogotá, 1990.

La Salud y el Trabajo I

En algunos países de América Latina tanto las enfermedades del trabajo como los accidentes de tipo laboral tienen un alto subregistro. Información del Instituto de Seguros Sociales de Colombia (ISS) indica que el subregistro de accidentes y enfermedades profesionales supera el 50%. El estudio practicado por ACOPI-ISS en la mediana y pequeña empresa, en 1988, concluye que solamente el 35.9% de las empresas informan sus accidentes. Así mismo, los exámenes médicos pre-ocupacionales sólo se aplican en un 10.6% de las empresas y los exámenes médicos ocupacionales periódicos sólo en 18.2% de las pequeñas y medianas empresas que constituyen más del 80% de las empresas afiliadas al ISS. Los médicos generales y especialistas poco tienen en cuenta el aspecto ocupacional en la práctica diaria, debido principalmente a **vacíos en su formación**³. A pesar de lo señalado, existen algunos datos que reflejan la gravedad del problema de la salud de los trabajadores en estos países. Los niveles de plomo en sangre en el 48.5% de 260 trabajadores de la industria metalúrgica superaban el valor límite biológico, ocurriendo igual cosa en el 40 % de 90 trabajadores de la industria de baterías (acumuladores)...Un estudio en trabajadores de la industria agropecuaria realizado en Bolivia informa de niveles de colinesterasa inferiores a los normales en el 47% y 68% de los expuestos⁴.

"La vigilancia epidemiológica de 1269 y 959 trabajadores de la floricultura, fumigación doméstica, fabricación de productos químicos y comercio, realizada en Colombia durante el primer y segundo semestres de 1985 registró niveles de colinesterasa inferiores al 75% en el 2.8% y 6.9% de los estudios respectivamente. Otro programa de vigilancia epidemiológica de 5489 trabajadores realizado durante los años 1981 a 1986 indicó niveles de colinesterasa inferiores al 75% en el 23.9% de los operarios. En el período de 1978 a 1986 se presentaron 3998 casos de intoxicación por plaguicidas en sólo un departamento de Colombia (Antioquia), con tasas de morbilidad del 13.6 a 27.6 por 100.000"⁵.

Un estudio reciente realizado en el Ecuador encontró que en mujeres que realizan trabajo de oficina, el 80% con estrés severo padece igualmente de sufrimiento mental severo, encontrándose valores similares en trabajadoras de la industria de confección de vestidos⁶.

³. Yépes, Francisco y Col. "La Salud en Colombia", Ministerio de Salud, Editorial Presencia, Bogotá, 1990. P. 414. (Lo resaltado es nuestro).

⁴. OPS. "Capacitación de los Trabajadores del Area Andina en Salud Ocupacional", Op. Cit. p. 8.

⁵. OPS. "Capacitación de los Trabajadores en el Area Andina" op. cit. p 8.

⁶. CEAS. *Mujer, Trabajo y Salud*, Serie Mujer y Salud 1, Ediciones CEAS, Quito, 1994.

La Salud y el Trabajo I

En el registro de la información de accidentes y enfermedades del trabajo generalmente se han considerado solamente las tasas de morbilidad o mortalidad, es necesario incluir indicadores de la gravedad del problema.

"Un indicador utilizado para la severidad de la accidentabilidad laboral se refiere al daño expresado como incapacidad permanente. En El Salvador, de cada 49 accidentes uno deja secuelas de incapacidad permanente; en Panamá esta relación es del orden de 63 a uno, en el Brasil es de 39 a uno. Durante el período de 1979 a 1983, los accidentes del trabajo produjeron en el Brasil 25.938 personas inválidas, y las tasas de invalidez se duplicaron, de 0,29% (1979) a 0,54% (1983). Cada año los accidentes de trabajo ocasionan en ocho países de América Latina y el Caribe una pérdida de alrededor de 14 millones de días de trabajo, que equivale a pérdidas de por lo menos 50.000 años/hombre de trabajo, iguales a la paralización de la industria de estos países durante 10 días... En 26 países de la Región la mortalidad por accidentes se encuentra dentro de las cinco primeras causas de defunción. En los Estados Unidos de América ocurrieron 2'593.910 accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, con 3.610 casos mortales y 46'725.700 días de trabajo perdidos (valores referentes a 1986)"⁷.

Esta seria problemática debe ser analizada de manera integral, considerando la heterogeneidad de los países de distintas regiones, sus características sociales, económicas y políticas, las diferentes formas productivas, la ubicación diferencial del hombre en el sector productivo, las relaciones entre países, etc. Las particularidades de la relación salud y trabajo en un momento determinado y en una sociedad específica no podrán entenderse si no se consideran el perfil de la reproducción social de los distintos grupos humanos, sus condiciones de vida y las relaciones de poder. "La salud de las poblaciones tienen relaciones complejas con los factores genéticos y constitucionales, los agentes patógenos, los factores ambientales, **los estilos de vida** y otras variables..Se está definiendo más claramente de qué manera el estilo de vida y los factores psicosociales interfieren y crean desequilibrios en la salud..⁸.

Es necesario, por ejemplo, meditar sobre el futuro de la salud de los trabajadores considerando los cambios sociales, económicos y políticos que se han dado en estos últimos años. Surgen nuevas formas laborales coherentes con las corrientes neoliberales que están invadiendo América Latina y el Caribe y que se expresan en las políticas de reconversión industrial, flexibilización laboral, incorporación masiva del sistema de producción tipo maquila y de la polivalencia en el

⁷. OPS/OMS. "XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana". Salud de los Trabajadores. Washington, D.C. septiembre 1990. p. 10-11.

⁸. Durao, Alvaro. "La Educación de los Trabajadores y su Participación en los Programas de Salud Ocupacional" Educ. Med. Salud, Vol. 21, No. 2, 1987, p. 119.

trabajo, en la privatización de empresas y servicios pertenecientes hasta hace poco al sector público y en intentos de globalizar la economía de nuestros países.

Estas condiciones repercutirán de manera definitiva en la salud y calidad de vida de la población en general y de manera particular de los trabajadores, debido a que

*"la estrategia neoliberal logra elevar los excedentes económicos pero estos no se reparten equitativamente, más bien, las recetas del fondo monetario lo que producen es una creciente agudización de las desigualdades sociales y una imposibilidad cada vez mayor de acceso de los habitantes más pobres (que son la mayoría) a los servicios... Los neoliberales plantean **para el campo de la salud** cuatro estrategias que acompañan y favorecen la estrategia general que se ha esbozado: **recortes presupuestarios en salud; focalización del gasto** en los estratos más miserables y explosivos de la población; **descentralización** de las instituciones del Estado pero no acompañada de fondos y recursos, ni tampoco de una decisión de otorgar el poder real a las localidades provinciales y cantonales; y, **privatización**, justificada mediante una intencional autolimitación de recursos y una campaña bien orquestada de desprestigio de lo estatal"⁹.*

Esta política en la mayoría de los países se encuentra en pleno auge, los trabajadores, en su mayoría de escasos recursos económicos, se sienten impedidos de acceder a los servicios de salud privados, los programas de prevención y protección a la salud, las investigaciones en salud de los trabajadores y las actividades de educación y capacitación en esta área no cuentan con los recursos ni decisión política necesarios. En el Ecuador, por ejemplo, en el presupuesto del Estado para el último trienio de la década anterior el rubro correspondiente a la salud tuvo un descenso del 30%, en cambio el rubro para cubrir el pago de intereses de la deuda externa se incrementó en un 100%. La tendencia en el primer quinquenio de esta década es similar y aún más grave.

No se quiere decir con esto que el acceso a los servicios de salud es lo más importante para precautelar la salud de los trabajadores. Mientras no cambien las condiciones de trabajo riesgosas y mientras el trabajador no disponga de lo indispensable para una vida digna, no se puede pensar en auténtico bienestar. Sin embargo, en esta época en la cual se intentan eliminar los logros alcanzados por los trabajadores y en general por la sociedad, no se puede soslayar la

⁹. Breilh, J. "Neoliberalismo en Pastilla, para Profesionales de la Salud". Cuadernos de Salud Colectiva, Vol. 1, No. 4, Quito, 1991, p 7.

importancia de defender los servicios públicos, los seguros de "riesgos del trabajo", las instituciones que se preocupan por mejorar las condiciones de trabajo y de precautelar la salud.

Tomando como ejemplo el modelo chileno, impuesto en el tiempo de la dictadura de Pinochet, los gobiernos neoliberales de nuestros países intentan eliminar la seguridad social sustentada en los principios de solidaridad y universalidad, para dar paso a los seguros privados, similares a los institutos de salud previsional del país del sur. Sabemos que con esta modalidad amplios sectores de la población quedarán al margen de la protección de las consecuencias que ocasionan condiciones de trabajo peligrosas para la salud.

LA RELACION SALUD Y TRABAJO

Es interesante observar como en los últimos años, en algunos grupos y sectores, la formación de recursos humanos, la investigación y la prestación de servicios de salud han incorporado al **trabajo** como un elemento de referencia para entender de manera integral el proceso salud-enfermedad.

El trabajo, uno de los aspectos más importantes de la vida, ha permitido la existencia de los seres humanos y el desarrollo de la sociedad hasta llegar a niveles de conquista del espacio. Por medio del trabajo se transforma la naturaleza y se obtienen los bienes necesarios para la reproducción del ser humano, permitiéndole el desarrollo de múltiples capacidades físicas y mentales.

Si se intenta abordar los problemas de salud de manera integral, no se puede dejar de considerar la forma como el trabajo influye en la salud.

El trabajo no es solamente una cualidad biológica, sino una característica del hombre como ser social que se encuentra relacionado con el proceso de transformación y dominio de la naturaleza.

Al mismo tiempo que entra en contacto con el objeto de trabajo, con herramientas y maquinarias para obtener un producto, el ser humano va adquiriendo nuevo tipo de conocimientos, modificaciones en su organismo y en las relaciones

La Salud y el Trabajo I

con sus semejantes, interacción entre ser y naturaleza, trabajador y trabajo, que es necesario tenerla siempre presente para entender e intervenir de mejor manera en la salud de la población.

En el desarrollo histórico de la sociedad han ido surgiendo diferentes formas de trabajo y además diferentes ubicaciones del ser humano en el proceso productivo, situación que de la misma manera genera formas diferenciales de enfermar y morir.

El propósito central de la sociedad debería ser ofrecer alternativas concretas para que el ser humano lleve una plena realización de sus capacidades creativas con el objeto de alcanzar su completa humanización. La utilización del ser humano como un simple medio para lograr beneficios para un limitado grupo de la sociedad es uno de los aspectos que rigen los procesos productivos en la mayoría de los países de América Latina y del mundo. En las formas productivas modernas, para el trabajador se ha roto la unidad concepción-ejecución, unos son los que conciben y planifican y otros los que ejecutan. Esta particularidad se refleja de diferente manera en su salud.

El **trabajo** es algo inseparable del ser humano, se impregna en las veinte y cuatro horas del día, incide tanto en lo que sucede durante la jornada laboral como en los otros momentos de la vida del trabajador.

Al decir que el trabajo es una actividad con dimensión particular y colectiva se está reconociendo que las leyes que rigen a la sociedad determinan las características del mismo y de la salud. Para tener una visión integral de la salud laboral es necesario considerar las características espaciales y temporales del trabajo, los aspectos económicos y técnicos, las manifestaciones subjetivas, culturales y étnicas, las razones o determinaciones de esas peculiaridades. Con estas bases, las acciones encaminadas a estudiar e intentar resolver los problemas de salud de los trabajadores adquieren mayor coherencia y solidez.

Múltiples molestias lesiones y enfermedades perfectamente estructuradas tienen su origen en las condiciones de trabajo. La exposición a sustancias químicas y a procesos de tipo físico, posiciones inadecuadas, medios de trabajo peligrosos, jornadas y ritmos de trabajo extenuantes, procedimientos inadecuados, relaciones jerárquicas en los centros de trabajo, tensiones psíquicas, etc. son algunos de los procesos que llevan a la enfermedad o muerte de los seres humanos.

La Salud y el Trabajo I

Todas las personas que realizan alguna actividad y como consecuencia de condiciones de trabajo específicas, se encuentran en la eventualidad de sufrir problemas de salud. No es un problema exclusivo de los obreros o del sector industrial. Por ejemplo, en una secretaria que permanece la mayor parte del tiempo sentada, al frente de una pantalla de terminal de computador y bajo la presión de tareas interminables, con bastante probabilidad aparecerán alteraciones visuales, del aparato osteomuscular y de la esfera psicológica.

Es conocido que una buena proporción de los problemas de salud que surgen por las condiciones de trabajo son irreversibles (cáncer pleural por asbesto, lesiones hematológicas por solventes orgánicos, sordera por exposición a sonidos de gran magnitud) y en algunos casos progresivas, a pesar de que se aleje de la exposición (neumoconiosis por inhalación de polvos silíceos).

Sin desconocer la trayectoria y los aportes valiosos de algunos grupos que en los últimos años han generado importantes innovaciones teórico-metodológicas, en la concepción y práctica de la salud de los trabajadores existe todavía una predominancia de los enfoques convencionales que traen algunas dificultades en el abordaje integral de la problemática.

Uno de los obstáculos para el desarrollo de la salud de los trabajadores se encuentra en las políticas sanitarias y en las prioridades de los sectores oficiales y empresariales. La salud de los trabajadores no se encuentra en la óptica central de las instituciones públicas o privadas. Para el Estado son otros los programas que ameritan atención prioritaria, los que sirven de instrumentos legitimadores y de mecanismos amortiguadores de las contradicciones de clase, o los que tienen importantes auspicios financieros (campañas masivas de inmunización, control de la natalidad, programas del SIDA, etc.).

El campo de la salud de los trabajadores es un terreno conflictivo, es capaz de desentrañar las particularidades y expresiones de formas de trabajo seriamente patogénicas. Los estudios e investigaciones de la salud laboral sacan a flote características del trabajo que son el reflejo de la organización social sustentada en claros intereses de grupo. A los sectores empresariales no les preocupa la salud de los trabajadores, cualquier actividad en este campo ha surgido por la organización y demanda de los propios trabajadores o por algunas "concesiones" patronales encaminadas a mantener la fuerza de trabajo en condiciones adecuadas para la producción o para el funcionamiento regular de las instituciones públicas. Otras, igualmente aisladas, se han inscrito en las posiciones "humanistas".

La Salud y el Trabajo I

En el seno de los propios trabajadores y como consecuencia, por un lado, de las dificultades en las condiciones de vida y, por otro, del impacto de formas ideológicas hegemónicas, la preocupación central se mantiene todavía en el campo reivindicativo de tipo económico. Es tan real esta situación que con mucha frecuencia se ve como en el ámbito laboral se negocian y se ceden espacios de la salud a cambio de beneficios monetarios; es lo que desde hace mucho tiempo se ha identificado como la "monetarización de los riesgos".

Muchos países de América Latina, con pequeñas variaciones y en diferentes momentos históricos, se han caracterizado por ser países dependientes en el campo económico, científico y tecnológico. Asimilando y aplicando los conocimientos generados en los países ubicados en los polos de desarrollo, la producción científica y las experiencias de investigación han sido bastante reducidas. El apoyo con estructura física, recursos humanos y financieros para la investigación científica en cualquiera de los campos del conocimiento es insignificante, para al área de la salud de los trabajadores es todavía más limitado.

En contraposición con esta realidad y en medio de las dificultades señaladas, en otros niveles se han dado algunos pasos en el desarrollo de la salud de los trabajadores de nuevo tipo. Existen múltiples experiencias aisladas en diferentes países que demuestran un alto interés por la salud de los trabajadores, surgido en el seno de los propios trabajadores y de grupos de técnicos y profesionales conscientes de esta problemática.

Organizaciones de trabajadores incluyen como aspectos centrales de los contratos colectivos el cuidado de la salud y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, creando la base legal para realizar investigaciones y estudios en los centros laborales desde la óptica y perspectiva de los trabajadores.

Las aspiraciones y las necesidades de los trabajadores son las que en un momento determinado definen lo que se debe estudiar y la forma como se debe estudiar. A manera de ilustración se puede citar un artículo del contrato colectivo de uno de los sindicatos más importantes de la industria automotriz del Ecuador y que refleja los ámbitos que se van conquistando en la defensa de la salud y vida de los trabajadores:

*"Art. 25.- ESTUDIOS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL.- El Comité de Empresa podrá presentar propuestas y alternativas para la prevención de la salud laboral y seguridad industrial. La Empresa brindará todas las facilidades para que el Comité de Empresa y Sindicato puedan desarrollar esta actividad, para lo cual incluso la Empresa facilitará **el ingreso del personal técnico** que sea*

*contratado por las organizaciones sindicales. Si la Empresa considera favorable el estudio, ésta absorberá el costo del mismo*¹⁰.

De la misma manera, últimamente han surgido algunos organismos no gubernamentales constituidos por profesionales y técnicos de diversas disciplinas que se preocupan por asesorar e investigar conjuntamente con los trabajadores, produciendo notables innovaciones teóricas, metodológicas y técnicas que ubican a la salud de los trabajadores en otra dimensión.

En el momento actual cuando los trabajadores y amplios sectores de la población se encuentran impactados por las consecuencias de los procesos de privatización de las empresas y de las instituciones de servicio popular, objetivo central de las políticas neoliberales vigentes en la mayoría de países de América Latina, es necesario dirigir todos los esfuerzos para desentrañar las particularidades que van adoptando la organización y división del trabajo, la incorporación de nuevas materias primas, maquinarias y procedimientos, los viejos y nuevos procesos destructivos en los centros laborales, los mecanismos de control y todas las repercusiones en la salud de los trabajadores y de la colectividad.

A pesar de lo señalado y de los logros alcanzados, en este campo existe mucho camino que recorrer.

Por las razones anotadas, es importante plantear algunos elementos teórico-metodológicos de la relación salud-trabajo. En este sentido y desde hace más de una década ha surgido una importante producción de planteamientos alternativos con la medicina social, salud colectiva y epidemiología crítica¹¹. Retomar estos aportes es una condición fundamental si se desea trascender los modelos convencionales que abordan la salud de los trabajadores como una simple relación intralaboral de tipo causa-efecto. La organización de los trabajadores, la participación activa de los mismos, la posición de los profesionales y técnicos, el grado de compromiso con la salud laboral y la posibilidad de incorporarse en la dinámica de los diferentes actores sociales que anhelan otras condiciones de salud y vida, deben ser los aspectos centrales en la práctica de la salud de los trabajadores.

¹⁰. AYMESA. **Noveno Contrato Colectivo de Trabajo**, Quito, 1992, p. 22.

¹¹. Los aportes más importantes los encontramos en los trabajos de Laurell, Noriega y otros investigadores de la UAM-X en México; Breilh, Granda y Campaña en Ecuador; Sepúlveda, Parra, Agacino y Echeverría en Chile, Tambellini en Brasil, Escudero y Kohen en Argentina, Varillas y Valle en Perú, Feo en Venezuela, Henao en Colombia.

La teoría y práctica de la salud de los trabajadores no es homogénea, depende entre otras cosas, del nivel de desarrollo y de las características de la organización social, de la manera como se conciba la relación **trabajo y salud**, de la posición que adopten los trabajadores en este campo, de los intereses patronales, de las políticas laborales y de salud de un país.

LA CATEGORIA TRABAJO

Como dice Karel Kosík, una de las formas de iniciar el estudio de la categoría trabajo podría ser partiendo de definiciones, la que ofrece la sociología, la economía, la psicología o cualquiera otra disciplina. Al Hacerlo de esta manera se correría el riesgo de limitar la riqueza del análisis. Las definiciones generalmente incluyen aspectos parciales de lo que es el trabajo, sea como proceso laboral, operaciones laborales o como formas muy específicas de trabajo. Para entender de mejor manera la relación salud-trabajo es necesario desentrañar los aspectos esenciales del trabajo remitiéndose a las características del ser humano y a la consideración de que son inseparables.

Uno de los aspectos que marca la transformación del homínido, antepasado "animal" del hombre que aparece hace unos 5 millones de años, es la creación de la herramienta con la utilización de los materiales naturales de la tierra, la piedra, madera, hueso, etc. De esta manera el hombre comienza a actuar sobre la naturaleza para transformarla en la perspectiva de obtener los beneficios de acuerdo a sus necesidades.

Surge así el trabajo como un intercambio constante entre el hombre y la naturaleza, intercambio que, a diferencia de lo que sucede en los animales, se realiza de manera consciente, con la participación del pensamiento.

"Pensar, en una primera etapa, es la capacidad que adquirió el hombre en reproducir en el interior de su cerebro cosas abstractas, imágenes, símbolos, palabras, capaces de corresponderse con cosas concretas. Pensar, en una segunda etapa, es la capacidad de relacionar entre sí esas cosas abstractas, esas imágenes, esos símbolos, esas palabras, de manera cada vez más compleja, originando de esta manera un flujo contante de nuevos pensamientos"¹².

¹². Bianco, A. *Pequeña Historia del Trabajo*. Contrapunto, Buenos Aires, 1987, p. 18-19.

La Salud y el Trabajo I

En la fase sensorial del pensamiento, el hombre percibe al mundo exterior con los órganos de los sentidos, por medio de éstos el cerebro capta los estímulos del mundo exterior y de simples apreciaciones sensibles los transforma en conocimientos racionales, en conceptos, ideas, etc.

"Este es el primer paso del pensamiento humano: la transformación de los hechos (externos) en ideas (internas). El segundo gran paso es el movimiento inverso y complementario, la transformación de las ideas en hechos"¹³, siendo el trabajo una de las más importantes expresiones.

El trabajo surge, por lo tanto, como una manifestación consciente de intercambio entre el hombre y la naturaleza. En este intercambio el proceso de humanización es su esencialidad y en él se definen también las relaciones entre los seres humanos.

El trabajo conciente es una actividad básica y exclusiva del ser humano por medio de la cual establece relaciones con la naturaleza a la que transforma y al mismo tiempo el ser humano experimenta transformaciones importantes. En el transcurso de la historia estas transformaciones han ido cambiando hasta llegar, en el momento actual, a niveles muy altos de complejidad.

El trabajo es, en esencia, la unidad del ser humano con la naturaleza en base a una recíproca transformación. En el trabajo el ser humano se objetiviza y la naturaleza se humaniza.

"El trabajo humano, por otra parte, debido a que está impregnado y dirigido por una comprensión que ha sido desarrollada social y culturalmente, es capaz de un vasto rango de actividades productivas. Los procesos de trabajo activo que residen en potencia en la fuerza de trabajo de los hombres son tan diversos en tipo, manera de realización, etc. que para propósitos prácticos puede decirse que son infinitos, y que mayor cantidad de nuevos modos son inventados más rápidamente de lo que pueden ser explotados"¹⁴.

Se puede decir que los animales también transforman algunos elementos de la naturaleza, pero no por eso se afirmarían que ellos trabajan. Como se señaló anteriormente, el trabajo es una actividad consciente que lleva implícito un

¹³. Ibid , p. 20.

¹⁴. Braverman, H. **Trabajo y Capital Monopolista**. Nuestro Tiempo, México, 1978. p. 73.

propósito, en cambio, la actividad de los animales en la naturaleza es de tipo instintiva. El ser humano primero realiza una representación mental de la actividad que va a realizar antes de ser ejecutada y es ésta una de las características más importantes que define la humanización del trabajo.

Los animales aprovechan los materiales de la naturaleza para su utilización inmediata, sin que existan de por medio actividades transformadoras importantes, el ser humano, en cambio, con los materiales que dispone y con los que le ofrece la naturaleza realiza una representación mental de lo que desea hacer y cada momento intercambia lo que quiere contra lo que puede hacer y lo que puede hacer contra lo que ejecuta, por lo tanto, en el trabajo el mecanismo rector es la fuerza del pensamiento conceptual¹⁵.

Es conocido que en los animales las actividades instintivas son innatas, centradas en la liberación de energía en respuesta a estímulos recibidos. El trabajo, por el contrario, es un proceso colectivo de aprendizaje con perspectivas inverosímiles.

Los animales también tienen la posibilidad de aprender algún aspecto elemental en base al entrenamiento sustentado en los reflejos condicionados pero nunca podrá llegar a las capacidades conceptuales del ser humano. En los animales, a diferencia del ser humano, no es posible desarrollar representaciones simbólicas, de las cuales el lenguaje articulado es la más alta expresión, por medio del cual el ser humano garantiza la continuidad de su experiencia. El trabajo que trasciende la simple actividad instintiva es la fuerza que ha permitido la evolución y transformación de la humanidad, acumulando conocimientos y experiencia hasta lograr una sociedad actual notablemente diferente a la de épocas primitivas.

"En el trabajo y por medio del trabajo el hombre domina el tiempo (mientras que el animal es dominado por el tiempo), ya que un ser que es capaz de resistir a la inmediata satisfacción del deseo y contenerlo activamente, hace del presente una función del futuro, y se sirve del pasado, esto es, descubre en su obrar la tridimensionalidad del tiempo como dimensión de su ser. El trabajo, que ha superado el nivel de la actividad instintiva y que es exclusivamente un obrar humano, transforma lo dado, natural e inhumano y lo adapta a las necesidades humanas y, al mismo tiempo, realiza los fines humanos en la naturaleza y en el material que esta misma ofrece. De este modo, la naturaleza se presenta al hombre en un doble aspecto: por un lado, se manifiesta como potencia y objetividad que ha

¹⁵. Valery, P. Uber Kunst, Frankfurt, 1959. Citado por H. Braverman, op. cit. p.62.

de ser respetada, cuyas leyes deben ser conocidas, a fin de que el hombre pueda utilizarlas en su provecho, por otro, desciende al nivel de simple material en el que se realizan los fines humanos. En un caso, el hombre deja que las fuerzas materiales, que existen con independencia de él, actúen en su provecho y respondan a sus exigencias, en el otro, él mismo se objetiva en la naturaleza y en los materiales de la naturaleza, degradándola a la condición de simple material de sus intenciones"¹⁶.

EL CARACTER SOCIAL DEL TRABAJO.

El ser humano es un ser racional, además de sentir, razona, piensa y el ser racional del hombre sólo fue posible gracias a su ser social. No hubiera sido posible la existencia de la humanidad si el ser humano se quedaba solo en la naturaleza, no sólo por los aspectos referidos a la reproducción biológica sino por la necesidad de crear una fuerza transformadora que es la fuerza social. Trabajando juntos los seres humanos hacen conciencia de su humanidad y se potencia su capacidad transformadora.

El trabajo es una actividad eminentemente social. El trabajo individual es sólo un componente del trabajo social que no se lo ve en forma directa sino en trabajo acumulado, en los productos de consumo social. El ser humano nunca produjo bienes de manera aislada, inclusive en la comunidad primitiva sus miembros se agrupaban para realizar las actividades agrícolas y de caza, potencializando, de esta manera, las fuerzas productivas poco desarrolladas en ese momento. En la sociedad moderna en la que coexisten diversas formas productivas, hasta el trabajo del pequeño artesano que labora solo en su taller es un trabajo social, requiere de conocimientos, materia prima, herramientas y de un local que encierran trabajo pretérito de muchos seres humanos, lo que él produce, además, será para consumo social. Si esto sucede con el trabajo individual de un artesano, la actividad empresarial adquiere dimensiones sociales indiscutibles.

"Las empresas modernas cuentan con frecuencia con muchos miles de obreros, cada una de ellas recibe la materia prima y los materiales de decenas y a menudo de cientos de otras empresas. Las fábricas de automóviles, por ejemplo, son abastecidas por cientos de proveedores. Los hombres utilizan en creciente grado los conocimientos, los hábitos de trabajo y la experiencia acumulada por la humanidad. De tal suerte, en el proceso de trabajo los hombres inevitablemente entran en contacto

¹⁶. Kosik, K. *Dialéctica de lo Concreto*. Grijalbo, México, 1967, p. 221-222.

La Salud y el Trabajo I

unos con otros, su trabajo reviste un carácter social. La producción siempre es producción social, y el trabajo, trabajo social"¹⁷.

Como se dijo anteriormente, el ser humano produce para satisfacer sus necesidades, pero esa satisfacción no surge tan sólo en el acto de producir, en el cual se desarrolla física, intelectual y afectivamente; es en el momento del consumo de lo producido cuando encuentra razón y sentido al trabajo, constituye el aspecto básico de su reproducción.

Estos procesos de producción y de consumo, las relaciones entre los seres humanos y con la naturaleza han cambiado a través de la historia, modificándose con ello las condiciones de trabajo, de vida y las expresiones de salud.

"El trabajo, al ser un hecho eminentemente social, atributo exclusivo del hombre, ha sufrido transformaciones correspondientes al desarrollo histórico de la sociedad en su conjunto. Mientras el trabajo tiene características que son comunes a todo tipo de sociedad, va adquiriendo cualidades muy distintas dependiendo, entre otras cosas, de la forma como se encuentra organizado el sistema de producción y de la manera como se distribuye la riqueza producida"¹⁸.

El desarrollo de las fuerzas productivas, la presencia de una amplia variedad de procesos laborales, la incorporación de modalidades productivas regidas por un sistema de cooperación y división del trabajo, por la separación entre concepción y ejecución, por la posesión o no de los medios de trabajo, por la incorporación de la máquina y de procesos automatizados han definido las condiciones para que se modifiquen las formas de enfermar o morir de los trabajadores.

Por ello, una condición fundamental en los estudios e investigaciones de la salud de los trabajadores es el conocimiento profundo de la forma como se encuentra organizada la sociedad y de las particularidades que tienen los procesos de trabajo y los grupos sociales.

En la sociedad capitalista, se pierde la posibilidad de la realización plena del ser humano por medio del trabajo. El producto, la cosa reemplaza al ser humano, él mismo es cosificado y en ese sentido el objeto adquiere un nivel jerárquico superior. La obtención de mercancías en el menor tiempo posible, aunque no sean útiles para la sociedad, y el

¹⁷. Savchenko, P. *¿Qué es el Trabajo?*. Progreso, Moscú, 1987, p. 14-15.

¹⁸. Betancourt, O. *La Salud en el Trabajo en el Ecuador, Notas para su Estudio*. Salud y Trabajo, No. 8-9, abril-diciembre 1984, p.5.

interés de conseguir los más altos niveles de ganancia son los aspectos que definen las características de los procesos laborales. En éstos se esconde la esencialidad de los mecanismos que generan la enfermedad o la salud de los distintos grupos laborales.

DIMENSIONES DEL TRABAJO NO CONSIDERADAS POR LA SALUD OCUPACIONAL

La salud ocupacional convencional considera al trabajo como un elemento secundario en la vida del ser humano, despojado del carácter social e histórico. Según esa perspectiva, se lo reduce a un factor ambiental externo al ser, que encierra una variedad de agentes capaces de ocasionar accidentes y enfermedades en el momento que "ingresan al organismo". Se considera que la influencia del trabajo en la salud es un hecho natural y que las variaciones en el tiempo, espacio y en los diversos sectores de la producción son eminentemente técnicas.

En lo que hace referencia a la salud de los trabajadores, la medicina del trabajo ha considerado sólo la significación negativa del trabajo, expresada como hechos terminales y aislados, descuidando las potencialidades que tiene en la realización del ser. La recuperación de los aspectos del trabajo que permiten el desarrollo de capacidades físicas o mentales es fundamental para incorporarlos en los programas de promoción de la salud de los trabajadores.

La salud ocupacional convencional, adoptando una supuesta neutralidad, ha desconocido los cambios que adquiere el trabajo en una forma social de producción específica, concretamente en la sociedad capitalista. En el mejor de los casos se circunscribe a los aspectos técnicos del trabajo, a las características físicas o químicas del objeto y medios y no a las **características sociales** de los mismos.

Es innegable el valioso apoyo que ha dado la economía política y especialmente el marxismo para la comprensión más amplia y profunda de la categoría trabajo, de la producción, de la sociedad y con ello de la salud de los trabajadores. Cuando se plantea que el trabajo "es un proceso que invade todo el ser del hombre y constituye su carácter específico", ubica al trabajo en la propia ontología del ser humano y lo que es más importante, contradice el pensamiento tan difundido de la salud ocupacional hegemónica, del trabajo como proceso ajeno al hombre. La diferenciación entre **trabajo abstracto y trabajo concreto** permite entender las diversas particularidades y expresiones del mismo en un momento específico del desarrollo social. De acuerdo a Marx, el trabajo concreto es una forma de trabajo particular que se

asimila con el valor de uso del bien producido y el trabajo abstracto que se relaciona con el valor de cambio de las mercancías¹⁹.

El análisis del **proceso de trabajo**, la definición precisa de los elementos que lo integran, **objeto, medios, actividad misma, organización y división del trabajo** y la claridad con que se abordan las características que adquiere el proceso de trabajo en la producción capitalista expresada, entre otras cosas, en el **proceso de valorización**, permiten adentrarse en la esencialidad de la relación salud y trabajo. En la sociedad capitalista, el proceso de valorización es el que define las características del proceso laboral.

Los trabajadores y técnicos de la salud laboral deben saber que en la forma de producción capitalista y desde el punto de vista del proceso de valorización existen diferentes estrategias para la obtención del plusvalor, que se corresponden, además, con diferentes momentos de desarrollo del capitalismo. Una manera es prolongando la duración de la jornada de trabajo (**plusvalía absoluta**) y otra intensificando la actividad laboral sin que se prolongue la extensión de la jornada (**plusvalía relativa**). En las siguientes líneas y a propósito del análisis de la jornada laboral se realiza una explicación más detallada al respecto.

Cada una de estas modalidades que se utilizan en la producción capitalista requieren de formas de control que se expresan de manera concreta en el proceso laboral y que inciden en la salud de diversa forma. Cuando se intenta reproducir y ampliar el capital por medio de la plusvalía absoluta es necesario incorporar al proceso de trabajo diferentes mecanismos como por ejemplo los sistemas de supervisión estrictos y coercitivos (**subsunción formal**), en cambio si el plusvalor surge de la intensificación del trabajo y de los aspectos técnicos-organizativos, el mismo proceso laboral tendrá otras características, por ejemplo, la dependencia total que puede tener el trabajador al ritmo e intensidad que imprima la maquinaria (**subsunción real**). En la realidad se ven formas combinadas de las mismas.

Una visión superficial de la salud ocupacional convencional relacionada con la **jornada de trabajo** en el capitalismo, sólo permite identificar que en ocho horas un grupo de trabajadores utiliza las instalaciones, herramientas, maquinarias o equipos para cumplir con una determinada actividad y que en este proceso puede sufrir el impacto de algunos "riesgos". Los aportes de la Economía Política, en cambio, ayudan a profundizar y desentrañar lo que las

¹⁹. García, J.C. **La Categoría Trabajo en Medicina**. Salud y Trabajo, No. 5, Portoviejo, abril 1983, p. 15.

La Salud y el Trabajo I

apariencias ocultan. Si la ley fundamental de la producción capitalista es la de no sólo producir un **valor de uso**, sino un artículo que pueda ser destinado a la venta, es decir una **mercancía** que tenga **valor de cambio** y que a su vez ese valor sea "mayor que la suma de los valores de las mercancías requeridas para su producción, de los medios de producción y de la fuerza de trabajo por los cuales él (capitalista) adelantó su dinero constante y sonante en el mercado" (**plusvalor**)²⁰, a la jornada laboral hay que dividirla en tres partes:

+-----+
| TIEMPO SOCIALMENTE NECESARIO | PLUSTRABAJO | TIEMPO MUERTO |
+-----+

En el **tiempo socialmente necesario** el capitalista cubrió lo que invierte en la reproducción de la fuerza de trabajo, es decir, el valor de los bienes que el trabajador debe consumir para recuperar y mantener la capacidad física y mental para que pueda continuar cumpliendo con la tarea para la cual ha sido contratado. Evidentemente este tiempo ocupa sólo una parte de la jornada de trabajo.

En la otra parte de la jornada, la actividad que realiza el trabajador y lo que produce es de exclusivo beneficio del propietario de los medios de producción. Es un trabajo excedente o **plustrabajo** que genera **plusvalor** que va a parar a las manos del capitalista.

Durante la jornada y dependiendo de las características de la organización del proceso laboral, el trabajador puede suspender temporalmente su actividad para hacer una pequeña pausa, para ir al baño o para conversar con sus compañeros. A esto es lo que en la producción capitalista se conoce como **tiempo muerto**. Un tiempo que para los trabajadores debería ser lo contrario, es decir un **tiempo de vida**, de respiro, de descanso, de relaciones, de humanidad.

El desarrollo de la sociedad y el avance tecnológico han sido aprovechados en la producción capitalista para disminuir la duración del tiempo socialmente necesario y conseguir que se prolongue el tiempo de plustrabajo. En otro intento de aumentar las ganancias, el capitalista tiene la permanente preocupación de disminuir o eliminar los tiempos muertos²¹.

²⁰. Marx, K. Op. cit. p. 226.

²¹. Neffa, J. C. Comunicación personal, Argentina, 1994.

La Salud y el Trabajo I

Estas últimas reflexiones parecería que no tienen ninguna relación con la salud de los trabajadores; en la práctica existen expresiones concretas, por ejemplo, hemos podido observar en algunas fábricas de la ciudad de México que los sanitarios para el uso de los trabajadores no disponen de puertas para evitar que los trabajadores acudan con frecuencia a ellos o para controlar el tiempo que una determinada persona permanece en su interior. En esas condiciones los trabajadores preferían no ir al baño y algunos se quejaban de constipación que nunca antes habían sufrido.

En una fábrica de calzado de la ciudad de Mendoza, Argentina (1994), en la cual la mayor parte del personal son mujeres, los empresarios colocaron una cámara de video y un reloj para timbrar tarjeta frente a la entrada a los sanitarios para el uso de las trabajadoras. En poco tiempo surgió la queja por las tensiones psíquicas que esa medida ocasionaba. En China y en México encierran con seguridades a las trabajadoras de la industria de la confección para evitar que salgan durante la jornada o antes que termine la misma y eso ha sido causa para que muchas de ellas mueran en tragedias que se sucedieron en distintas épocas en esos países (incendio y terremoto respectivamente).

En estos días y aprovechando la sensibilidad patriótica levantada en la población ecuatoriana como consecuencia del enfrentamiento bélico con el hermano país del Perú, promovido por los intereses políticos de una dictadura y por los afanes expansionistas de una cúpula de narcogenerales del país del sur, los empresarios inmediatamente lanzan la propuesta de cambiar la duración de la jornada de trabajo semanal de 40 a 48 horas, tratando de conseguir beneficios exclusivos para ese sector e intentando eliminar de un plumazo conquistas laborales que han costado mucho esfuerzo y tiempo. Felizmente las organizaciones laborales han puesto serios reparos a este intento, que de concretarse produciría múltiples repercusiones en la vida de las personas que trabajan y su familia.

No se debe olvidar que una ley fundamental del capitalismo es la de producir lo que más se pueda en el menor tiempo posible y con ello aumentar la tasa de ganancia. Existen algunos detalles que explican las razones por las cuales los empresarios se resisten a realizar estudios de la salud de los trabajadores y a invertir en medidas de promoción y prevención.

La tasa de ganancia es el resultado de la relación entre el **plusvalor** y la suma del **capital constante** con el **capital variable**, recordando que el capital constante es el invertido básicamente en instalaciones, maquinarias y equipos, el capital variable, el que sirve para cubrir los sueldos y salarios de los trabajadores.

La Salud y el Trabajo I

$$\text{TASA DE GANANCIA} = \frac{\text{PLUSVALOR}}{\text{CAPITAL CONSTANTE} + \text{CAPITAL VARIABLE}}$$

Si aumenta cualquiera de los componentes del denominador, la tasa de ganancia disminuye, siempre y cuando el numerador no se modifique, es decir mientras la extracción de plusvalor se mantenga en los mismos niveles. El capitalista procura a toda costa que la tasa de ganancia sea cada vez mayor, evita invertir en maquinaria moderna, en medidas de higiene y seguridad, en instalaciones más seguras y confortables. Se agrava la situación cuando se hacen todos los esfuerzos para incorporar mecanismos que permitan la obtención de un plusvalor cada vez más alto (prolongación de la jornada laboral, cambios en la organización y división del trabajo, pago a destajo, incentivos, etc.). Una y otra cosa en perjuicio fundamentalmente de los trabajadores y su salud. En cambio, el capital variable aumenta fundamentalmente por la lucha de los trabajadores que consiguen aumento de salarios. La resistencia que tienen los propietarios de los medios de producción al aumento de salarios es precisamente porque disminuye la tasa de ganancia. Las "concesiones" que los empresarios realizan con el incremento de salarios van casi siempre acompañadas de cambios en la organización y división del trabajo dirigidos a aumentar la producción. En una fábrica ensambladora de vehículos, ante el reclamo de los trabajadores para el aumento del salario, este incremento se otorgó a condición de que se duplique el número de unidades/día que los trabajadores estaban produciendo. Es fácil colegir las repercusiones en la salud que resultarán de esta medida. Este ejemplo resalta el estilo que adopta la producción capitalista.

Existe resistencia a las innovaciones tecnológicas que requieren inversión (capital constante) y los empresarios hacen todos los esfuerzos para controlar el capital variable. El aumento de la producción lo suplen con cambios en la organización y división del trabajo.

Una expresión concreta de lo señalado es lo que en la actualidad está sucediendo con las formas flexibles de trabajo: se reduce el número de trabajadores y se incorpora la polivalencia y polifuncionalidad en el trabajo, se disminuyen los salarios aprovechando el incremento del desempleo y subempleo, se incorporan nuevas formas de remuneración relacionadas directamente con la cantidad o calidad que produce cada trabajador, se desconoce el derecho a la huelga, se adopta la forma de pago por horas, se suprimen cláusulas contractuales, falta de cumplimiento de lo pactado en los contratos colectivos, se instauran de manera generalizada los premios, la diferenciación salarial cada vez más marcada en

grupos similares de trabajadores, se individualizan los problemas colectivos de trabajo, se modifica la legislación laboral, etc.²²

Los programas habituales de salud de los trabajadores en los centros laborales, consciente o inconscientemente se insertan en la misma óptica del capital. Tomando como primacía la medicina asistencial y curativa, los exámenes de preempleo se convierten en filtros de la mano de obra o en mecanismos policíacos para evitar posteriores reclamos de indemnización; las acciones de recuperación tienen como finalidad la pronta reinserción del trabajador a su puesto.

Lo importante para la salud ocupacional convencional es el mantener una fuerza de trabajo en las mejores condiciones para la producción, con los órganos de los sentidos y el aparato locomotor en buenas condiciones. Manteniendo a los trabajadores en "adecuadas" condiciones de salud se evita que acudan con frecuencia al servicio médico, es decir se evitan los tiempos muertos.

Los servicios de salud de los centros de trabajo realizan un control estricto del absentismo laboral, (otra actividad policíaca), secuestran la información sobre accidentes e incapacidades con la finalidad de evadir el pago de primas a los seguros respectivos y por último cumplen como importantes "buffer" a la hora en que los trabajadores plantean sus reivindicaciones en el campo de la salud.

NUEVOS RETOS EN EL ESTUDIO DEL TRABAJO

Los planteamientos de la relación trabajo-salud surgidos en los últimos años con la Medicina Social, recuperan estos valiosos referentes de la Economía Política. Sin embargo existen otros aspectos que han quedado por fuera y que son indispensables para una amplia comprensión y ejercicio de una salud de nuevo tipo para los trabajadores.

El trabajo no es sólo la conjunción de objetos, medios y de una forma particular de organización y división; a la vez que es una obligación social, encierra múltiples **derechos**. El derecho que tiene todo ser humano a contar con una fuente de trabajo, a recibir una remuneración digna que le permita satisfacer las necesidades esenciales de la persona que trabaja y de su familia, el derecho a la promoción individual y colectiva, derecho a trabajar en condiciones que promuevan

²². Noriega, M. **Organización Laboral, Exigencias y Enfermedad**, en Laurell C. (coord.), **Para la investigación de la salud de los trabajadores**, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000 No. 3, Washington, 1993, p. 169.

su salud y no la deterioren²³, en suma, el derecho a recibir de la sociedad todos los elementos que le permitan una vida de alta significación humana.

Los últimos aportes de Neffa recogen elementos importantes del mismo marxismo que enriquecen el estudio de la categoría trabajo y que son de mucha utilidad para la salud de los trabajadores.

*"El trabajo puede ser **directo o indirecto** según sea su relación con los objetos y medios de trabajo...En las actividades directamente productivas las tareas de concepción, programación, preparación, supervisión y evaluación del trabajo son fácilmente asimilables al **trabajo indirecto** a causa de la distancia respecto de los objetos y de los medios de trabajo y de la necesidad de la intermediación para actuar sobre ellos. Por el contrario, el **trabajo directo** es aquel que implica la utilización de herramientas y maquinarias que actúan sobre los objetos de trabajo para transformarlos en bienes que tienen un determinado valor de uso. Pero en las tareas administrativas y terciarias el trabajo de oficina puede llegar a entenderse como trabajo directo dado que registra, procesa, y genera información, que es su objeto propio de trabajo"²⁴.*

Este mismo investigador indica que pueden existir **trabajos centrales** dirigidos a la transformación del objeto y obtención de un producto y los **trabajos complementarios o auxiliares** que sirven como soporte de los anteriores. Es el caso del trabajo de mantenimiento, de provisión de insumos, transporte, almacenamiento, etc. En la práctica de la salud de los trabajadores, con frecuencia estos "trabajos complementarios" son dejados a un lado, sin considerar que pueden ser tanto o más peligrosos que los trabajos centrales. Se ha visto, por ejemplo, accidentes mortales en trabajadores de mantenimiento que sufren choque eléctrico al realizar su tarea sin que ello obligue a suspender la energía eléctrica porque significaría la paralización del "trabajo central".

Otra distinción digna de ser considerada es la referida al **trabajo simple y complejo**, de acuerdo con el nivel de calificación requerido para su ejecución. Es lo que en la actualidad se podría asimilar al trabajo **calificado y no calificado**²⁵. Esta diferenciación se sustenta en los niveles de educación, capacitación, destrezas y experiencias adquiridas, aspectos que están definidos por una serie de determinantes de carácter social e individual.

²³. Neffa, J.C. **El proceso de trabajo y la economía de tiempo**. Centre de Recherche et Documentation sur L'Amérique Latine, Humanitas, Buenos Aires, 1990, p. 11-12.

²⁴. Ibid, p. 15

²⁵. Ibid, p. 16.

Es importante recuperar otra noción que Marx incluye en su análisis del proceso de trabajo, la de **trabajo pretérito y trabajo vivo**. El primero es el que se encuentra "encerrado en la fuerza del trabajo" y condensado, además, en los bienes ya existentes, por medio del cual se puede entender también el carácter social del trabajo. El trabajo vivo, en cambio, es el que de manera específica puede ejecutar una determinada fuerza de trabajo²⁶. Esta distinción abre el panorama de la salud de los trabajadores para ubicar de una manera adecuada la riqueza del ser humano en tanto concentrador de capacidades adquiridas y potenciales y no una simple pieza de una máquina, como se le considera en la producción capitalista.

A pesar de todo lo señalado, quedan todavía vacíos e interrogantes que van surgiendo de la confrontación entre los elementos teóricos aprehendidos y el ejercicio de una actividad ligada a diversos grupos laborales. Aportar en la resolución de estos interrogantes debe ser un reto para los profesionales, técnicos y trabajadores preocupados por la salud laboral. Algunos grupos ya se han iniciado en este proceso, para continuar en el debate se dejarán planteadas ciertas inquietudes:

1. ¿Cuáles son y qué características tienen las diferentes formas productivas y de trabajo que coexisten con la producción capitalista de tipo empresarial?.
2. La recuperación y desarrollo de las categorías de la Economía Política amplían el horizonte de visibilidad de la salud de los trabajadores. Reconociendo que existen múltiples modalidades de trabajo y partiendo de la premisa de que en la mayoría de países latinoamericanos predomina una producción de tipo capitalista, se deberían desarrollar innovaciones teóricas, metodológicas y técnicas para encontrar las formas de expresión de los elementos del proceso de trabajo, de valorización y de las otras dimensiones del trabajo comentadas en líneas anteriores. Saliéndose del ámbito fabril hay que encontrar estas expresiones en los trabajadores de la burocracia del sector público, en los trabajadores de los servicios, en el mal denominado trabajador informal, en los trabajadores del sector salud, etc.

²⁶ Marx, K. *El Capital*, Tomo I, Vol. 1, Siglo XXI, 4a. ed., México, 1976, p. 234.

3. Cuando se trata de analizar la salud de los trabajadores, a pesar de ser lo determinante, resulta insuficiente el análisis de la categoría trabajo exclusivamente alrededor de la producción y del consumo. En la perspectiva de entender de mejor manera las formas como el trabajo influye en la salud, bienestar y en los procesos deteriorantes, es necesario dar respuesta a algunas inquietudes que se refieren a la concepción misma del trabajo. Uno de los aspectos poco considerados en el tratamiento del proceso salud y trabajo se enmarca en el ámbito de las **significaciones**. Esto quiere decir que en los diferentes momentos del desarrollo social y en cada uno de los grupos sociales de la actualidad existen diversas formas de asimilación subjetiva de lo que es el trabajo.

*"A un soberano medieval no se le podía ocurrir que reinar era un trabajo o que al tomar una decisión política estaba trabajando. Tanto César como Aristóteles -señalaba Marx- hubiesen considerado ofensivo el propio calificativo de "trabajador". ¿significa esto que la acción política, la ciencia y el arte **no son trabajo**?. Una respuesta totalmente negativa sería tan incorrecta como la afirmación opuesta de que la ciencia, política y arte son trabajo"²⁷.*

Algunos filósofos, interpretando el pensamiento de Marx, definen el ámbito del trabajo tomando como eje de análisis la dialéctica entre la **necesidad** y la **libertad**. "El trabajo es una actividad humana que se mueve en la esfera de la **necesidad**. El hombre trabaja en cuanto que obra bajo la presión de la necesidad exterior, cuya satisfacción asegura la existencia del individuo. Una misma actividad es o no trabajo según que se efectúe o no como una necesidad natural, es decir, como una premisa indispensable de la existencia...La actividad humana que está determinada únicamente por una finalidad interior y no depende de una necesidad natural o de una obligación social, no es trabajo, sino libre creación, independientemente de cual sea la esfera en que se realiza"²⁸.

En estos planteamientos la significación que se da al trabajo hace referencia a un trabajo específico, el que se realiza en la forma de producción capitalista y desde la óptica de la economía. De acuerdo a ello, se consideraría trabajo sólo aquello que genera productos que tiene como finalidad la reproducción y expansión del capital. Esta concepción se corresponde con el **trabajo productivo**, lo que no se cambia por capital, no conserva ni aumenta la plusvalía se asimila como **trabajo improductivo** y es a veces considerado inclusive como no trabajo.

²⁷. Kosik, K. Op. cit, p. 225. (lo resaltado es nuestro).

²⁸. Ibid, p. 226-228.

A pesar de que en casi todos los países de América Latina la producción capitalista es la predominante, no es la única forma de trabajo. ¿Qué significaciones tendrían, entonces, otras actividades productivas que realiza el ser humano que actuando sobre un objeto e interponiendo los medios de trabajo obtiene algunos bienes para satisfacer otro tipo de necesidades?. ¿Qué significación tendría la actividad de los trabajadores por cuenta propia, el de ama de casa?, ¿no son trabajos?, ¿no son objetos de estudio e intervención de la salud de los trabajadores?. La esencialidad hay que encontrarla en el sistema de relaciones. Está por demás decir que existen notables diferencias entre trabajar inscrito dentro de las relaciones capitalistas, como instrumento generador de plusvalor, que no encontrarse vinculado, por lo menos de manera directa a aquel proceso. Las condiciones son diferentes e impactan de manera igualmente diferente en la salud y vida de los actores sociales.

El considerar que la actividad en los otros ámbitos no es trabajo deja un importante vacío. Para la investigación de la salud de los trabajadores es fundamental adentrarse en el estudio de las formas de trabajo que no sean las fabriles. Esto no significa que hay que olvidarse de la clase obrera y de sus centros de trabajo, todo lo contrario, habrá que redefinir su importancia a la luz de la interacción con los otros sectores. En nuestros países existe una amplia población que no se encuentra en esta rama de la producción.

4. En el sistema de las **significaciones subjetivas** se han definido las posiciones sobre el trabajo como juicios de valor, significaciones positivas y significaciones negativas que son expresiones ideológicas, muchas veces con un claro interés de clase. En las significaciones positivas se valora al trabajo como una condición de realización plena, de disciplina y de construcción, y en las significaciones negativas como explotación, alienación, que genera en los productores degradación física, moral, social y cultural, como expresiones de inferioridad y subordinación de clase. "Tanto las corrientes ideológicas de los sectores subalternos como de los dominantes, que llegan al siglo XIX, como las condiciones reales del trabajo obrero, así como los procesos de acumulación capitalista tienden a dar un sentido fuerte a las significaciones negativas del trabajo"²⁹.

Existen también significaciones subjetivas del trabajo que varían de una persona a otra. Para una trabajadora de oficina su trabajo era una terrible carga. Para otra, de la misma oficina y realizando las mismas tareas era la condición que la hacía feliz.

²⁹. Menéndez, E. **Trabajo y Significación Subjetiva, Continuidad Cultural, Determinación Económica y Negatividad**. Mimeo, s/f. México.

5. ¿Cuáles son los aspectos que definen la división surgida históricamente entre trabajo físico (manual) y trabajo intelectual?. Es indiscutible la correspondencia entre la organización de la producción social, los intereses de clase y la ideología de los grupos con este intento de separación. ¿Se trata de una división del trabajo cargada de significaciones positivas y negativas o de una real división del trabajo de los seres humanos?.

En el desarrollo de la actividad productiva del hombre, la separación de la relación de la mano con el instrumento y el objeto de trabajo ha ido aumentando. En la forma de producción automatizada de la sociedad capitalista es donde se hace más ostensible dicha separación. Con ello se ha intentado separar también los momentos de la concepción con los de la ejecución.

En esta diferenciación e intentando ubicarse en una posición crítica, habría que considerar las exigencias y complejidades de la abstracción como uno de los aspectos que definiría las características de tal o cual trabajo. Otra cosa es diferenciar las particularidades del trabajo dinámico y trabajo estático, que no se corresponden con la falaz división de trabajo manual y trabajo intelectual. Una actividad rutinaria, sedentaria y poco creativa del burócrata puede requerir niveles muy bajos de abstracción mental, en contraposición con el trabajo dinámico y creativo del mecánico de automotores que no puede dejar de realizar abstracciones más complejas.

Otro asunto que es necesario reconocer es la división real que se produce en muchas esferas de la producción entre concepción y ejecución, aspecto que ha sido objeto de preocupación en las nuevas estrategias de la producción capitalista para hacer más eficiente al trabajador.

6. Una última reflexión hace referencia a la ocupación y desocupación, en otras palabras al trabajo y al no trabajo (no en el mismo sentido que lo considerado en el punto número 3). En la salud de los trabajadores se ha tomado como eje de análisis la actividad laboral como actividad concreta en la que surge la dinámica del proceso salud-enfermedad. No se ha considerado lo que sucede en la salud de las personas que no pueden trabajar debido a la carencia de fuentes de trabajo o a determinado impedimento órganofuncional. Algunas aproximaciones se han hecho en lo relativo a la situación de salud de los jubilados y en eso se han basado los denominados programas para la tercera edad. Es otro campo por donde tiene que incursionar la salud de los trabajadores.

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

De la misma manera como se señaló al hablar de la categoría trabajo, la concepción sobre salud y enfermedad se ha intentado resolver con una simple definición. Siendo un proceso por demás complejo, este espacio resultaría muy reducido para hacer un análisis exhaustivo del tema. La intención es tan sólo dejar sentadas algunas ideas básicas que permitan entender la relación salud y trabajo de una manera más amplia e integral, en la perspectiva de un accionar de nuevo tipo.

Precisamente en la salud ocupacional se ha reducido este proceso a los dos extremos de la contradicción, al de la salud y de la enfermedad. Con esta concepción, las consecuencias de la exposición a condiciones peligrosas del trabajo se las condensa en los accidentes y enfermedades profesionales, desconociendo o soslayando múltiples expresiones intermedias que se corresponden con todos los momentos de la vida social.

Si se considera a la salud-enfermedad como un proceso complejo, coexisten de manera inseparable y sin límites precisos. El estado de salud absoluta es indefinible y el estado de enfermedad absoluta no existe, éste sería la muerte.

Por otro lado, la salud-enfermedad como una de las expresiones de la vida del ser humano no resulta de la acción de uno o dos factores aislados. Surge de la manera como vive, trabaja, se organiza, actúa y piensa en la sociedad; se corresponde con las características del grupo social al que pertenece y con las particularidades de su individualidad.

"La salud-enfermedad de los trabajadores debe abordarse como un proceso unitario y dinámico que se configura en el seno de la vida social, la cual se forja tanto en los procesos generales o más amplios de la sociedad, cuanto en los particulares procesos de una clase o grupo y también se determina por lo que ocurre en la cotidianidad familiar personal, para especificarse finalmente en cuerpos y mentes humanas concretas"³⁰.

Enfatizando lo señalado, el proceso salud-enfermedad se corresponde de manera inseparable con las formas de vida y trabajo de los distintos grupos sociales. Este proceso tiene determinantes y expresiones jerárquicamente establecidas, con un sistema de relaciones regidas por leyes biológicas y sociales. Por esta razón, cuando se estudia la

³⁰. Breilh, J. *Epidemiología del Trabajo, Reflexiones Metodológicas para un Avance de la Línea Contrahegemónica*, mimeo, CEAS, Quito, 1992, p. 19.

La Salud y el Trabajo I

salud-enfermedad de la población trabajadora, es adecuado retomar los niveles de análisis de lo **general**, de lo **particular** y de lo **singular** que plantea Marx a propósito del estudio de la división del trabajo dentro de la manufactura y dentro de la sociedad³¹. Con alguna variación, Noriega señala también la necesidad de analizar la salud-enfermedad en diferentes ámbitos.

*"Para conocer con mayor precisión qué son la salud y la enfermedad debemos abordarlas en tres niveles: el biológico, el individual y el colectivo. Cada uno de éstos entiende a la salud y a la enfermedad de manera diferente y explica distintos problemas de la realidad"*³².

No escapará del criterio del lector que estos niveles no se refieren tan sólo a formas metodológicas para estudiar el fenómeno, y son en la realidad procesos inseparables que tienen expresiones concretas. El trauma acústico crónico, por ejemplo, se expresará a nivel individual biológico en una degeneración citoplasmática y ciliar de las células de Corti, a nivel individual con hipoacusia, acúfenos, irritabilidad y múltiples manifestaciones psicósomáticas; este problema de salud tendrá correspondencia con la exposición al sonido de gran magnitud que resulta del trabajo con maquinarias específicas y bajo una organización y división del trabajo concretas. A su vez, existirán, en torno a éste y muchos otros problemas estrategias de resistencia del grupo de trabajadores al que pertenece el obrero. Se podría analizar las políticas del Estado en lo que se refiere a la protección de la salud de los trabajadores. Para encontrar la explicación de la presencia de una máquina ruidosa habría que remitirse al carácter atrasado y dependiente del sistema de producción nacional.

A lo mejor resulta muy esquemático el ejemplo, pero la idea es ilustrar de manera simple los diferentes niveles que de manera coherente y jerárquica determinan un problema de salud concreto. Con ello se intenta también ofrecer algunos elementos para trascender la estrecha visión de causa-efecto (ruido-sordera) que invade a la salud ocupacional convencional.

Por otro lado y partiendo de la misma idea central que fue referida al hablar del trabajo, el proceso salud-enfermedad es un fenómeno social. Por el mismo hecho de que el ser humano es por esencia un ser social, se corresponde a un grupo determinado cuyas características tiene una historia y una relación estrecha con otros grupos humanos. En esos grupos y en sus integrantes se encontrarán las expresiones concretas de salud o enfermedad.

³¹. Marx, K. **El Capital**, Tomo I, Vol. 2, 5ta. Edic, Siglo Veintiuno, México, 1979, p. 427

³². Noriega, M. y col. **En Defensa de la Salud en el Trabajo**, SITUAM, México, 1989, p.10.

"El proceso salud-enfermedad colectivo caracteriza a las colectividades humanas, definidas en función de su inserción específica en los procesos sociales críticos. Por ello, es en éstas en donde pueden estudiarse sus expresiones concretas y no en los individuos o en un grupo abstracto (suma de individuos aislados).

Sin embargo, el objeto de conocimiento así construido no se revela empíricamente de manera inmediata; es decir, no podemos aprehender el proceso de salud enfermedad colectivo en la realidad más que a través del estudio de una serie de indicadores en un grupo constituido a partir de su inserción social. Los referentes empíricos del proceso son, de esta manera, los indicadores de la salud-enfermedad de los individuos integrantes de este grupo, y a partir de éstos puede construirse el conocimiento sobre el proceso de salud-enfermedad colectivo"³³

El proceso salud-enfermedad, a pesar de que se expresa de manera concreta en los individuos, se corresponde a la manera como trabajan, viven, se alimentan, se educan, descansan, se recrean, se organizan los grupos humanos a los que pertenece dicho individuo. Por lo tanto, las expresiones concretas de salud de los trabajadores y sus determinantes no podemos encontrarlos tan sólo en la corporeidad del ser ni exclusivamente en las cuatro paredes de su centro laboral. Tampoco se debe soslayar la importancia de las expresiones surgidas en la dimensión singular del ser, porque a pesar de que se corresponda con una colectividad, tendrá características personales que le hagan diferente a los demás. Por eso la importancia de recuperar la subjetividad de los trabajadores al momento de abordar la relación salud-trabajo. En esto, las técnicas cualitativas introducidas últimamente en el estudio de la salud de los trabajadores, cobran alta significación.

EL SUSTENTO TEORICO DE LA SALUD OCUPACIONAL CONVENCIONAL

La teoría y práctica de la salud ocupacional hegemónica se sustentan en los principios de la clínica y básicamente de la epidemiología tradicional. Consideran al trabajo como un simple factor externo productor de enfermedades o accidentes; al centro laboral como un "ambiente" que contiene "agentes" y que al "ingresar" al organismo del trabajador

³³. Laurell, A.C. **La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre salud de los trabajadores.** en Laurell, A.C. (coord.) **Para la investigación de la salud de los trabajadores**, op. cit. p. 18.

La Salud y el Trabajo I

ocasionan cambios tisulares y órganofuncionales; a la relación salud-trabajo como una simple asociación empírica de causa-efecto; a los "efectos" como hechos terminales de cuadros mórbidos bien definidos; al proceso salud-enfermedad como expresiones aisladas del contexto social, o siguiendo las posiciones de la multicausalidad, como resultado de la intervención de múltiples factores aislados.

En otras palabras, la salud ocupacional se sustenta en las teorías empiristas y fenoménicas del positivismo y estructural funcionalismo. En correspondencia con esta posición, las investigaciones se reducen, en la mayoría de los casos, a encontrar en el plano fenoménico, la asociación causal entre el agente y la enfermedad, desconociendo la riqueza de las determinaciones y relaciones de la totalidad social. La práctica institucional y de los servicios se corresponde con esta concepción.

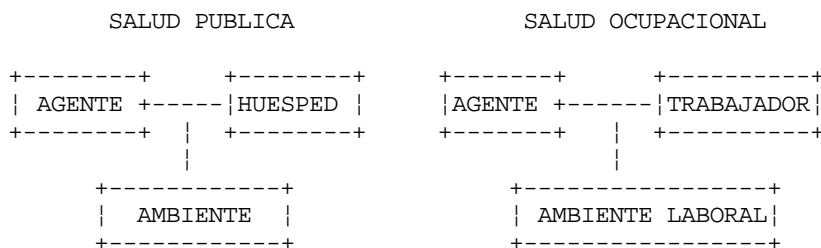
Los planteamientos teóricos que con mayor fuerza han impactado en la práctica de la salud de los trabajadores son los surgidos en los años sesenta con Leavell y Clark³⁴.

Los elementos centrales de este modelo, que como se verá luego tienen expresiones concretas en la teoría y práctica de la salud ocupacional, señalan que la "ocurrencia de enfermedad individual o su distribución en grupos se debe a la interacción constante entre el **agente** (vivo o no), el **huésped** y el **ambiente**. Este planteamiento es tomado al pie de la letra por la salud ocupacional.

De la interacción de estos factores surgirá la enfermedad. Los mismos autores ilustran con un ejemplo de la salud ocupacional la manera como se produce una enfermedad: El apareamiento de **saturnismo** (enfermedad profesional como entidad definida, como proceso terminal) depende de las condiciones del **ambiente** (contaminación ambiental) que contenga el **agente** (humos de plomo) capaz de ser inhalado por el **huésped** (trabajador).

³⁴. Leavell, H.; Clark, E. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. McGraw Hill Co, New York, 1965.

Esquema Nº 1.- TRIADA ECOLOGICA



LA EXTERNALIDAD DEL TRABAJO

El ambiente que no se diferencia con el agente, es considerado como algo externo al ser, como un hecho natural surgido por generación espontánea. Las condiciones peligrosas para la salud devienen en situaciones en las que el ser humano no ha participado, surgieron de la nada.

"Cada condición de salud y enfermedad tiene su origen en otros procesos en los que no se encuentra involucrado el hombre"³⁵.

Como se consideran ambiente, agente y trabajador como elementos aislados de la triada, los determinantes del proceso salud-enfermedad se circunscriben al ambiente y al agente que se encuentran "por fuera" del ser humano. Con esto se refrenda la externalidad del trabajo y la reducción de éste a un neutro factor ambiental. El criterio de externalidad de este modelo marcará de manera preponderante la concepción de externalidad en la génesis de los problemas de salud de los trabajadores, externalidad que llega al extremo de excluir al ser humano del proceso laboral.

Cuando se analiza cada uno de los factores, los defensores de esta teoría indican que el **agente** puede ser de tipo "nutricional, físico, químico o biológico", clasificación que es también asimilada por la salud ocupacional como "factores" o "riesgos" físicos, químicos y biológicos. El **ambiente** será "todas las condiciones **externas** que influyen en la vida y desarrollo del organismo. Condiciones no sólo **físicas** sino también relacionadas con factores sociales, económicas y biológicas que influyen en la salud del hombre" (lo subrayado es nuestro). Las manifestaciones sociales, que sólo el ser humano las genera, son desde esta concepción expresiones del ambiente.

³⁵Ibid, p.16.

Al considerar al ambiente (léase ambiente laboral) como externo al ser, se afirma la idea de que aquel no tiene origen ni historia, que es un hecho sobrenatural o que surge de la nada. De esta manera se bloquea la posibilidad de que en la investigación de la salud de los trabajadores se llegue a desentrañar la esencialidad y las determinaciones de la salud-enfermedad de los trabajadores.

Estas determinaciones deberán ser buscadas en los mismos seres humanos, no en sus órganos o tejidos, sino en la posición que se ubiquen en el proceso productivo, en la propiedad o no propiedad de los medios de trabajo, en las características de la organización y división del trabajo, en las relaciones establecidas entre los trabajadores y los empresarios y en fin, en todas las manifestaciones de la vida social. Los seres humanos, diferenciados en colectividades, son los creadores de la historia, de los bienes, de la realidad y, por lo tanto, de las condiciones favorables o desfavorables para la salud.

LA TRIADA ECOLOGICA EN LA SALUD OCUPACIONAL

Especialmente desde el campo de la medicina del trabajo, de la higiene y seguridad y de la psicología industrial han surgido diferentes teorías de la causalidad aparentemente diferentes. Sin embargo, al analizarlas con detenimiento, se constata que sus planteamientos se enmarcan dentro de la concepción de la triada ecológica que hemos comentado.

Como se ve en el esquema número 2, uno o más de estos factores serían los únicos responsables de los accidentes o enfermedades del trabajo. Como se puede apreciar, esta forma de concebir la relación salud y trabajo se queda en los ámbitos de la unicausalidad o multicausalidad ahistórica, soslayando otras dimensiones de la vida de los trabajadores y en general de las colectividades que intervienen, se relacionan y determinan los procesos.

Esquema Nº 2.- HOMOLOGOS DE LOS FACTORES DE LA TRIADA ECOLOGICA EN LA SALUD OCUPACIONAL

HUESPED TRABAJADOR	AGENTE	AMBIENTE
-FACTORES PERSONALES:	-CAUSAS DIRECTAS:	-CAUSAS INDIRECTAS:
*Condiciones físicas y psicológicas del individuo	*Material riesgoso	*Causas técnicas
*Antropometría	*Riesgos físicos	*Factores ambientales
*Conocimientos, experiencia, susceptibilidad	químicos	*Políticas y decisiones
*Motivación por el trabajo	biológicos	-CONDICIONES INSEGURAS:
	mecánicos	*Ambiente insalubre
	ergonómicos	*contaminación
	psicosociales	-FACTORES AMBIENTALES:
-ACTOS INSEGUROS:	*Escape de energía	*Ambiente personal
*Irresponsabilidad	*Cargas	*Ambiente familiar
*Ignorancia	*Factores de riesgo	*Ambiente social
*Inadaptación física o mental		*Ambiente de trabajo
*Falta de destrezas		

Es importante hacer notar que en estos planteamientos lo social es reducido a un simple factor ambiental, ajeno e independiente del trabajador (huésped). Es clara la posición de Leavell y Clark, adoptada acriticamente por la salud ocupacional hegemónica, al afirmar que "una amplia visión del ambiente indica que incluye todas las cosas **excepto** al hombre en sí mismo"³⁶. Esta frase no intenta separar al "huésped" del "ambiente" sino que refrenda la idea que el ambiente existe como algo etéreo. Se niega al hombre como la esencialidad de la sociedad, bloqueando la posibilidad de pensar en los determinantes estructurales e históricos de la salud-enfermedad de los trabajadores. De manera intencionada y con una clara posición de clase, la doctrina de la salud ocupacional, sustentada en estos principios de la epidemiología tradicional, oculta el origen social de los problemas de salud y esconde la responsabilidad que tienen los grupos dominantes en la generación y mantenimiento de condiciones de trabajo atentatorias para la salud. En la práctica de la salud ocupacional, el

³⁶. Leavell y Clark, op. cit, p. 19 (lo resaltado es nuestro)

"ambiente social" o los "factores sociales" quedan como simples enunciados que caen en el vacío, o como simples integrantes del ambiente, con igual jerarquía que los "agentes" que lo contaminan.

"El agente, a pesar de sus especificidades y características es inseparable del ambiente"³⁷. Agente y ambiente se funden en la salud ocupacional para reducir aún más los procesos de determinación de la salud-enfermedad de los trabajadores. Esta reducción se sintetiza en la simple relación causa-efecto, la del **agente** (exposición) con la del **huésped** trabajador (enfermedad o accidente).

La supuesta especificidad de los problemas de salud de los trabajadores se basa, precisamente, en la posibilidad de identificar el nexo nítido causa-efecto, aspecto que tiene una serie de dificultades y connotaciones. Ni en los problemas infecciosos se acepta actualmente la posición monocausalista que persiste en la salud ocupacional. En muchos de los casos entre las enfermedades del trabajo, que generalmente se las detecta en períodos avanzados, y la posibilidad de identificar los procesos que intervinieron en su génesis, existe una brecha temporal que separa la supuesta exposición al factor específico y el apareamiento de las manifestaciones de enfermedad.

En vez de hablar de especificidad habría que decir exclusividad: el plomo produce saturnismo, el ruido sordera, el sílice silicosis, el benceno benzolismo, el asbesto asbestosis, etc. Como se verá más adelante, en todos los problemas de salud, por específicos que se consideren, existen procesos de carácter general, particular y singular que definen la presencia o no de los mismos en los grupos laborales. Por ello, al hablar de los problemas de salud de los trabajadores habría que pensar en la preponderancia (no exclusividad) que ocupa el trabajo (en su amplia dimensión) en la génesis de los mismos.

Otra seria reducción ha sido el considerar a los problemas de salud de los trabajadores como **enfermedad**, condensadas en entidades nosológicas definidas. Procesos terminales que requieren la presencia de un cortejo sintomático amplio para ser reconocidas como tales. Esto es factible sólo en casos aislados, cuando el trabajador se encuentra en franco deterioro de sus salud. En este momento, la mayor parte de las alteraciones que integran la entidad definida son, generalmente, irreversibles. Por otro lado, los **accidentes** del trabajo, entendidos como hechos de tipo violento, son los que mayor atención han demandado de la salud ocupacional convencional. Los accidentes del trabajo interrumpen el proceso laboral, ocasionan efectos en los demás trabajadores y tienen implicaciones legales más directas, de allí su preocupación.

³⁷. Ibid.

Se agrava más la situación cuando en la práctica las enfermedades del trabajo pasan desapercibidas o se las confunde con las denominadas enfermedades generales. No es el momento para analizar detalladamente las razones de este fenómeno, sin embargo, es necesario puntualizar algunas de éstas:

- a) Vacíos en la formación del personal de salud en el campo de la salud de los trabajadores. Efectivamente, la mayor parte de los profesionales de la salud que trabajan en los servicios de salud de los centros laborales desconocen sobre la patología relacionada con el trabajo y a los problemas de salud se las diagnostica como enfermedades generales. Este fenómeno se encuentra en correspondencia con los vacíos de la enseñanza de la salud de los trabajadores en las escuelas y facultades de ciencias de la salud.
- b) Similitud de la sintomatología ocasionada por las condiciones de trabajo y por otras dimensiones de la vida. Las enfermedades del trabajo, por lo menos en las fases iniciales, no tienen especificidad en sus manifestaciones clínicas, compartiendo la sintomatología con las denominadas enfermedades comunes. Además, la separación absoluta de la forma como inciden las condiciones de vida en la salud de los trabajadores es imposible e irreal.
- c) Carencia de programas de salud laboral en las unidades operativas de las instituciones públicas de algunos países. A la falta unidades especializadas, los trabajadores acuden a los servicios generales de salud donde la patología laboral es registrada como enfermedades comunes.
- d) Presencia de amplios sectores de la población sin acceso a los servicios de salud de los trabajadores, inclusive de los afiliados a la seguridad social.
- e) Incumplimiento de la ley en lo que respecta a la disponibilidad de servicios de salud de los trabajadores, higiene y seguridad en los lugares de empleo.
- f) Ausencia de un sistema de registros en correspondencia con una red nacional de información en salud de los trabajadores.
- g) Alta reserva funcional del organismo. Los trabajadores continúan en sus tareas a pesar de encontrarse afectados.

- h) Relacionado con el punto anterior, las enfermedades del trabajo, a diferencia de los accidentes, no interrumpen de manera violenta la tarea de los trabajadores afectados, no compromete la producción, al menos en la misma magnitud. Por esta razón el sector patronal no pone mayor interés en procurar la atención especializada de los trabajadores.

- i) Ocultamiento premeditado de la información por razones referidas a la calificación de nivel de peligrosidad de las empresas y al monto de la prima que se debe pagar al seguro.

Existen múltiples manifestaciones de compromiso de la salud que por esta concepción reducida de la salud ocupacional han quedado al margen. Un pequeño malestar o intranquilidad permanente en el lugar de trabajo debe ser objeto de preocupación de las acciones en salud laboral. No es adecuado esperar que se transforme o evolucione a entidades bien definidas para sólo en ese momento reconocer que existen "enfermedades del trabajo". Precisamente por esto se ha pensado que para que surja una enfermedad del trabajo es necesario que el trabajador pase muchos años sufriendo el impacto de condiciones peligrosas para la salud. Inclusive para las tradicionalmente reconocidas como tales, no se pueden aceptar aseveraciones de este tipo. En una investigación realizada por un profesional de la neumología en trabajadoras que inalaron en forma masiva polvos de silicato demostró que estas presentaron a los tres meses cuadros francos de neumoconiosis. En este caso, a más de múltiples condiciones jugaron papel preponderante la magnitud y concentración de polvo y las características del local.

La salud ocupacional se sirve de la epidemiología para supuestamente definir los aspectos que **determinan** los problemas de salud en los **grupos laborales** y la forma como se distribuyen. Para ello se toma como eje central de análisis las **condiciones de exposición** y las expresiones de morbilidad o mortalidad de los trabajadores.

"En la epidemiología de la Salud Ocupacional, la mayor parte de los estudios tratan de medir la exposición a los riesgos del trabajo en términos de morbilidad y mortalidad... Por la naturaleza de los sujetos y situaciones a valorar, lo más frecuente es que se estudien las relaciones causa-efecto mediante una metodología observacional analítica"³⁸.

³⁸. Kahan, E. **La Investigación Epidemiológica en Salud Ocupacional**, en Medicina Ocupacional en Israel, Centro de Estudios Cooperativos para América Latina, 1a. Ed, Jerusalem, 1989.

Los "determinantes" son, en este caso, las condiciones de exposición.

Los diferentes tipos de estudios de la epidemiología convencional que se aplican en la salud de los trabajadores se circunscriben a definir, generalmente de manera cuantitativa, esta relación. Los denominados estudios prospectivos y retrospectivos, de casos y controles o los de cohortes tratan de demostrar la relación empírica entre la causa y el efecto. En los textos publicados por los organismos internacionales que tienen una amplia influencia en la práctica de la salud ocupacional se reconoce de manera explícita que "la Salud Ocupacional es una de las ciencias de la salud ambiental relacionada ampliamente con los efectos del ambiente de trabajo en la salud"³⁹.

Los factores **determinantes** quedan encerrados en la triada ecológica y de ello exclusivamente en los "agentes" y los grupos laborales excluidos de su inserción social. La **agrupación** se hace en base al tipo o puesto de trabajo, a la sección a la que pertenecen, al sexo, edad y otras variables de tipo natural. Los aspectos esenciales de carácter social quedan al margen.

En el ámbito de la salud pública se conoce que los planteamientos de Leavell y Clark no sólo hacen referencia a la triada ecológica. En el intento de definición de los ámbitos de intervención se sostiene que las enfermedades siguen una "**historia natural**", iniciando en la fase preclínica y terminando con la muerte.

No es el momento para discutir en detalle los alcances (que sí existen) y los límites de esta otra parte de esta tendencia. En la actualidad en pocos países se siguen fielmente esos planteamientos. Lo único que conviene anotar, es que con frecuencia se piensa que las entidades tienen un inicio y una evolución predefinidas, inmutables, controladas exclusivamente por las leyes naturales (de ahí su nombre). Las fuerzas sociales, la organización laboral y otras dimensiones de la vida social no son consideradas en ningún momento.

EL ECLECTICISMO DE LOS "RIESGOS" DEL TRABAJO

De igual manera, de la epidemiología convencional la salud ocupacional adopta la idea de **riesgo**, pero a diferencia de su referente materno, la salud ocupacional lo asume con una posición ecléctica. En unos casos, riesgo es sinónimo de "**agente**"; por eso se habla de riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales. En este

³⁹. Karvonen, M. **Epidemiology in the context of occupational health**, en Epidemiology of Occupational Health, WHO Regional Publications, European Series No. 20, Copenhagen, 1986.

caso el riesgo no es una potencialidad, es una concreta condición peligrosa que existe en el centro laboral. Desde esta posición, y enmarcado en la simple y mecánica relación causa-efecto, el riesgo del trabajo deviene en **causa**.

Por otro lado, los riesgos del trabajo también hacen referencia a los problemas de salud que surgen de condiciones peligrosas. Es frecuente escuchar que los riesgos del trabajo son **los accidentes y las enfermedades del trabajo**, la neumoconiosis, el saturnismo, el mesotelioma pleural. En este caso el riesgo del trabajo es un **efecto**.

En uno y otro caso el riesgo es potencialidad causal o realidad causal, efecto potencial o efecto real. No es raro encontrar en documentos de las instituciones oficiales citas que se basan en estas acepciones y se dice que en un año determinado se han reportado dos mil riesgos del trabajo, de los cuales el 99% son accidentes del trabajo y el 1% enfermedades del trabajo.

Para completar el panorama de confusión, el riesgo adopta inclusive una connotación administrativa en el campo de los seguros. Se habla de **riesgo terminado** para indicar que un reclamo de indemnización por algún grado de incapacidad ha llegado a su etapa final de sentencia.

Para la salud ocupacional el riesgo es todo y al mismo tiempo nada. Actúa como un recurso para ocultar la esencialidad de los procesos relativos al trabajo y a la salud de los grupos laborales.

Estas confusiones generan serias dificultades en las acciones encaminadas a transformar las condiciones de trabajo peligrosas para la salud.

A pesar de que estas distintas connotaciones se encuentran bastante enraizadas en la salud ocupacional, es necesario recuperar nuevos planteamientos para llamar por su nombre a cada una de las situaciones. Algunos esfuerzos se han realizado en la UAM-X, aunque inicialmente se daba la misma connotación a riesgo y exigencia cuando se afirmaba que "a las exigencias del proceso laboral se les llama riesgos laborales y están agrupados de la manera siguiente..."⁴⁰ (físicos, químicos, biológicos, fisiológicos, psíquicos y mecánicos), en la actualidad se hace una diferenciación entre riesgos y exigencias. Noriega, por ejemplo, habla de riesgos cuando se refiere a "los elementos derivados de los objetos y medios de trabajo, o sea, los riesgos físicos, químicos y mecánicos" y de exigencias cuando hace relación a los "elementos

⁴⁰. Varios autores. **Manual Conocer Para Cambiar. Estudio de la salud en el trabajo**, primera edición, Universidad Autónomas Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, 1989. p. 23.

derivados de la organización y división del trabajo y de la actividad del trabajador"⁴¹, sin embargo, la connotación de riesgo sigue siendo la misma que la de agente de la salud ocupacional convencional (potencialidad o realidad concreta).

En otros documentos y para un mismo significado se habla indistintamente de "riesgos del trabajo", "factores nocivos" o "cargas laborales". Con una visión más amplia, para el caso de las consecuencias se utiliza la noción de "daños a la salud" y "desgaste". Se indica que "cargas laborales y desgaste, situadas en el campo conflictivo de la relación capital-trabajo, recuperan una dimensión política opacada en otros planteamientos teóricos"⁴².

En el ánimo de continuar en esta búsqueda, en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) hemos adoptado la noción de **procesos peligrosos para la salud en el trabajo** para referirnos a todo aquello que en el trabajo pueda afectar la salud de los trabajadores, sea que surjan de los objetos y medios, de la organización y división del trabajo o de otras dimensiones del trabajo analizadas en páginas anteriores. **Problemas de salud de los trabajadores** a cualquier expresión de compromiso de la salud de los trabajadores, molestias, cambios bioquímicos, síntomas aislados, síndromes o entidades bien definidas, sea que se produzcan de manera violenta o lenta y progresiva.

Breilh habla de **procesos destructivos y procesos favorables o protectores** para referirse a los determinantes que condicionan el perfil epidemiológico de los trabajadores porque la palabra riesgo no cubre la totalidad de los procesos determinantes.

Quedan todavía algunos vacíos, es necesario continuar reflexionando, conjuntamente con los trabajadores para encontrar lo que más se acerque a la realidad y sea su mejor reflejo.

LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

El mismo planteamiento reduccionista y unicausal no permite identificar de manera clara el nexo unívoco de la causa y el efecto, por esta razón, la salud ocupacional convencional y los organismos internacionales han creado un nuevo término, "las enfermedades relacionadas con el trabajo".

⁴¹. Noriega, M. **Organización Laboral, Exigencias y Enfermedad**, en Laurell, C. (coord.) op. cit. p. 181.

⁴². Villegas, J., Ríos, V. **La investigación participativa en la salud laboral: el modelo obrero**. En Laurell, C. (coord.), op. cit. p. 63-97.

"Además de las respuestas específicas del trabajo sobre la salud de los trabajadores, desde hace largo rato se ha observado que determinadas enfermedades o problemas de salud pueden estar relacionados con la ocupación, aunque no sea posible identificar el nexo nítido causa-efecto. Generalmente son enfermedades comunes, que en la atención individual en los consultorios médicos rara vez permiten establecer la correlación con la ocupación. No existen, necesariamente, características clínicas, de laboratorio ni anatomopatológicas que las diferencien o caractericen"⁴³.

Las enfermedades "relacionadas con el trabajo" que se acercan a la noción señalada en la cita conforman una lista cada vez más amplia. El cáncer, la insuficiencia coronaria, hipertensión arterial, enfermedades del aparato locomotor, las enfermedades respiratorias crónicas, las alérgicas e infecciosas, el estrés y las enfermedades mentales son un ejemplo de las mismas.

"Estudios epidemiológicos de morbilidad y mortalidad según ocupación han hecho ver un exceso en la frecuencia y/o precocidad en el apareamiento de algunas enfermedades, comparado con un esperado normal en un grupo etario determinado"⁴⁴.

La incorporación en la salud ocupacional de las "enfermedades relacionadas con el trabajo" es una salida a la forma tradicional e insostenible de considerar al trabajo como algo extraño a las condiciones de vida. En los ejemplos anotados, se ve con claridad la imposibilidad de separar la actividad laboral de los otros aspectos de la vida social en la determinación de la salud-enfermedad de los trabajadores.

A pesar que esta nueva categoría no incorpora la idea que en todos los problemas de salud de los trabajadores y no sólo en las citadas inciden de una u otra manera las condiciones de trabajo y las otras condiciones de vida, el reconocimiento de la influencia del trabajo en la génesis de las alteraciones cardiovasculares, neoplásicas, alérgicas y mentales es un avance importante.

⁴³. Mendes, R. **Saúde Ocupacional**. Epidemiología y Saúde, MEDSI, 3a edic, Río de Janeiro, 1992, p. 377.

⁴⁴. Ibid

LAS DISCIPLINAS EN LA SALUD OCUPACIONAL

Por las mismas trabas del método que utiliza, la salud ocupacional convencional sólo puede dar cuenta de una parte de la realidad, básicamente en los planos superficiales o de las expresiones fenoménicas. Causas y efectos son objetos de estudio y de intervención de **disciplinas** específicas que actúan de manera aislada, que fraccionan el conocimiento de la realidad y empobrecen las acciones transformadoras. Estas disciplinas surgen también de la matriz teórica de la triada ecológica (ver esquema 3).

El problema no radica en la participación de todas estas disciplinas. Todo lo contrario, siendo la salud de los trabajadores de amplia complejidad, es imposible que sólo una esfera del conocimiento de cuenta de toda esta realidad, es imprescindible la participación de esas disciplinas y otras más. Por ejemplo, la presencia de la antropología y la sociología han demostrado su extremada importancia en el ejercicio de la salud de los trabajadores. Sus aportes han sido precisamente los que han permitido alcanzar niveles de mayor integración.

Lo que ha sucedido es que una y otra disciplina han marchado por su lado, sin que se puedan enriquecer y potencializar mutuamente. Inclusive se ha llegado al extremo de la duplicación de funciones y más aún a la de antagonismos irreconciliables, que únicamente perjudican a los trabajadores.

En base al trabajo que desde hace varios años hemos estado realizando conjuntamente con valiosos grupos de América Latina, a continuación se realizan algunos planteamientos teórico-metodológicos dirigidos a la construcción de nuevas alternativas para la salud de los trabajadores. En el capítulo 6 se pueden encontrar expresiones concretas de los aspectos analizados hasta este momento. La realidad ecuatoriana en lo concerniente a la práctica de la salud ocupacional, de alguna manera refleja lo que sucede en la mayor parte de países de América Latina.

Esquema N° 3.- LAS DISCIPLINAS COMO EXPRESION DE LA TRIADA ECOLOGICA

HUESPED TRABAJADOR	AGENTE	AMBIENTE
*Medicina del Trabajo *Patología Laboral *Toxicología *Psicología *Fisiología del Trabajo *Legislación laboral: -Calificación profesionalid. -Consecuencias de hecho (est. incapacidad) -Consecuencias de derecho en especie y en dinero *Epidemiología: -Efectos -Período prepatogénico	*Higiene y Seguridad Industrial: - Reconocimiento - Evaluación - Control - Protección colectiva - Protección individual - Prevención accidentes y enfermedades * Ergonomía Adaptación de equipos y maquinas al trabajador *Epidemiología: -Exposición	*Higiene y Seguridad Ambiental, * Ergonomía: Adaptación del trabajador al ambiente laboral *Epidemiología: -Exposición -Período patogénico -Lo externo * Ingeniería - Diseño - Instalaciones - Medidas de higiene y seguridad -Exposición

**LA SALUD DE LOS TRABAJADORES:
UN DESTAQUE
DE LOS RETOS MAS IMPORTANTES**

A medida que se ha realizado el análisis de la teoría y práctica de la salud ocupacional hemos ido incorporando algunas propuestas que permitan el ejercicio de la salud de los trabajadores de nuevo tipo. Sin embargo, y procurando no repetir lo que ya se ha dicho, en esta parte se incluyen algunos retos por donde se podría seguir caminando en el futuro. No es nuestro objetivo entregar a la comunidad de la salud laboral propuestas acabadas, simplemente queremos incluir algunos elementos que se sumarían a los múltiples y enriquecedores aportes que desde hace algunos años han dado compañeros de distintas latitudes, especialmente desde la medicina social.

Para iniciar esta parte se toman como base varios referentes teórico-metodológicos que son esenciales, tratados en detalle en páginas anteriores. Luego en los otros capítulos se desarrollarán tres propuestas concretas de intervención.

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES COMO UN PROCESO INTEGRAL

Cuando se habla de salud de los trabajadores se debe considerar no solamente los denominados accidentes y enfermedades del trabajo y los accidentes en trayecto. Estas nociones incluyen procesos

terminales o entidades que se expresan con todo un cortejo sintomático que reflejan alteraciones organofuncionales manifiestas, en la mayoría irreversibles, sustentadas en una supuesta relación inequívoca causa-efecto de tipo unidireccional.

En la realidad y en la mayoría de trabajadores esas enfermedades "de libro" son relativamente poco frecuentes. Lo usual es encontrar amplios sectores de la población laboral con manifestaciones tempranas y menos floridas de alteraciones a la salud. En este campo se encuentran los síntomas y signos aislados, cambios fisiológicos y bioquímicos. Sensaciones de intranquilidad, de desgano y falta de motivación para el trabajo, que sin llegar a formar entidades definidas, pueden ser expresiones de condiciones de trabajo patogénicas que merecen la atención de los trabajadores, profesionales y técnicos de la salud laboral.

La producción y el consumo

A pesar de que en otros documentos de algunos investigadores ya se ha comentado la interrelación entre la producción y el consumo como categorías centrales en la definición de las formas de enfermar y morir^{45, 46, 47} es necesario insistir en la importancia de considerar los otros aspectos de la vida de las personas que trabajan. La vivienda, alimentación, educación, transporte, recreación y relaciones familiares inciden de manera directa en los perfiles de salud o enfermedad.

La consideración de la categoría "reproducción social" en el análisis de la salud de los trabajadores ha sido de mucha utilidad.

*La categoría **reproducción social** "constituye un sistema multidimensional de contradicciones que abarca, como eje de la determinación, el movimiento dialéctico de producción-consumo mediado por la distribución y que incluye también las relaciones con el entorno o medio geográfico o territorio (condiciones naturales externas), las relaciones político ideológicas que definen las contradicciones entre*

⁴⁵. Noriega, M. y col. **En defensa de la salud en el trabajo**. SITUAM, México, 1989.

⁴⁶. Breilh, J. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación**, CEAS, Quito, 1994.

⁴⁷. Laurell, A. C. **Trabajo y salud: estado del conocimiento**, en Debates en Medicina Social, OPS-ALAMES, 1a. ed., Non Plus Ultra, Quito, 1991.

la organización-autarquía de las clases y la privatización-alienación que las afecta. Estas últimas incorporan un elemento de conciencia y organización, porque la reproducción social aunque está determinada, en última instancia, por el movimiento material económico, no se reduce a éste sino que incorpora un movimiento de la conciencia"⁴⁸.

Las condiciones de trabajo peligrosas para la salud no tienen las mismas implicaciones en grupos laborales que dispongan de una alimentación adecuada en cantidad y calidad; de vivienda con las condiciones mínimas para el reposo, aseo y posibilidad de compartir de manera tranquila con los familiares; que cuenten con la posibilidad de hacer deporte y de compartir la recreación con la familia; que dispongan de transporte cómodo y garantizado; que deban recorrer distancias cortas entre el lugar de vivienda y trabajo; que perciban salarios dignos para la vida de un ser humano, etc.

En otras palabras, la salud-enfermedad de los trabajadores hay que entenderla a la luz de las leyes sociales, históricamente determinadas y que tiene expresiones concretas en lo general, en lo particular y en lo singular. Esto no significa que los procesos sean inmutables y que sigan una dirección predeterminada. La participación de los actores sociales involucrados en la salud y enfermedad de los trabajadores, como fuerza colectiva constituida, marcaría la riqueza y variabilidad de aquellos procesos.

Los estudios y programas de salud de los trabajadores no pueden dejar a un lado estos aspectos, bajo el riesgo de obtener una visión sesgada o unilateral de la problemática y de invertir ingentes esfuerzos para resultados por demás precarios.

En nuestra modesta experiencia hemos visto que es difícil hablar de problemas de salud exclusivos del trabajo. En mayor o en menor medida influyen los otros ámbitos de la vida del trabajador. Inclusive en los accidentes traumáticos que suceden de manera violenta en los centros laborales, y que parecerían ser exclusivos del trabajo, pueden intervenir situaciones extralaborales (relaciones familiares que inciden en el estado emocional y grado de concentración, la calidad del reposo para una eventual fatiga, el deterioro que puede ocasionar el transporte, etc.). Lo señalado no se encuentra dirigido a reforzar la manipulación que en el

⁴⁸. Breilh, J. **La Salud enfermedad como hecho social: Un nuevo enfoque**, en varios autores, **Deterioro de la Vida**, Primera edición CEAS-Corporación Editora Nacional, Quito, 1990.

sector empresarial se hace sobre la génesis de los problemas de salud de los trabajadores, al atribuir la mayor parte de ellos a los denominados "actos inseguros". Existen múltiples problemas de salud que tienen su origen de manera **preponderante** (que no significa exclusividad) en las condiciones de trabajo peligrosas, referidas a los objetos, medios, organización y división del trabajo.

En relación a este último aspecto, es fundamental no circunscribirse tan sólo a detectar la presencia o ausencia de los "riesgos" o "agentes". Lo importante es desentrañar las razones, leyes, relaciones y determinaciones que intervienen para que en un momento dado y en una situación concreta estos **procesos** ocasionen alteraciones en la salud. En esta forma se intenta trascender la reducida posición que concentra todo a la relación causa-efecto. Al decir procesos, no se trata de un simple cambio de término, significa precisamente que en la génesis de los problemas de salud existen **fenómenos** que son simplemente **expresiones terminales** de una cadena de acontecimientos sujetas a leyes de la organización social y de manera particular de la producción de determinados bienes o servicios bajo una lógica definida.

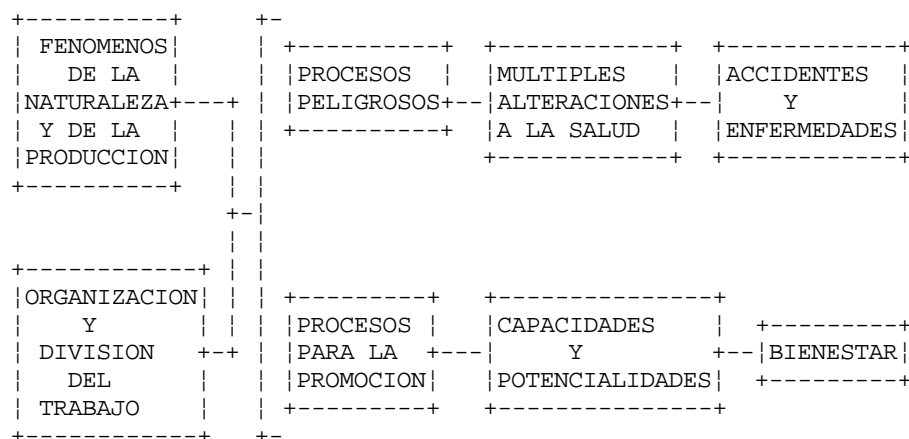
El polo positivo del trabajo

El trabajo, inclusive en condiciones adversas, es un mecanismo que permite el desarrollo de varias potencialidades del ser humano, no es casual el nivel alcanzado de la ciencia, de la técnica y de otras expresiones de la sociedad. Con el trabajo es posible el desarrollo de las capacidades intelectuales, fisiológicas y morfológicas del ser. A más de ello, la posibilidad de construir relaciones humanas fraternas entre los compañeros, marca la esencialidad del carácter social del trabajo.

Estos cambios de una u otra manera influyen en las expresiones de salud e integran lo que se ha dado en denominar el "polo positivo del trabajo" o en palabras de Breilh, "procesos protectores del trabajo". En la práctica de la salud laboral se los debe tener siempre presentes. A la hora de realizar las evaluaciones para indemnización no hay que olvidar estos detalles. El reconocimiento de los niveles que alcanzan ciertas capacidades en algunos trabajadores, superiores al promedio de un grupo definido, evita cometer serios errores.

Un primer nivel de síntesis de lo más cercano en la relación salud y trabajo sería el siguiente:

Esquema N 4.- PROCESOS CERCANOS EN LA RELACION TRABAJO SALUD



LA ORGANIZACION DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN

En incuestionable la importancia que tiene la organización del personal para avanzar en la consecución de nuevas condiciones de trabajo y salud. La posibilidad de realizar estudios e investigaciones partiendo de las necesidades sentidas de la población laboral, la implementación de programas de educación y capacitación, el logro de cambios en las condiciones de trabajo, y en el cuidado de la salud, son factibles cuando una organización es la que se empeña en todo ello. Es muy difícil que surja lo señalado por el interés y gestión de una sola persona, al margen de los demás. Inclusive en la posibilidad de cambiar la conciencia de los propios trabajadores, la dinámica del colectivo es la única garantía.

En la práctica se ha visto que los programas de salud de los trabajadores, sustentados en la presencia activa de las organizaciones laborales adquieren dimensiones inusitadas, con el consiguiente beneficio para todo el colectivo. Las organizaciones laborales son las que además canalizan las necesidades sentidas de sus asociados, punto de partida clave en cualquier actividad de este tipo.

LO PREVENTIVO Y LO INTEGRAL

Uno de los principios básicos de la salud de los trabajadores tiene que referirse al carácter preventivo e integral de las acciones de salud. Lo **preventivo** cobra relevancia porque la mayoría de enfermedades del

trabajo, cuando han minado de manera importante la salud de los trabajadores son irreversibles, y en muchos casos progresivas. Lo **integral** hace referencia a las reflexiones señaladas en líneas anteriores. El impacto del trabajo en la salud no termina al dejar el uniforme luego de las 8 horas de la jornada. Las formas de vida de los grupos sociales van definiendo las condiciones para la salud o la enfermedad, y es necesario intervenir también en estos niveles pues de lo contrario se refrendaría la práctica limitada de la salud ocupacional convencional, cuando piensa, por ejemplo, que el problema de la exposición al ruido se resuelve solamente con el uso de tapones auriculares y con las modificaciones en las maquinarias o en sus instalaciones.

Es innegable la utilidad de estos procedimientos pero no se debe olvidar que existen otros aspectos que definen la manera como impactaría en la salud, entendiéndole a ésta no sólo como lesión en el órgano de Corti. La presencia de maquinaria obsoleta que no se lo cambia por no comprometer la tasa de ganancia. Las jornadas prolongadas de trabajo, la imposibilidad de rotar de puestos, la exposición a sonidos frecuentes en la vivienda o en el entorno mientras el trabajador reposa, la presencia y cumplimiento de normas para el control del ruido, el papel de la organización en el cambio de estas condiciones, la posibilidad de que los trabajadores se encuentren informados de las implicaciones en la salud, son algunos de los ámbitos en donde tiene que actuar la prevención.

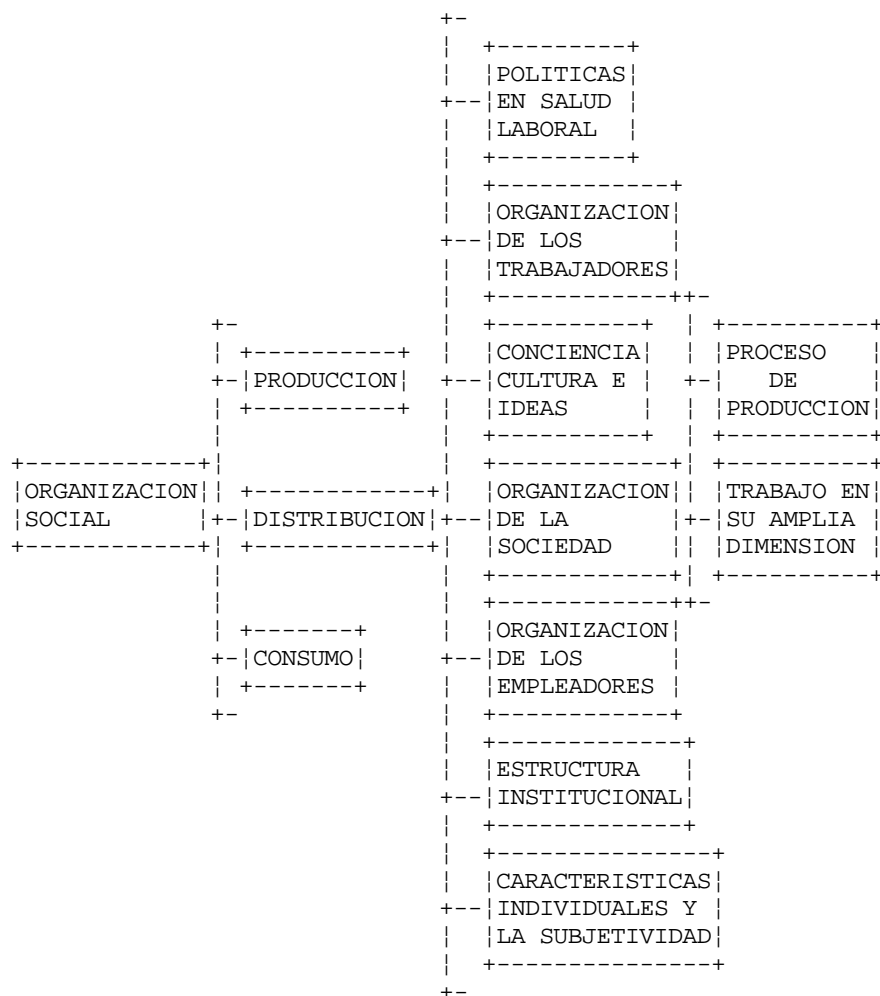
A esto se debe agregar el sistema de significaciones comentado en páginas anteriores, las categorías intermedias expresadas como políticas en salud de los trabajadores, costumbres, ideas y concepciones que los grupos laborales tienen y, por último, las características órgano-funcionales, psíquicas, emocionales y afectivas de cada individualidad.

En nuestros países resulta todavía difícil observar una franca decisión patronal o estatal e inclusive de los trabajadores para que se considere a la salud laboral como una prioridad. Es necesario utilizar estrategias adecuadas que permitan, de manera progresiva, incorporar a todos los sectores en el conocimiento y transformación de la realidad sanitaria de los trabajadores.

La idea de prevención, en la que se incluye la protección debe ser el eje vertebrador de múltiples acciones.

Tomando como referencia los planteamientos de Breilh sobre epidemiología del trabajo⁴⁹, en este punto es adecuado condensar las dimensiones mas generales de la relación salud y trabajo a las que hemos hecho referencia en el texto:

Esquema N° 5.- SISTEMA DE DETERMINACIONES Y RELACIONES



Para tener una visión integral de la relación salud y trabajo, este esquema se complementa con el anterior (esquema N° 4)

⁴⁹. Breilh, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación, op cit. p. 102.

LA PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES

Ha sido reconfortante ver en los últimos años y en algunos sectores la incorporación de los trabajadores en la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud.

La participación de los trabajadores no es un planteamiento exclusivo de las tendencias contrahegemónicas. El mismo sector empresarial, con la óptica capitalista, ha implementado varias modalidades para conseguir esta participación. Ultimamente los círculos de calidad han reactivado esta modalidad no sólo en las actividades productivas, sino también en las relacionadas con la salud.

"Aparecen estos planteamientos como muy democráticos y valiéndose de esta apariencia, los grupos promueven la participación obrera hasta en niveles de dirección de la empresa. Se forman equipos autónomos o de autogestión con la finalidad de contrarrestar la monotonía y el sentimiento de frustración y de rechazo que tienen los trabajadores en un sistema donde es reducido a simple fuerza de trabajo. Se ha visto que con estos nuevos métodos introducidos por el capital, mejora la producción y el comportamiento de los trabajadores, en coherencia con los intereses de los grupos dominantes"⁵⁰.

La denominada psicología industrial, incorporada a los departamentos de personal de las empresas, es la principal impulsora de diversos mecanismos para una participación de los trabajadores de tipo utilitaria que se está difundiendo con mucha fuerza en nuestros países. Por otro lado, inclusive grupos democráticos han incorporado el "modelo participativo" sólo como una **técnica** para la obtención de conocimientos de las condiciones de trabajo y salud.

A pesar de que lo último ya representa un avance, en la medida que la salud ocupacional convencional consideraba que únicamente el técnico es el que debe realizar cualquier estudio o planteamiento de prevención, se reduce la potencialidad y el significado de dicha participación.

La participación de los trabajadores no debe ser considerada como una concesión bondadosa que hacen los técnicos y los profesionales. Tiene una importante connotación **investigativa y política**. Lo primero

⁵⁰. Betancourt, O. *La salud en el trabajo en el Ecuador. Notas para su estudio*. op cit. p.11.

porque tanto en los estudios e investigaciones como en la toma de decisiones para la implementación de cambios, el trabajo conjunto entre trabajadores y técnicos es enriquecedor y en muchos de los casos definitiva.

Cuando los trabajadores participan activamente en el proceso, tienen la posibilidad de expresar con absoluta libertad lo que piensan, sienten y creen. Estas expresiones son soslayadas o invalidadas por las corrientes positivistas, con el argumento de que son "subjetivas" y que por lo tanto no se corresponden con los datos que pueden ofrecer otras técnicas, especialmente las de tipo empírico.

Desde nuestro punto de vista, las expresiones de los trabajadores recogen el conocimiento surgido de la experiencia y de la reflexión del trabajador como individuo y como colectivo. Lo que es más importante, en esas opiniones se condensa la **subjetividad** del trabajador, aspecto que otorga la dimensión humana del proceso, con frecuencia desplazada por la rigidez y frialdad de la cifra.

La **dimensión política** se refleja en el hecho de que la participación de los trabajadores en todo el proceso permite la consolidación como colectividad, eleva el nivel de conciencia organizativa y recupera el principio de que los trabajadores deben ser los que definen y deciden sobre su destino. La construcción de la autarquía laboral para la lucha por mejores condiciones de vida y salud es uno de los principios básicos de la participación de los trabajadores.

La participación de los trabajadores desde otra óptica que no sea la del capital, se sustenta en:

"la concientización, movilización, socialización de conocimiento, generación de propuestas de transformación y la toma de acciones específicas producto de esa búsqueda. Es, por lo tanto, contraria en muchos sentidos a la neutralidad y a la objetividad del proceso investigativo, tal y como entienden los positivistas"⁵¹.

⁵¹. Noriega, M., Villegas, J. **La investigación participante en la salud laboral**. Salud Problema No. 23, Primavera 93, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1993. p. 12.

La participación de los trabajadores en los programas de salud ofrece las condiciones para la apropiación del conocimiento técnico por parte de los trabajadores y del conocimiento surgido de la actividad concreta por parte de los profesionales. El intercambio de conocimientos es la mejor garantía para que técnicos y trabajadores interioricen de mejor manera el proceso.

Con la participación de los trabajadores existen mejores posibilidades para que se lleven a la práctica las recomendaciones y planteamientos para el cambio de las condiciones de trabajo y las dirigidas al cuidado de la salud.

Con la participación activa de los trabajadores, con el aporte de los profesionales y técnicos y bajo una misma perspectiva, la investigación y las acciones que de ella surjan, serán la mejor garantía para conseguir transformaciones importantes en las condiciones de trabajo y salud de los grupos laborales.

La diferencia con otro tipo de "participaciones" se basa en que la presencia de los trabajadores y la capacidad de decisión debe encontrarse en todo momento: en la planificación, organización y ejecución de los programas.

En base a la experiencia de varios grupos de América Latina que han trabajado en este campo, es necesario la revisión de algunos aspectos teórico-metodológicos de las distintas modalidades aplicadas. Por ejemplo, la clasificación de los procesos peligrosos (agentes, riesgos, cargas, exigencias) que se utiliza en varias fases del proceso tiene algunas inconsistencias. En un caso, por ejemplo, se afirma que "los riesgos son aquellos derivados de los medios de producción, existen **independientemente** del trabajador..."⁵² (lo resaltado es nuestro). De acuerdo a ello se puede pensar que en las características de los "riesgos" físicos, químicos y biológicos no existe ninguna posibilidad de injerencia de los trabajadores, cosa difícil de sostener.

Otro aspecto todavía con dificultades es la factibilidad de la participación de los dirigentes y de todos los trabajadores en todas las fases del proceso y el tiempo que pueden dedicar al mismo. Se había señalado que los empleadores se resisten a ceder tiempo de la producción para que se lleven a efecto los distintos

⁵². Villegas, J., Ríos, V. op cit. p. 70.

componentes de un programa o lo difícil que resulta que los trabajadores dediquen tiempos extras de manera frecuente.

El intento, a veces equivocado, de cuantificar la subjetividad de los trabajadores es otro limitante que se debe vencer.

Lo importante es que desde el seno de los propios trabajadores está surgiendo la necesidad de participar activamente en el conocimiento y cambio de la condiciones de trabajo y salud. Su participación debe trascender el ámbito del centro laboral. Los servicios públicos, las diferentes instancias de la sociedad civil y de la sociedad política, relacionados con la salud son los espacios obligados para la participación de los trabajadores organizados.

LA TRIANGULACION METODOLOGICA

En el campo de la salud de los trabajadores y desde hace mucho tiempo se han utilizado varias técnicas y procedimientos para acercarse al objeto de estudio. Inclusive, bajo otros referentes, en la práctica de la antigua higiene y seguridad industrial y de la medicina del trabajo aquello ha sido una práctica común, que ha ido tomando diferentes matices con el desarrollo de los nuevos planteamientos de la relación salud y trabajo.

Esto es así porque, como se señaló en líneas anteriores, las condiciones de trabajo y salud de los seres humanos incluyen una compleja realidad que no se reduce a la simple relación causa-efecto ni a las expresiones terminales de los accidentes y enfermedades del trabajo. Esa relación es multidimensional y se encuentra en constante transformación, regida por distintos niveles de determinación y de relaciones. Igualmente, las manifestaciones del fenómeno son de amplia variedad.

No se puede pensar que con una sola técnica o con un solo instrumento es posible dar cuenta de esa compleja realidad. No existe una sola técnica ni un único instrumento que permita obtener la visión integral de la salud de los trabajadores.

En correspondencia con esa complejidad es necesario utilizar diversas modalidades de observación, procesamiento y análisis, correlativas con distintos tipos de técnicas. Las características del objeto, los intereses de los trabajadores y la posición del investigador definirán los que se utilicen.

Por estas razones es que ha surgido últimamente la discusión sobre la necesidad de utilizar la técnica de la **triangulación** en las investigaciones de la salud de los trabajadores, técnica que desde hace rato se ha venido aplicando como tal en las ciencias sociales y con otras nominaciones en el campo de la salud laboral.

Sin embargo, es necesario recuperar unas pocas ideas básicas y hacer algunas reflexiones sobre esta técnica que en la práctica ha ofrecido resultados interesantes.

Ideas básicas

A la triangulación metodológica se la conoce también como convergencia metodológica, método múltiple o validación convergente. Utilización de varias técnicas que deben considerarse como complementarias y no antagónicas. Las debilidades de una van a ser complementadas por la otra⁵³.

El término es tomado de la práctica de los topógrafos⁵⁴ y acuñado en las ciencias sociales con el nombre de triangulación metodológica por Webb en 1966 para hacer referencia "al uso de muchos métodos en torno a un mismo foco temático"⁵⁵.

En las palabras de Denzin, la triangulación metodológica "es el estudio del mismo fenómeno por medio de la combinación de varias metodologías. Permite superar los sesgos de una determinada

⁵³. Vasilachis, I. **Métodos cualitativos I, los problemas teórico-epistemológicos**, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1992.

⁵⁴. Breilh, J. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación**. op cit.

⁵⁵. Samaja, J. **Triangulación Metodológica, pasos para una comprensión de la dialéctica de la combinación de métodos**. V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, mimeo, Buenos Aires, 1991.

metodología. La triangulación se expresa en el momento en que se combina en una misma investigación variadas observaciones, perspectivas teóricas, fuentes de datos y metodologías. Siempre buscando su integración⁵⁶.

La triangulación puede expresarse de distintas maneras, puede ser de teorías sobre el mismo objeto, de metodologías, de datos o de investigadores. Estos distintos tipos no tienen el mismo nivel, unas pueden estar determinadas por otras o que la utilización de uno está ligado, necesariamente, a otra⁵⁷.

Según Juan Samaja, existen distintas formas de integrar las estrategias metodológicas, en unos casos referidos a la técnica y en otros a los principios doctrinarios o epistemológicos.

Se trata de un proceso **desigual y combinado** de esquemas. Lo que en la mayoría de los casos califica el tipo de investigación son las denominadas **variables focales**, es decir, la que ha alcanzado el más alto grado de desarrollo o en la que más se ha puesto énfasis.

Existe una seria discusión sobre la convergencia de varios métodos y técnicas en la investigación, inclusive en la eventualidad de que se incorporen expresiones anteriormente consideradas como antagónicas. El punto de vista atomístico o el holístico, la técnicas cuantitativas o cualitativas, las investigaciones tradicionales o participativas, las investigaciones verificativas o exploratorias, el intento de encontrar evidencias empíricas para comprobar teorías o la elaboración de nuevas teorías⁵⁸

Alcances

Posibilita el abordaje de la complejidad de la relación salud y trabajo, permite observar de manera crítica cada una de las técnicas, identificar las debilidades y alcances de cada una y replantear nuevas formas de observación.

⁵⁶. Denzin, K. **The Research Act**, McGraw Hill Book Company, New York, 1978, citado por Vasilachis, I.

⁵⁷. Vasilachis, I. Op. cit

⁵⁸. Samaja, J. Op cit.

A pesar de que existe el riesgo de que se produzca un efecto aditivo de los errores de las técnicas, "la triangulación siempre produce un saldo positivo si los resultados son convergentes ya que se obtiene un aumento de la confiabilidad sobre la objetividad y sobre la validez. Si resultan divergentes surge el desafío de descubrir las fuentes de la contradicción"⁵⁹.

Si se piensa usar diversas técnicas en el estudio de la salud de los trabajadores y para no caer en la superposición acrítica de procedimientos, es necesario partir de un referente teórico claro. Cuando las investigaciones en salud laboral se encuentran inscritas en un referente integrador, que ubica al fenómeno en el espacio y en el tiempo, que define las leyes estructurales y el sistema de relaciones, ofrece muy buenas condiciones para ampliar las posibilidades del conocimiento e intervención.

Lo cualitativo y lo cuantitativo

En la investigación de la salud de los trabajadores han primado las técnicas cuantitativas, tanto en los estudios individuales como en los colectivos.

La cuantificación de la información es lo más usual, especialmente en los estudios de laboratorio. Es la cifra la que da cuenta de la situación de salud del trabajador y no necesariamente su manera de sentir, percibir, expresar. Se piensa que sólo la determinación cuantitativa da cuenta de la realidad de manera objetiva. En este campo se ha llegado al extremo de considerar que sólo la valoración instrumental de las condiciones de trabajo y el monitoreo biológico instrumental son los únicos que definen la "cientificidad" de la relación salud y trabajo.

Sin desconocer la utilidad de la valoración instrumental, es necesario reconocer también los límites de esas determinaciones, dadas, entre otras cosas, por deficiencias en la misma técnica, calibración de los aparatos, estandarización de las pruebas, calidad de los reactivos y por el nivel de desarrollo del conocimiento.

⁵⁹. Ibid.

Un ejemplo claro de lo señalado es la variabilidad en el tiempo de los valores umbral límite (VUL) para una misma exposición. El dato obtenido por estos procedimientos puede ser más subjetivo que los que pueden expresar los trabajadores en su conjunto.

"En la investigación de la salud de los trabajadores es factible hacer una separación marcada entre cualitativo y cuantitativo?. Las manifestaciones del impacto en la salud de las condiciones de trabajo peligrosas no se presentan con el sello de cualitativas o cuantitativas. Existen formas de expresión complejas y por lo tanto, la manera de aprehender esa realidad es igualmente compleja y rica. No es posible encasillar ni los fenómenos ni las formas de acercamiento. Igual cosa sucede con los mecanismos que se implementen para conocer y transformar la realidad.

Cada una de las técnicas tiene sus límites y sus posibilidades. Lo importante es saber reconocerlos. Pero es más importante incorporarlas de manera crítica, respaldándose en un método que reconozca la integralidad de los fenómenos, sus relaciones y determinaciones.

Las técnicas cualitativas

Con las técnicas cualitativas se puede acceder a las significaciones que las propias personas dan a su trabajo (intenciones, actitudes, creencias, sensaciones, etc.). Actuando sobre realidades concretas, se establece una relación directa entre el investigador y el trabajador.

Con la aplicación de técnicas cualitativas es factible adentrarse en dimensiones que han sido relegadas en el estudio de la salud de los trabajadores, el campo de la subjetividad y de la individualidad.

Irene Vasilachis anota que las técnicas cualitativas permiten el examen directo del mundo empírico social, con la posibilidad de observarlo y analizarlo, de generar inquietudes, recopilar información, establecer relaciones, y de analizarlo a la luz de un referente teórico para plantear alternativas para la transformación del objeto.

Existen varias modalidades que se pueden utilizar en el campo de la salud de los trabajadores, las historias de vida, inducción analítica, análisis de contenido, análisis lingüístico de textos, análisis de archivos, entrevistas, etc.⁶⁰. Algunos investigadores argentinos han aplicado las historias de vida para conocer las condiciones de trabajo y salud del personal de la industria de la carne en Buenos Aires.

En el campo de la salud de los trabajadores se han utilizado algunas modalidades. **La exploración sensorial y la entrevista a informantes claves** muy difundidas por los técnicos de la higiene y seguridad, el diálogo con **grupos homogéneos** incorporado por el modelo obrero italiano, las historias de vida y la **dinámica grupal** en base al **árbol de causas** por investigadores argentinos. Ultimamente la técnica **Zopp** introducida por los alemanes en América Latina, parece que se vislumbra como otra alternativa para el trabajo con grupos laborales.

La aplicación de las técnicas cualitativas en el estudio de algunas expresiones relativas a la salud mental han arrojado resultados bastante interesantes. Campaña⁶¹ ha tenido la posibilidad de aplicar con un contenido innovador la técnica de **frases incompletas** para adentrarse en la subjetividad de grupos de mujeres trabajadoras de la ciudad y del campo.

Análisis en las técnicas cualitativas

Para quienes no hemos estado muy familiarizados con algunas de estas técnicas, resulta un tanto complejo el procesamiento y el análisis de la información. Si no se toman las precauciones debidas quedará mucha información recogida sin procesar. Esto sucede, por ejemplo, en la fase de exploración sensorial del estudio de las condiciones de trabajo.

⁶⁰. Para conocer el detalle de algunas de estas técnicas el lector podría remitirse a los capítulos 4 y 5 de la publicación de Breilh, Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación.

⁶¹. Varios autores, **Mujer, Salud y Trabajo**, CEAS, op cit.

Es menester organizar la información de acuerdo a las categorías del estudio y del referente epistemológico y, en lo posible, procesarlas lo más pronto posible, inclusive, antes de que concluya todo el estudio o investigación.

En este punto es importante escuchar las reflexiones de Vasilachis. La técnica cualitativa, para el análisis se sustenta en la **inducción analítica**, no comienza con hipótesis sino que las genera a partir de los datos. Por el contrario, en las cuantitativas es de tipo hipotético-deductivo. En éstas, la comprobación se basa en la verificación numérica de los hechos a través de la comprobación de hipótesis. En las cualitativas se trata de probar las hipótesis en la fase de **descubrimiento** (recolección de datos) y no en la de interpretación (análisis).⁶²

La **objetividad** según Kirk se da en términos de **confiabilidad y validez**. Lo primero porque arroja los mismos resultados en cualquier circunstancia y la validez se refiere al reflejo fiel de la realidad.

Técnicas cuantitativas

Es el campo por donde ha trajinado con preponderancia la investigación de la salud de los trabajadores. Estas técnicas han estado ligadas de manera muy estrecha a las concepciones positivistas de la salud de los trabajadores, centradas sólo en la capacidad del técnico para determinar lo que sucede en el centro laboral. La opinión de los trabajadores es considerada como acientífica.

En la investigación de la salud de los trabajadores se han aplicado estos principios en las fases instrumentales, de laboratorio y gabinete. Además, se ha utilizado **la encuesta individual o colectiva** que al ser procesada ofrece el dato numérico de determinado fenómeno que se investigue.

La información recogida con estas técnicas pueden ser de mucha utilidad siempre y cuando se reconozcan sus limitaciones y se incorporen otras técnicas que den cuenta de otras expresiones que no son

⁶². Vasilachis, I. Op. cit

posibles recuperar con las tradicionales de tipo cuantitativo. Es necesario insistir en la importancia del método, del sentir de los trabajadores y del referente epistemológico. En este contexto, **la triangulación metodológica** tiene absoluta validez.

La encuesta es una de las expresiones más difundidas de las técnicas cuantitativas.

La aplicación de las técnica en la triangulación

En los estudios e investigaciones llevados a cabo en los últimos años hemos realizado algunos intentos en la aplicación de la triangulación metodológica, partiendo de una definición concreta del objeto de estudio y en correspondencia con un referente teórico discutido ampliamente. De acuerdo a este referente se veía la imposibilidad de obtener una información que aspiraba a ser integral aplicando una sola técnica.

Con la idea de que los estudios se sustenten en la participación activa de los trabajadores y que se incluyan elementos referidos a las condiciones de trabajo, salud y otros aspectos de la vida del personal, se han utilizado técnicas cualitativas, cuantitativas y cualicuantitativas. Simplemente con la finalidad de **ilustrar la aplicación** de esta modalidad se indicará de manera esquemática lo que se ha realizado en esos estudios para cumplir con los objetivos señalados:

*** Actividades previas**

1. Reuniones con los representantes de una de las centrales de trabajadores para analizar y definir el sector laboral que presenta las mejores condiciones para realizar el estudio. Al decir mejores condiciones se hace referencia a la presencia de una organización laboral, necesidades sentidas y expresadas de los trabajadores, magnitud de la problemática, recursos, etc. En base a la discusión colectiva entre dirigentes y técnicos se selecciona el centro laboral.

2. Reuniones de trabajo con los dirigentes de la organización de trabajadores del centro laboral (sindicato y/o comité de empresa). Los elementos centrales que se topan se refieren a la situación concreta de las condiciones de trabajo, de los problemas de salud, a los detalles del estudio, a los mecanismos y tácticas que se deben implementar para comprometer a los empleadores e involucrar a todos los trabajadores.
3. Asambleas con todos los trabajadores, convocadas y coordinadas por los dirigentes de la organización. En ellas se informa sobre el proyecto, se sensibiliza y se receptan los aportes, sugerencias y sentires de la mayor parte de trabajadores.
4. Elaboración del proyecto que sería presentado a los empleadores para conseguir el apoyo, inclusive financiero.
5. Reuniones de capacitación con un pequeño grupo de trabajadores que se constituirán en el soporte básico para las otras fases. Generalmente han participado los miembros de la comisión mixta de higiene y seguridad, los delegados de salud y del comité ejecutivo del sindicato. Los contenidos de la capacitación consideran aspectos relacionados con la relación salud y trabajo, patología laboral, técnicas que se utilizarían en el estudio y con las cuales deben estar familiarizados. A su vez, los trabajadores capacitan a los técnicos al señalar los detalles y los problemas de la actividad concreta que ellos realizan. Con esta modalidad se rompe desde el primer momento la idea de que los técnicos son los que tienen la verdad y los únicos que pueden capacitar.
6. Reuniones de los dirigentes de los trabajadores con los dirigentes de la empresa, para que sean los propios trabajadores los gestores del proyecto.
7. Después de haber avanzado en las actividades con los trabajadores y al contar con un proyecto consistente se realizan las reuniones con los dirigentes de la empresa. En ellas se explica en detalle lo que se va a realizar, se plantean los requerimientos y se persuade para conseguir todas las facilidades posibles. Esto quiere decir, disponibilidad de información y

recursos, libertad de desplazamiento en el centro laboral, tiempo y horarios para realizar el estudio, compromiso de los jefes de sección, etc. Está por demás decir que en estas reuniones participan los trabajadores, los técnicos y los empresarios.

*** Técnicas cualitativas**

1. Recuperación de la información general del centro de trabajo, utilizando el **relato de informantes claves** del sector laboral y del empresarial. En otra sección se indican los contenidos mínimos que se deberían recoger.
2. Con la finalidad de conocer el proceso laboral en su conjunto, los procesos peligrosos para la salud, las medidas de higiene y seguridad que existen, se aplica la técnica de la **exploración sensorial**. En este recorrido general, a más de la capacidad de observación de los técnicos, se incluye el diálogo con los responsables de las áreas y con unos pocos trabajadores seleccionados. Es necesario utilizar una guía de observación flexible elaborada previamente con los trabajadores. En otro capítulo se indican los componentes de esta exploración.
3. En el intento de recoger información de la subjetividad de cada una de las personas se ha utilizado la técnica de **frases incompletas**. En base a un instrumento que incorpora frases relativas al trabajo, a las relaciones entre compañeros, aspiraciones, relaciones familiares, problemas, etc., cada persona escribe complementos que surgen de su fuero interno. Posteriormente se realiza el análisis de contenidos que permiten extraer expresiones que difícilmente se podrían obtener con otras técnicas.

*** Técnicas cuantitativas**

1. Formación de **grupos homogéneos, discusión** en base a un **cuestionario colectivo** y elaboración de **mapas de riesgo**. Esta técnica es la asimilación del "modelo obrero italiano",

modificado con los aportes de varios grupos de América Latina que en aproximadamente diez años han trabajado conjuntamente con los trabajadores.

Para conocer los detalles de la investigación participativa, y de los aspectos relativos a la técnica, el lector puede remitirse por lo menos a dos documentos del colectivo de la UAM- χ ^{63,64}.

Es importante resaltar que el modelo obrero entraña una técnica pero no es sólo eso. Como se ha visto en los puntos anteriores, la participación de los trabajadores entendido en su verdadera dimensión, no es sinónimo de "modelo participativo", en tanto técnica, como lamentablemente se ha manejado en varios sectores.

En el trabajo de grupos homogéneos surgen expresiones de la subjetividad de los trabajadores que imprimen una dinámica especial a la discusión y son manifestaciones que deben ser tratadas en el campo de las técnicas cualitativas. En cambio, existen otros aportes del grupo que pueden ser procesadas y analizadas como dato empírico.

2. Examen médico a los trabajadores en el cual existen por un lado elementos de diálogo y, por otro, recuperación de datos que pueden ser procesados y analizados en el campo de las técnicas cuantitativas específicas. Se utiliza para el efecto instrumentos que en unos casos se ha denominado **historia clínica-laboral** y en otros **examen médico**. La diferencia entre uno y otro es que en el primero se incluyen varios datos de la historia de laboral del trabajador (tipos de trabajo, condiciones peligrosas más importantes, problemas de salud relevantes) e incorpora otros elementos de diálogo que no es lo mismo que la anamnesis o interrogatorio de la clínica convencional. Es, efectivamente, un diálogo dinámico entre el técnico y el trabajador, incorporando permanentemente aspectos de salud, del trabajo y de la vida.

⁶³. Villegas, J., Ríos, V. *La investigación participativa en la salud laboral*, op cit.

⁶⁴. Varios autores, *Manual Conocer Para Cambiar. Estudio de la salud en el trabajo*, op cit.

En muchos de los casos es necesario realizar valoraciones específicas con pruebas de laboratorio y gabinete de diferente tipo, de acuerdo a los problemas de salud que se intenten detectar.

*** Técnicas cuantitativas**

1. Lo que más se ha usado es la **encuesta individual** con contenidos y estructura variada. En nuestros estudios han sido instrumentos con un amplio número de variables previamente codificadas para el procesamiento automatizado. La estructura de este instrumento ha estado en correspondencia con un referente teórico de integralidad, ha sido necesario separar en módulos. Uno de ellos referido a los aspectos del consumo, relaciones familiares, organización y conciencia. Otros dedicados de manera exclusiva a la salud mental y que pueden ser el clásico Goldberg, Yoshitake o Epistrés del CEAS. Otro para las expresiones sintomatológicas como el PSTS de la UAM-X y uno para la recuperación de la percepción que tiene cada persona sobre las condiciones de trabajo.
2. Exploración instrumental de las condiciones de trabajo. En base a la exploración sensorial y al diagrama espacial se realiza recolección de muestras, determinaciones indirectas y mediciones directas de diferentes procesos seleccionados que pueden afectar la salud de los trabajadores.

Por ejemplo, magnitud y frecuencia del sonido y vibraciones, características de la iluminación, condiciones térmicas, radiaciones, concentraciones específicas de ciertas sustancias químicas, etc. Los datos obtenidos se confrontan con valores previamente definidos por institutos nacionales o internacionales. Los valores umbral límite o valores máximos permisibles serán confrontados con otro tipo de variables y deben servir sólo como elementos de referencia.

Como se puede ver, para tener una idea más o menos global de la salud de los trabajadores ha sido necesario utilizar varias técnicas que ofrecen la misma salud ocupacional convencional y la práctica

alternativa. Efectivamente, no se puede partir de cero, es necesario recuperar lo que la ciencia y la técnica ha producido hasta nuestros días, lo importante es redimensionarlos e incorporarlos a un claro planteamiento epistemológico. No pueden estar ausentes las aspiraciones de los trabajadores.

LA SALUD MENTAL

Un campo descuidado en la medicina y epidemiología tradicionales y, por lo tanto en la salud de los trabajadores ha sido lo relativo a la salud mental. La incorporación de tecnología de nuevo tipo más cambios que se vienen dando en la organización y división del trabajo están creando las condiciones para el incremento de las alteraciones mentales de los trabajadores. Si se reconocen las múltiples expresiones de la crisis en la que se encuentran nuestros países, que impactan en las condiciones de vida y en las relaciones familiares, la posibilidad del compromiso de la esfera mental es más alto.

Ultimamente varios grupos de distintos países han tomado con seriedad el reto, comenzando por los profesionales de Cuba que se han concentrado en el campo de la psico y neurofisiología y en los estudios de la personalidad, pasando por los distintos grupos de Argentina con remozados planteamientos del psicoanálisis, por los grupos de nuestro país y de México que han incursionado en las técnicas cualitativas, hasta llegar a algunos grupos de Estados Unidos y Venezuela que han desarrollado distintas técnicas automatizadas para la evaluación y tratamiento de algunas alteraciones psiconeurológicas. Es necesario continuar en este esfuerzo y potencializar las acciones.

LO PUBLICO Y LO PRIVADO

Sería equivocado aplicar de manera mecánica las características de la práctica de la salud ocupacional de un sector de la sociedad a otros que tienen sus particularidades que les diferencian. La sociedad no es blanco o negro.

En una determinada formación social coexisten diferentes formas de producción y, además, a pesar que un modo de producción es el predominante que define muchas de las expresiones de la vida social,

existen procesos que tienen su independencia relativa. La presencia importante de distintas etnias, la cultura de los pueblos, las particularidades de los movimientos sociales, los niveles de organización, etc. incorporan matices trascendentales en el desarrollo social.

Si bien los aspectos esenciales de la teoría y práctica de la salud ocupacional que hemos comentado se manifiestan en los diferentes ámbitos de la sociedad capitalista, existen espacios que hacen diferentes a esa teoría y práctica. Por ejemplo, en un mismo país y en un mismo momento no puede ser igual un programa de salud llevado a cabo en un centro laboral por el sector empresarial y por los técnicos de la empresa, de aquellos que podrían realizar los trabajadores con el apoyo de los profesionales democráticos de una institución pública, sea ésta la universidad o una unidad de servicio.

El reconocimiento de estas particularidades permiten identificar espacios de la sociedad civil y del Estado en los que se puede incidir para construir propuestas alternativas de la salud de los trabajadores.

Esta idea ha servido para que en otra parte de este trabajo se propongan algunas modalidades de intervención, tomando como base la estructura de los servicios públicos de salud y educación, considerando en todo momento el papel protagónico de los trabajadores.

DESAFIOS ESPECIALES

La teoría y práctica de la salud de los trabajadores han considerados muy poco ámbitos de suma importancia para la salud de la población.

Tomar como eje central el análisis de **género** es una necesidad impostergable, toda vez que sobre esta categoría existen múltiples posiciones de carácter polémico frente a una realidad que se encuentra presente de manera preponderante en la salud y vida de las/los trabajadoras/es.

Con el afán de transmitir unas pocas inquietudes haremos referencia sólo a dos de ellas.

En la medida que un número importante de mujeres se están incorporando a ocupaciones no tradicionales, algunos grupos sostienen la idea que a excepción de los aspectos biológicos relativos al sexo, no existen diferencias entre el hombre y la mujer, y por lo tanto, no debería haber "trabajos exclusivos de los hombres". Lo contrario sería sostener formas de segregación intergenérica.

Otra posición sostiene que a más de las diferencias biológicas del sexo, entre el hombre y la mujer se encuentran múltiples características anatómo-funcionales que los hace diferentes (capacidad vital, talla, estructura del aparato osteomuscular, etc.) y por ello las condiciones de trabajo incidirían de manera igualmente diferente.

Posiciones extremas en uno y otro sentido no favorecerían el avance en la construcción de propuestas alternativas, es necesario tomar con seriedad el análisis de la relación género, salud y trabajo para que, de manera conjunta con los distintos actores sociales, se realicen propuestas y acciones concretas.

La idea de género va más allá de las manifestaciones biológicas (sexo) y órgano-funcionales, la vida del hombre y de la mujer en la sociedad tiene múltiples expresiones que deben ser consideradas en la relación salud y trabajo.

Como se había señalado en otra parte, la **desocupación**, el **no trabajo** deben ser otra preocupación de los sectores involucrados en la protección en la salud y vida del ser humano.

Luego de haber permanecido casi toda la vida vinculado a una actividad laboral, el cambio al no trabajo trae consigo múltiples repercusiones en el estado mental y físico de los jubilados. A esta realidad se suma el abandono de sus familiares que son objeto las personas de la tercera edad.

En nuestros países existen formas de trabajo que cobran características especiales definidas por particularidades **étnicas** de los grupos humanos. Costumbres, cultura, subjetividad incorporan elementos importantes en la actividad laboral. Es un campo poco explorado en la salud de los trabajadores.

Las condiciones del **entorno y del ambiente extralaboral**, la destrucción de la naturaleza, los cambios ecológicos que resultan de formas productivas deteriorantes también debe ser objeto de preocupación de la salud de los trabajadores.

Por último, y a pesar que en varios países se han realizado valiosos esfuerzos en la recuperación de trabajadores/as lesionados/as, priorizar las actividades de rehabilitación y reinserción laboral de personas discapacitadas es otro reto digno de mención.

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES UN RETO DE TODOS

A pesar del inicio tardío y del largo camino que queda todavía por recorrer, es estimulante ver el avance, aunque sea escaso, que ha tenido la salud de los trabajadores en los últimos años. Se han realizado muchos esfuerzos para generar propuestas teórico-metodológicas de un abordaje integral de la salud de los trabajadores.

Es necesario elevar el rigor científico-técnico, el compromiso por la salud de los trabajadores y una propuesta movilizadora que incorpore a los más amplios sectores. Es impostergable la generación de mecanismos concretos de coordinación interinstitucional que permitan la utilización óptima de los recursos.

Reconociendo que la salud de los trabajadores se mueve en terrenos pantanosos, es fundamental mantener la conciencia sanitaria en los más altos niveles.

En este ámbito se exteriorizan de manera clara los intereses, muchas veces contradictorios, del sector patronal y de los trabajadores. Unos preocupados especialmente de la producción a cualquier costo y los otros por mejores condiciones de trabajo y por la defensa de la salud.

Sin descuidar las acciones de investigación que realizan pequeños grupos de la sociedad o las iniciativas de algunos grupos organizados, una de las maneras de incorporar a grandes grupos humanos sería también **difundiendo** el conocimiento de las especificidades de la relación salud-trabajo y **creando las**

condiciones para la participación activa de los trabajadores y de sus organizaciones en la generación de ese conocimiento y en la ejecución de alternativas transformadoras.

Bajo este criterio creemos adecuado desarrollar tres propuestas que se incorporen a la realidad sanitaria de nuestro país y que permitan avanzar hacia niveles más altos de conciencia y organización. Se trata de lo que hemos dado en llamar el **monitoreo epidemiológico de la salud de los trabajadores, la atención básica en salud y la educación masiva.**

EL MONITOREO EPIDEMIOLOGICO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

INTRODUCCION

Al hablar de **monitoreo epidemiológico** de la salud de los trabajadores intentamos superar la concepción y práctica de lo que en el campo de la Salud Pública se ha venido realizando con el nombre de **vigilancia epidemiológica**. Se trata de una forma alternativa de concebir el conocimiento de la realidad sanitaria de los trabajadores y de la implementación de acciones para transformarla.

A pesar que desde hace más de un siglo ha existido alguna expresión de vigilancia epidemiológica, su práctica real data de los últimos 40 años, vinculada especialmente a las enfermedades infectocontagiosas. Una de sus últimas aplicaciones y bajo el referente de la epidemiología convencional ha sido en el campo de la salud de los trabajadores.

En Estados Unidos, en la década de los 80 surgió un programa para registrar de manera específica los problemas de salud de los trabajadores. El Sistema de Notificación de Eventos Centinela para Riesgos

Ocupacionales, SENSOR, puesto en práctica en uno de los estados por el sistema de salud de este país se encarga de reportar enfermedades y lesiones específicas del trabajo a las instituciones de salud con la finalidad de prevenir y controlar. Sin embargo, su concepción y práctica se inscribe en el enfoque convencional de la vigilancia epidemiológica caracterizado por ser centralizado, poco participativo, vertical y circunscrito a los procesos terminales, a las expresiones fenoménicas. Esta práctica no se adentra en las leyes esenciales, en las relaciones de determinación, ni en los indeterminantes del proceso salud-enfermedad, razón por lo cual los resultados obtenidos no han sido los que los trabajadores anhelan.

El Monitoreo Epidemiológico de la Salud de los Trabajadores (MESAT) es fundamental para conocer y prevenir las enfermedades en general y de manera particular los problemas de salud de los trabajadores, incursionando en las condiciones que generan esas alteraciones a la salud.

El MESAT debe incluir no sólo la recolección y análisis de los datos sino la difusión y utilización de esa información para planificar y llevar a la práctica actividades de promoción y prevención en la salud de los trabajadores. Esta información debe ser utilizada por profesionales de la salud, por los especialistas en salud ocupacional, planificadores, por los propios trabajadores y por otros sectores involucrados.

El MESAT es una importante herramienta en la planificación y ejecución de los programas de salud de los trabajadores que permitiría la participación activa de los mismos, la definición de prioridades, el uso racional de los recursos, una mejor coordinación en los niveles de prestación de servicios, la promoción de la salud y la prevención de los problemas.

CRITERIOS BASICOS

El MESAT debe ser la continua y sistemática recolección, análisis e interpretación de los problemas de salud, de sus **determinantes e indeterminantes**, información que será usada en la planificación, implementación y evaluación de las acciones y programas de salud de los trabajadores. **La participación activa de los trabajadores, de sus organizaciones** y de los demás actores sociales es el requisito fundamental del MESAT.

El objeto del MESAT no debe ser sólo las expresiones terminales de la salud de los trabajadores ni las manifestaciones específicas de las condiciones de trabajo. Es necesario trascender el ámbito de lo fenoménico hacia los determinantes profundos en donde se encuentra la esencia de las expresiones de salud de la población laboral.

Cuando se habla de **determinantes** nos estamos refiriendo a las leyes de la organización social, a las características de la producción, a las particularidades de las colectividades (grupos o clases sociales), a las políticas generales y de salud, a las ideas y costumbres, a las formas de vida y consumo de los trabajadores y sus familias, a la organización de los trabajadores, y en fin, a todas las condiciones que definen la manera de enfermar o morir de los grupos laborales.

En palabras de Granda, lo importante no es sólo concentrarse en "el dado" sino también el "dándose" y en el devenir, no sólo intentar **explicar** la situación sino también **interpretar y comprender**.

*"La acción preventiva o de vigilancia más amplia se cumple en el mundo del dándose, en el presente, en el espacio de la acción humana. En ese espacio intervienen los determinantes históricos que ocurren en el vector pasado-presente y que se coagulan como objetividad estructurada, pero también se desarrollan fuerzas capaces de objetivar lo potencial que se mueven en el vector presente-futuro. Aparecen, entonces, en juego los **determinantes y los indeterminantes**: la historia que determina y se cristaliza como objetividad estructurada y la misma historia del hombre en acción que abre nuevos derroteros que aparecen como indeterminados pero que son comprensibles y por lo tanto posibles de ser determinados a través de acciones viables y direccionables... Los indeterminantes permiten abrir espacios en ese determinismo para producir nuevas posibilidades de determinación"⁶⁵.*

El MESAT no debe concentrarse tan sólo en la recolección, procedimiento y difusión de los datos, tiene que ir acompañado de **acciones** coherentes con la información surgida de la participación de diversos actores sociales.

⁶⁵. Granda. E., Urrego, J. **Vigilancia epidemiológica: espacio, sujetos y acción**, ponencia, Sexto Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Octavo Congreso Mundial de Medicina Social, Guadalajara, 1994.

Como se puede ver, el MESAT no es sólo un sistema de información y recolección de datos como ha planteado la vigilancia epidemiológica convencional, es un proceso de conocimiento de **las condiciones de trabajo y salud de los grupos laborales**, con la finalidad de **intervenir y transformar**.

El MESAT no debe ser patrimonio de los profesionales de la salud, es una importante herramienta para que los grupos laborales lo utilicen en el conocimiento de su situación concreta, para elevar su conciencia en materia de salud y posibilitar la participación autárquica en la solución de sus problemas.

Al no concentrarse solamente en las expresiones terminales del proceso salud-enfermedad de los individuos, es necesario monitorear las expresiones de este proceso en **las colectividades humanas**, entendidas éstas no sólo como agregados naturales definidos por el sexo, la edad o el estado civil de la persona, sino fundamentalmente por aspectos que recuperan la historia y dinámica de los grupos. Las colectividades humanas se diferencian básicamente por la inserción que tienen en el proceso productivo, por la cultura y demás características de la etnia o nacionalidad a la que se corresponde, por sus particularidades de género (que no es lo mismo que sexo) y en fin por otros componentes propios de la dinámica de los grupos. Hablar de "trabajadores", igualmente es una generalidad que no expresa mayor cosa, pero cuando se dice "pequeños productores agrícolas de la comunidad Shuara", en esa caracterización se encuentra una historia, una posición en la sociedad y un componente étnico que encierra mucha riqueza. Al reconocer estas dimensiones, el MESAT está incursionando en la esencialidad de los problemas.

El MESAT tendrá que considerar las expresiones salud o enfermedad, los saberes y prácticas de los trabajadores en tanto individualidades y en tanto grupos laborales, sus condiciones de vida y, por su puesto, todos los detalles de las condiciones de trabajo. No puede dejar de contemplar las determinaciones generales de la sociedad, con las expresiones políticas e ideológicas. En otras palabras, el monitoreo epidemiológico de la salud de los trabajadores debe incursionar los ámbitos de lo **singular, particular y general** que se ha tratado en páginas anteriores. El monitoreo epidemiológico, sólo con la participación activa de los grupos organizados de los trabajadores, de manera conjunta con el resto de la sociedad será la única garantía para incursionar y transformar los aspectos estructurales y superestructurales que definen el perfil epidemiológico de los distintos grupos laborales.

OBJETIVO GENERAL

- * Determinar las características de los problemas reales y sentidos de salud de los trabajadores, definir e implementar, sobre bases objetivas y científicas, las medidas de acción a corto, mediano y largo plazo dirigidas a prevenir los problemas de salud laboral, proteger la salud de los trabajadores y transformar los determinantes e indeterminantes del proceso salud-enfermedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- * Identificar, evaluar y transformar los procesos adversos a la salud de los trabajadores, incluyendo los determinantes más amplios.
- * Divulgar la información y mantener actualizado el conocimiento sobre morbilidad, mortalidad y otras manifestaciones de alteraciones a la salud de los trabajadores.
- * Correlacionar las expresiones individuales con las características del grupo y de otros procesos de la sociedad (determinantes históricos estructurales, de organización, y conciencia).
- * Educar a trabajadores, población y personal de salud.
- * Establecer bases para la investigación epidemiológica en el campo de la salud de los trabajadores.
- * Definir conductas ante situaciones críticas.
- * Sensibilizar a las autoridades, trabajadores, empresarios y población sobre la promoción y prevención en el campo de la salud y el trabajo.

- * Intervenir de manera oportuna con acciones concretas para evitar secuelas en los trabajadores con problemas de salud y proteger a los demás.
- * Evaluar las medidas de higiene y seguridad y los programas de salud con la finalidad de modificarlos en el momento oportuno.
- * Determinar y fomentar los procesos de trabajo beneficiosos para la salud.
- * Posibilitar la participación directa de los trabajadores en el conocimiento y solución de sus problemas.

REQUISITOS NECESARIOS

Para que pueda ser llevado a la práctica un sistema de monitoreo epidemiológico de la salud de los trabajadores, que llegue a los más amplios sectores, es necesario cumplir con algunas recomendaciones:

- * Al menos al inicio, utilización de la infraestructura y de los recursos humanos existentes.
- * Que no se requieran recursos muy costosos.
- * Los indicadores utilizados deben surgir de datos obtenidos fácilmente y que cumplan con las características de validez, oportunidad, integridad y comparabilidad.
- * Necesidad de que exista estrecha relación entre las instancias que centralizan la información, las unidades operativas y los grupos laborales que han recogido la información y que plantean soluciones. Esto permitirá que se informen los detalles de la problemática, se eleve la conciencia de la importancia de la recolección y reporte de los datos y se contribuya a la solución de manera democrática.

- * En el componente de investigación del MESAT es necesario considerar no sólo el "vector pasado-presente", sino también el vector "presente-futuro" para incorporar de manera clara la **direccionalidad** (intencionalidad), la **viabilidad** (fuerzas políticas, técnicas y administrativas) y **operacionalidad** (lo que debe y se puede hacer)⁶⁶.
- * Para la obtención de los datos se debe utilizar las distintas fuentes relativas a la salud de los trabajadores que existen en las instituciones de salud, en los servicios de salud de los centros laborales y en ocasiones por mecanismos que el propio sistema los genere. Por esta razón, es necesario que en el país se desarrolle un sistema de registro permanente de tipo integral.
- * El MESAT debe contar primero con la información básica que se traduzca de manera inmediata en acciones concretas (por ejemplo, proposición y ejecución de medidas concretas de promoción y prevención, identificación de problemas críticos para orientar las investigaciones y estudios epidemiológicos que se deben realizar).
- * El sistema debe nutrirse con información y decisiones procedentes de todos los sectores, servicios, entidades de salud, organizaciones y niveles administrativos relacionados con la salud de los trabajadores.
- * Es necesario considerar como verdaderos actores sociales del MESAT al trabajador, la familia, sector empresarial y otros grupos sociales.
- * Se requiere la participación de profesionales de distintas disciplinas y de todos los miembros del equipo de salud.
- * Para un adecuado sistema de MESAT es necesario contar con procedimientos modernos de diagnóstico dirigidos a las condiciones de trabajo y a los propios trabajadores.

⁶⁶. Granda, E. *Vigilancia epidemiológica*, mimeo, CEAS, Quito, 1992.

La Salud y el Trabajo I

- * El MESAT no debe ser sólo de efectos terminales (accidentes y enfermedades del trabajo) sino también de toda manifestación de compromiso de la salud, de las condiciones de trabajo y de las condiciones de vida.
- * Es importante no sólo incorporar innovaciones teóricas, metodológicas y técnicas en el campo de la salud de los trabajadores, es fundamental desarrollar mecanismos para posibilitar la participación real de la población trabajadora en la generación de información y conocimientos, en la planificación de acciones y en la implementación de las mismas.
- * Es necesario crear instrumentos sencillos que puedan ser utilizados por el equipo de salud y especialmente por la población laboral.
- * El MESAT debe definir campos de acción y responsabilidades entre los diferentes actores sociales involucrados para no duplicar actividades ni desperdiciar esfuerzos.
- * El MESAT debe posibilitar la generación de nuevas concepciones de la relación trabajo y salud que trascienda el simple binomio causa-efecto y la concentración en procesos de salud terminales, circunscritos exclusivamente al espacio laboral. En otras palabras, el MESAT debería conducir a un replanteamiento de la teoría y práctica de la salud ocupacional. En los accidentes y enfermedades del trabajo se deben incluir las alteraciones tempranas de la salud, al hablar de las condiciones de trabajo hay que conocer y analizar las formas de organización y división del trabajo, las estrategias de extracción de plusvalor. Al hablar de salud de los trabajadores es necesario no olvidarse de las estrategias familiares de vida y la práctica social doméstica, íntimamente ligadas al bienestar del trabajador.

CARACTERISTICAS

El MESAT debe ser:

- * Integral.

Dirigido a conocer e identificar las causas esenciales y determinantes de los fenómenos, sus interrelaciones y los diferentes niveles jerárquicos de los procesos.

** Participativo*

A nivel periférico y operativo los grupos laborales deben ser los actores principales en la recolección de información, análisis, toma de decisiones e intervención, acciones que las debe llevar a cabo de manera conjunta con los miembros del equipo de salud.

** Uniforme y específico*

Guiarse por normas y procedimientos generales, sin embargo deberá ajustarse a las particularidades de cada situación laboral y a las necesidades de los propios trabajadores.

** Simple.*

La simplicidad en la estructura y en el componente operativo permite que se cumplan los objetivos. Que no requiera muchos procedimientos, que no se encuentre dirigida a recoger abundante información poco relevante, que no existan muchos niveles por donde tenga que pasar la información o las decisiones, que no requiera mucho tiempo para la implementación de acciones correctivas.

** Flexible*

Posibilidad de adaptarse con facilidad a los cambios en las necesidades de la información o de las condiciones operativas. Adaptación fácil en recursos, tiempo y personal.

** Democrático*

Con base en la participación de diversas personas u organizaciones en el MESAT se buscará la eliminación de mecanismos impositivos y verticales, procurando una amplia aceptación. Los aspectos que influyen en la aceptabilidad son:

- Conciencia. Importancia que los trabajadores y empleadores den a la prevención y protección de la salud en el trabajo. Reconocimiento por parte del sistema de MESAT de la importancia de la

contribución individual, de organizaciones y de otros sectores relacionados con la salud de los trabajadores.

- Elasticidad del MESAT para adaptarse a las particularidades y circunstancias que se presenten en el proceso, en el devenir.
- Aprovechamiento y adaptación del tiempo a las condiciones concretas de los sectores laborales.
- Constatación, por parte de los actores sociales, de que los mecanismos de recolección de información se acompañan de intervenciones concretas para solucionar los problemas.
- Reconocimiento de las limitaciones oficiales en la recolección y difusión de la información.

** Sensible*

Debe dar cuenta, de manera objetiva, de por lo menos dos ámbitos; del nivel individual (problemas de salud específicos de los trabajadores) y del nivel colectivo problemas de salud de grupos laborales y de las condiciones de trabajo.

** Representativo*

Con posibilidad de generalizar a toda la población laboral. Deben considerarse los factores tiempo, lugar y persona. En este aspecto es importante también poder identificar el subgrupo que quedaría excluido del sistema de reportes. Si no existe la posibilidad de generalización no se debe invalidar las experiencias de un grupo laboral concreto.

** Oportuno*

Reflejado en la velocidad o demora entre cualquiera de los pasos del MESAT. Son necesarias la rapidez y oportunidad de la información para la toma de decisiones.

** Factible*

Los componentes de recuperación, procesamiento y difusión de la información, así como de la implementación de acciones de intervención deben considerar la posibilidad de que se cumplan. Nada se consigue con ampulosos planes que queden escritos en el papel.

OTRAS PARTICULARIDADES

Para que el MESAT sea efectivo es necesario que se encuentre vinculado a las acciones básicas en salud (ver más adelante).

Debe estar dirigido tanto a los problemas de salud de los trabajadores como a las condiciones de trabajo.

El monitoreo puede circunscribirse a un evento actual de salud (enfermedad o molestia) o a cambios de las funciones de las personas comprometidas.

Para efectos del monitoreo, las enfermedades del trabajo pueden dividirse en dos grupos:

- 1.....Alteraciones causadas por la predominancia de la exposición a procesos de deterioro en el trabajo.
- 2.....Alteraciones en las cuales la participación de las condiciones de trabajo peligrosas para la salud no son las predominantes. Los procesos que generan deterioro de la salud en el trabajo pueden exacerbar una condición de salud preexistente y viceversa.

El monitoreo de los problemas de salud debidos a las condiciones de trabajo se puede realizar por medio de la evaluación del estado de salud del trabajador, por su historia ocupacional y por el estudio de los grupos laborales, entendidos no como sumatoria de individuos sino como colectividades que tienen historia e inserción específica en la organización social.

El monitoreo de los procesos que generan deterioro en la salud consiste en la identificación y valoración periódica de los procesos de tipo físico, químico, biológico, ergonómico, de la organización y división del trabajo en los centros laborales. El monitoreo de estos procesos ofrece importante información a pesar de que no se encuentren de manera simultánea expresiones de deterioro de la salud.

Como se señaló en páginas anteriores el objetivo no debe dirigirse exclusivamente a la detección de los problemas de salud como situaciones terminales (accidentes, enfermedades del trabajo y las denominadas enfermedades relacionadas con el trabajo), es necesario hacer énfasis en cualquier expresión de alteración a la salud, de las condiciones de trabajo y de las características de otros aspectos de la vida de los trabajadores. Estas expresiones deben ser analizadas a la luz de las relaciones de poder, de las leyes fundamentales de la sociedad y de las relaciones estructurales.

En salud laboral, la detección temprana de los problemas de salud, con la finalidad de implementar los correctivos adecuados es fundamental. En fases iniciales los problemas de salud pueden ser reversibles, no así cuando los procesos mórbidos han llegado a niveles avanzados.

El MESAT debe incorporar el estudio permanente del proceso laboral y de las condiciones peligrosas para la salud, conjuntamente con el monitoreo del estado de salud de los trabajadores. Por ello, cuando en el esquema N° 6 se pone como punto de partida la "ocurrencia del evento", éste hace referencia a cualquier situación de trabajo o de vida peligrosa para la salud o a cualquier expresión de alteración en la salud de los trabajadores.

El MESAT varía en sus métodos, fines y objetivos. Las características que son importantes en un sistema pueden no serlo en otros. Varía de un sector laboral a otro, sin embargo, los principios fundamentales del monitoreo son válidos para diversas eventualidades.

Existen algunos parámetros para determinar la importancia de un evento de salud de los trabajadores susceptible de monitoreo:

- 1.....Necesidad sentida por una amplio grupo de trabajadores y voluntades de los actores sociales para el cambio.

- 2.....Número total de problemas de salud o de trabajadores afectados (incidencia y prevalencia).
- 3.....Índices de severidad como por ejemplo, tasa de mortalidad y la razón caso-fatalidad.
- 4.....Indicadores de ausentismo por problemas de salud, reflejados, por ejemplo en los días de incapacidad en cama.
- 5..... Un índice de mortalidad prematura, por ejemplo años potenciales de vida perdidos.
- 6..... Costos de los servicios
7. Posibilidades de intervención

Esquema N° 6.- MONITOREO EPIDEMIOLOGICO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

+-----+
| PROCESOS PELIGROSOS PARA LA SALUD |
| PROBLEMAS DE SALUD DE LOS GRUPOS |
| PROCESOS QUE PROMOCIONAN LA SALUD |
+-----+

||
+-----+
| DETECCION |
+-----+

||
+-----+
| FUENTES DE REPORTE |
+-----+

servicios médicos
centros laborales
laboratorios
hospitales
escuelas
sindicatos
organizaciones

+-----+
| RECEPTORES DE LA INFORMACION |
+-----+

ministerios
jefaturas provinciales
jefaturas cantonales
divisiones
departamentos
organizaciones laborales

+-----+
| MEDIDAS DE INTERVENCION |
+-----+

unidades operativas
asociaciones
sindicatos

MODALIDADES DE MONITOREO EPIDEMIOLOGICO

Existen varias modalidades de monitoreo epidemiológico, que se refieren fundamentalmente a la forma de recolección de la información. Cualquiera de ellas o la combinación de algunas se puede utilizar en el caso de monitoreo de la salud de los trabajadores.

1. **espontánea.** La realiza cualquier miembro o dependencia de las unidades operativas o de la población laboral. Para el efecto se usan formularios simples y estandarizados. Estos formularios deben estar en los servicios de salud de los centros laborales, servicios públicos de salud, en los departamentos de higiene y seguridad de los centros laborales, organizaciones laborales, clínicas, hospitales, laboratorios, etc. Surge de la demanda espontánea en el sistema de atención a la salud y de las necesidades sentidas de los trabajadores. Cuando se trata del monitoreo de los problemas de salud toma como base las alteraciones expresadas de distinta forma.
2. **activa.** En esta modalidad se incorporan estudios más profundos y de mayor duración, tanto de los centros de trabajo como de los trabajadores. Incluye seguimiento de situaciones críticas y se acompaña de procesamiento, análisis e intervención. Puede surgir como parte de un plan de acción de la organización laboral o de la colectividad para la consecución de mejores condiciones de trabajo y de vida.

Se denomina activa también porque previamente se realiza una selección del centro laboral y de un grupo de trabajadores y luego se realizan los estudios planificados y los exámenes médicos de distinto tipo⁶⁷.

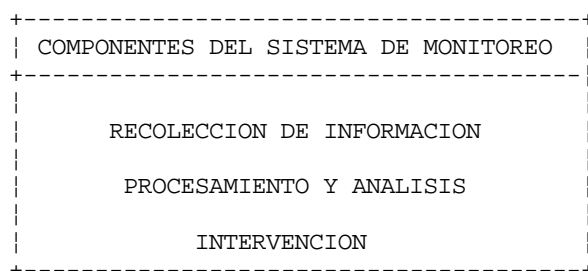
Por las características anotadas, su implementación es más compleja y requiere de mayores recursos.

⁶⁷. Weeks, J., Levy, B. **Preventing Occupational Disease and Injury.** American Public Health Association, Washington, 1991, p. 25.

3. **sistema especial.** Contempla el registro y seguimiento de ciertos patrones de conducta, por ejemplo las actitudes de los trabajadores frente al uso de los equipos de protección personal. El estudio de estos detalles es importante para la planificación y ejecución de las medidas de protección efectivas.

COMPONENTES

Como se dijo anteriormente, el Monitoreo Epidemiológico de la Salud de los Trabajadores es un **sistema** que no se queda sólo en la recolección de información, incluye otros aspectos que dan razón de ser al monitoreo. Se pueden diferenciar por lo menos tres componentes:



RECOLECCION DE LA INFORMACION

Uno de los componentes más importantes es el proceso de recolección de la información. Por esta razón se señalarán algunas particularidades:

- Fuentes de información

*.....Registros demográficos y de otras características de la población trabajadora

*.....Censos

*.....Registros de ministerios de salud, trabajo, industrias, etc.

*.....Registros de centros laborales

-
- *Registros de los servicios de salud
 - *Registros de centros de investigación
 - *Publicaciones científicas
 - *Leyes y reglamentos
 - *Información proporcionada por los trabajadores y la población

- Características

Variable en tiempo, regularidad, grado de sistematización, formalidad, fuente, recursos, etc. De acuerdo a ello, puede ser:

- *Sistematizada. Anual, mensual, semanal, diaria
- *Espontánea. Sin una secuencia regular en base a denuncias, medios de comunicación, trabajadores, población, etc.

Es necesario diferenciar el tipo de información que da cuenta de los aspectos generales y básicos y que tendría una menor frecuencia, de aquella que expresa cambios rápidos en las condiciones de salud y trabajo.

- Se deben utilizar los recursos y canales existentes.
- Se deben utilizar formularios disponibles o diseñar otros.
- Se requiere una revisión periódica.

La recolección de la información en salud de los trabajadores tiene especial importancia para la identificación de situaciones peligrosas o problemas de salud expresados en individuos concretos.

- La identificación de los procesos ocurre en:
 -1. Tamizajes médicos (screening)
 -2. Reportes de los chequeos médicos

-
-3. Reportes de los empresarios
 -4. Reportes de los trabajadores
 -5. Reportes de los comités paritarios de higiene y seguridad
 -6. Reportes de los departamentos de higiene y seguridad
 -7. Reportes de laboratorios
 -8. Certificados de defunción
 -9. Reportes de indemnización

La recolección de la información debe estar dirigida también al registro de algunos indicadores específicos (índices de frecuencia y de gravedad).

Los contenidos de la información deben permitir la identificación clara de indicadores de las condiciones de trabajo y de salud para comparar:

-1. Entre distintas ramas de actividad económica
-2. Entre diferentes centros laborales
-3. Entre diferentes grupos de trabajadores
-4. Entre diferentes áreas geográficas
-5. Entre diferentes períodos de tiempo

Con esta información se pueden identificar centros laborales críticos, grupos de trabajadores vulnerables y en alto riesgo y áreas que requieren de mayor investigación o pronta intervención.

Para completar esta primera parte del proceso ,la información recogida debe ser registrada, reportada, difundida o notificada, de lo contrario se convierte en información muerta.

NOTIFICACION

Lo más importante del MESAT es la **comunicación y transmisión** de la información encontrada. Se puede realizar por varios mecanismos:

a) Sistema de notificación directa

*.....Para los casos graves y emergentes

*.....Desde los propios trabajadores hasta los niveles centrales de las instituciones de salud (ministerios, institutos, etc.), pasando por las unidades operativas, jefaturas de área y niveles provinciales. Las organizaciones laborales deben ser también las receptoras de la información.

*.....Período:

.....Los casos graves deben ser notificados en las primeras 24 horas.

*.....Agentes de notificación:

.....- Personal de salud en los diferentes niveles.

.....- Trabajadores, técnicos, empresarios, supervisores, jefes de línea o de planta, maestros de taller, miembros de la colectividad, etc.

*.....Contenidos de la notificación:

.....Varía dependiendo de las situaciones, pero de manera general hay que referirse a condiciones de trabajo peligrosas que pueden atentar contra la salud y vida de los trabajadores y de la población circundante, a los procesos particulares o de grupo y a los determinantes generales . De la misma manera se debe proceder con los problemas de salud que reflejen gravedad.

*.....Procedimientos

.....Por la vía más rápida (teléfono, fax, correo electrónico, etc.) y luego debe ser registrada en el instrumento respectivo.

b) Sistema de notificación regular

*Se utiliza en las situaciones menos graves

*Período de notificación: semanal

*Fuente de la notificación:

..... Todos los sectores laborales organizados o no, miembros de la comunidad, empresarios, asociaciones, unidades operativas del sector salud, etc. y todos los involucrados en la salud de los trabajadores.

*Contenido de la notificación:

..... Condiciones de trabajo peligrosas para la salud, condiciones de vida que impiden el desarrollo pleno del ser y que causan problemas de salud, políticas generales y de salud, limitantes normativos, y otros aspectos de los determinantes en la dimensión particular y general.

..... Expresiones de alteraciones a la salud

..... Condiciones de trabajo que puede promover la salud

..... Expresiones de salud en los trabajadores

*Procedimientos

..... La información recogida en las unidades operativas debe ser anotada en instrumentos de registro sencillos y enviada a los niveles intermedios del sistema de monitoreo (áreas o provincias). En este segundo nivel se procesa la información para reportar al nivel central (institutos, ministerios, divisiones, organizaciones laborales, centrales sindicales, etc.). El detalle de la información debe ser menor, conforme se asciende de nivel.

..... La participación organizada de los trabajadores y de la colectividad permitirá que de manera dinámica se recuperen los aspectos que se "van dando", de los indeterminantes.

..... Una de las formas de recoger y notificar información que se está usando en algunos países es el denominado tamizaje médico. Si bien es cierto se circunscribe sólo al componente "médico", bajo

la concepción de la salud ocupacional convencional, algunos de sus componentes y bajo otro referente pueden ofrecer interesantes alternativas para incorporar la salud laboral en los servicios generales de salud, asunto que en varios países se encuentra olvidada.

TAMIZAJE MEDICO

Es la realización de un examen médico con el propósito de detectar disfunciones orgánicas o enfermedades antes de que el trabajador requiera atención médica por sentirse verdaderamente enfermo y en el momento en que cualquier intervención todavía es útil.

El tamizaje médico explora la presencia de cualquier molestia en la salud, una enfermedad como evento patológico organizado o simplemente una amplia posibilidad de enfermar y la necesidad de profundizar los estudios.

Si se lo realiza de manera correcta, el tamizaje médico es uno de los procedimientos complejos de la práctica médica en este campo. Se requiere un buen conocimiento de la salud de los trabajadores y familiarización con los procedimientos de recolección de la información, epidemiología, métodos de análisis y sobre las medidas de higiene y seguridad laboral. A la hora de hacer las recomendaciones se debe conocer también sobre las leyes y regulaciones en este campo, sin embargo, varios profesionales de la salud con un pequeño entrenamiento podrían ser puntales básicos en la detección de los problemas más comunes.

El tamizaje médico sirve para identificar problemas de salud en estadio temprano. El objetivo central se encuentra dirigido a la prevención oportuna de las alteraciones a la salud en grupos de trabajadores, con base en la información obtenida en este tamizaje y a los diagnósticos realizados con anterioridad, por ejemplo, información del monitoreo biológico o de la red de notificación centinela. Sobre este último aspecto se tratará más adelante.

La planificación y ejecución del tamizaje médico no debe ser de exclusividad de los profesionales y técnicos, **los trabajadores y sus organizaciones** tienen que ser parte activa del mismo.

Para plantear algunos elementos del diseño y ejecución de un programa de tamizaje hemos tomado como referencia los aportes de Baker y Matte⁶⁸:

1. Valoración de la magnitud y potencialidad de los procesos de deterioro.
2. Determinación de los procesos fisiopatológicos, molestias y enfermedades específicas.
3. Selección de las pruebas. Escoger el examen apropiado para realizarlo en el período preclínico. Para problemas agudos el tamizaje no ayuda mucho pero para los problemas que se manifiestan de manera intermitente (ej. alteraciones por solventes, ruido, etc.), con un cuestionario específico se podrían detectar algunas manifestaciones.
4. Establecimiento de un criterio de acción. Necesidad de definir criterios para la interpretación de los resultados de la pruebas antes de decidir sobre las medidas de intervención. Una forma es siguiendo las referencias de institutos o estudios que dan cuenta de los valores límites, conservando las reservas del caso, y otra tomando como referencia los resultados de investigaciones específicas de tipo local.
5. Control de calidad y estandarización de las pruebas.
6. Aplicación de las pruebas.
7. Interpretación de los resultados. Tomar en consideración que en la salud de los trabajadores influyen las condiciones de trabajo y las formas de vida.
8. Confirmación de los resultados. Antes de tomar alguna medida es necesario confirmar los resultados.

⁶⁸. Baker, E., Matte, T. **Surveillance of Occupational Illness and Injury**, en "Public Health Surveillance", Van Nostrand Reinholds, New York, 1992, p. 180-185.

9. Determinación de la peligrosidad del puesto de trabajo. Los exámenes ayudan a definir si el trabajador debe ser cambiado o no de puesto y si se deben adoptar otras medidas de protección.

10. Notificación. Los resultados de los exámenes deben ser comunicados a los trabajadores y sus organizaciones con toda la seriedad que el caso lo requiera.

11. Evaluación diagnóstica. El tamizaje no siempre ofrece diagnósticos definitivos, es necesario profundizar en los estudios o remitir los resultados a especialistas.

12. Evaluación y control de la exposición. Ante resultados positivos en los exámenes médicos, es necesario evaluar las condiciones de trabajo e implementar cambios. Se deben evaluar también las medidas de protección que se implementarán. Luego de los cambios se deben realizar nuevos exámenes.

13. Archivo de la información. Toda la información de los trabajadores y de las condiciones de trabajo debe ser registrada y reportada a los niveles correspondientes, además, se debe mantener un archivo en la unidad operativa.

En este punto es importante considerar las recomendaciones que Weeks y Levy indican para el caso del monitoreo médico,

"El papel del trabajo en la génesis de las enfermedades no pueden ser reconocidas cuando se consideran a los trabajadores de manera aislada. El resultado de la vigilancia deberían ser analizadas en poblaciones clasificadas por exposición⁶⁹.

⁶⁹. Weeks, J., Levy, B. op cit.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS

- *.....El procesamiento debe hacerse en los diferentes niveles, adaptándose a las necesidades específicas. La participación de los trabajadores y de sus organizaciones debe ser considerada como elemento central. El trabajo simultáneo entre técnicos y trabajadores permite enriquecer el análisis de la información.

- *.....Se debe definir de manera clara un plan de análisis que considere una mayor complejidad a nivel central y simplicidad a nivel operativo. En cualquiera de los casos no se debe perder el criterio de integralidad.

- *.....Es importante pasar del ámbito descriptivo hacia el plano analítico. Para ello es necesario seleccionar las variables más relevantes, definir el sistema relaciones y con ello establecer el cruce de esas variables.

- *.....En lo posible elaborar indicadores, tasas, tendencias, etc., sin dejar a un lado las técnicas cualitativas.

- *.....Presentación de los datos: Tablas, gráficos, tendencias y distribuciones.

- *.....Elaboración de informes condensados de ágil lectura.

- *.....Entrega regular de informes a organismos o niveles de decisión, intermedios, operativos y a otros sectores involucrados

- *.....Elaboración de normas y pautas

ACTIVIDADES Y NIVELES DE INTERVENCION

Para analizar las actividades del monitoreo epidemiológico es necesario diferenciar los niveles de intervención (esquema N° 7).

- *.....Local. operativo, recolector y generador de información, plantea, analiza y ejecuta los procesos de intervención referida a la situación concreta. Define de manera autárquica lo que se debe hacer. Lleva a la práctica las propuestas surgidas del aporte de todos los actores sociales.
- *.....Intermedio. Regional, departamental o provincial. Recoge y procesa información, planifica, asesora y ejecuta procesos de intervención más abarcativos.
- *.....Central o nacional. Planificador, normativo, supervisor, evaluador y analítico. Este dispone de toda la información y es el que también elabora recomendaciones integrales para el país.

Desglosando las actividades en cada uno de los niveles señalados se debería considerar lo siguiente:

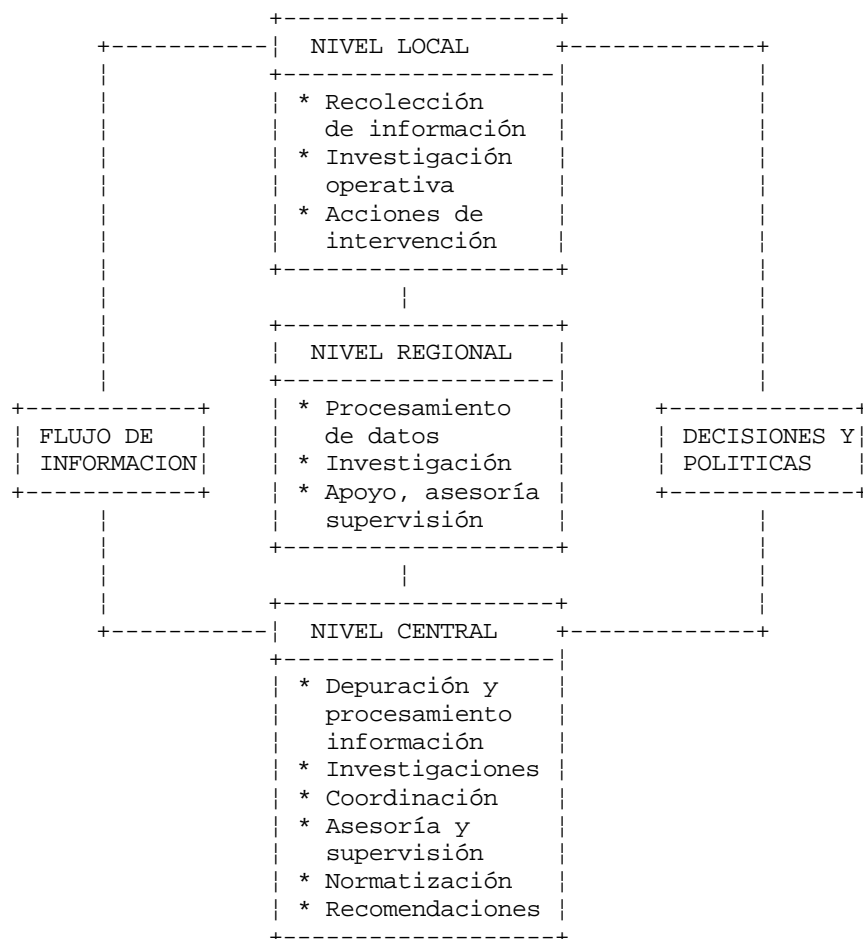
* Nivel local

-- Identificación de fuentes de información y recolección.
-- Definición de áreas y población en riesgo
-- Exploración sensorial e instrumental de las condiciones de trabajo.
-- Detección y análisis de las condiciones de consumo, organización, políticas e ideas en torno a la salud de los trabajadores.
-- Aplicación de diversos modelos participativos
-- Tamizaje médico
-- Difusión y análisis de los resultados
-- Acciones de prevención y protección concretas
-- Coordinación con otros sectores locales
-- Envío de información a otros niveles

.....- Personal que ejecuta: técnicos, auxiliares, profesionales de la salud, trabajadores, empresarios,
y otros sectores de la población.

.....- Investigaciones puntuales

Esquema N° 7.- NIVELES Y ACTIVIDADES DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA



* Nivel intermedio (regional, provincial, etc.)

-- Condensación y procesamiento más avanzado de información correspondiente a la región, área o provincia
-- Soporte técnico para el nivel local
-- Educación
-- Coordinación sectorial más amplia
-- Supervisión
-- Envío de información a nivel superior
-- Investigaciones abarcativas
-- Ejecución de programas de intervención de mayor complejidad y amplitud.
-- Participan los técnicos de esos niveles y los representantes de las organizaciones de trabajadores

* Nivel central

-- Coordinar, supervisar, asesorar y evaluar a nivel nacional.
-- Elaborar planes de capacitación y difusión a nivel nacional en base a los planteamientos y necesidades del sector periférico que representan de manera importante el sentir de los trabajadores y de la colectividad.
-- Consolidación, procesamiento y análisis de información a nivel nacional, incorporando categorías más amplias que den cuenta de los procesos determinantes.
-- Definición de aspectos legales
-- Retroalimentación de la información
-- Elaboración de propuestas y mecanismos de intervención (prevención de enfermedades y protección de la salud)
-- Publicación de boletines
-- investigaciones estratégicas
-- Participarán los profesionales y técnicos de este nivel, conjuntamente con los representantes nacionales de las organizaciones laborales.

Esquema N° 8.- ACCIONES DE MONITOREO EPIDEMIOLOGICO EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

MONITOREO DE LOS DETERMINANTES	MONITOREO DEL CENTRO LABORAL	MONITOREO EN TRABAJADORES		
<ul style="list-style-type: none"> *consumo *distribución *organización *políticas *ideas *cultura *educación *leyes *estrategias familiares *género 	<ul style="list-style-type: none"> * exploración sensorial * exploración instrumental * técnicas participativas * investigaciones condiciones de trabajo * medidas de promoción y prevención 	<ul style="list-style-type: none"> *historia ocupacional *tamizaje médico *exámenes especiales *técnicas participativas *investigaciones condiciones de salud *medidas de promoción y prevención 		
<table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th>EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> * profesionales y técnicos * trabajadores * colectividad </td> </tr> </tbody> </table>			EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> * profesionales y técnicos * trabajadores * colectividad
EQUIPO DE SALUD OCUPACIONAL				
<ul style="list-style-type: none"> * profesionales y técnicos * trabajadores * colectividad 				

En el campo de la salud de los trabajadores, es inseparable el monitoreo de las condiciones y características de los centros laborales, de sus determinantes y el monitoreo de la salud de los trabajadores. En éstos, el monitoreo se puede realizar en el campo de las reacciones fisiológicas, fisiopatológicas o bioquímicas; signos precursores de enfermedad; franco estado de salud o de enfermedad. De igual manera, el monitoreo debe hacerse de las expresiones de salud en los grupos laborales, de sus saberes y prácticas, de las características de la organización laboral, etc.

Para cumplir con lo señalado es necesario realizar por lo menos las siguientes actividades:

-
- *.....Reuniones de trabajo entre técnicos y trabajadores

 - *.....Definición de un plan mínimo de acción

 - *.....Estudio y análisis de las condiciones de trabajo

 - *.....Exámenes de preempleo que permitan la selección del puesto adecuado de acuerdo a las características del trabajador para evitar la ubicación del trabajador en un puesto peligroso para su salud.

 - *.....Exámenes periódicos para la detección precoz de problemas de salud.

 - *.....Detección de susceptibilidad

 - *.....Observación de las tendencias de salud en grupos de trabajadores.

 - *.....Realización del tratamiento adecuado

 - *.....Elaboración de las recomendaciones y ejecución de las medidas de promoción y prevención.

 - *.....Definición de acciones encaminados a enfrentar los aspectos generales de la determinación.

En el monitoreo de los centros de trabajo es necesario realizar exploraciones sensoriales del proceso de trabajo, de los factores peligrosos para la salud, valoraciones instrumentales y la incorporación de los trabajadores como artífices en la generación de la información, en el planteamiento de propuestas de intervención y en su ejecución.

En el campo de la salud de los trabajadores se han puesto en práctica algunos mecanismos de monitoreo dirigidos a amplios grupos de la población trabajadora. Es el caso del evento centinela y de las

redes de notificación centinela, que si bien es cierto tienen un enfoque restringido, pueden ser de utilidad modificando sus referentes y procedimientos.

EL EVENTO CENTINELA

El concepto de evento centinela de Rutstein ha sido adaptado recientemente (1978) en la vigilancia en la salud de los trabajadores. En base a estos criterios, El Instituto de Seguridad y Salud Ocupacional, NIOSH, realizó un proyecto y publicó una lista de 50 enfermedades que se las ha denominado "**Eventos Centinelas de Salud Ocupacional**". En esta lista se incluyeron "sólo aquellas condiciones... para las cuales existe en la literatura científica información objetiva y documentada sobre la asociación con agente, industria y ocupación"⁷⁰. Esta lista sirvió como base para el reconocimiento médico y para la vigilancia epidemiológica convencional.

El criterio tradicional de **evento centinela** indica que se trata de una enfermedad, incapacidad o muerte cuya ocurrencia innecesaria sirve como señal de que la calidad de la atención médica y de la prevención de enfermedades debe mejorarse.

De acuerdo a este planeamiento, el evento centinela se mueve sólo en el ámbito de lo biológico y lo natural, no de lo social y lo cultural⁷¹.

"No puede negarse que una parte importante de la vigilancia epidemiológica se ejerce alrededor de la detección de eventos clave y que, de éstos, algunos hechos claves de enfermedad, discapacidad y muerte constituyen 'señales' para la vigilancia, que permiten respuestas de alarma, pero, si las cosas quedan ahí el sistema se vuelve restrictivo. El registro de eventos debe servir fundamentalmente para arrancar junto con la población un proceso de reflexión acerca de la salud...De la mirada que se dirige a la enfermedad se vuelca hacia los determinantes (procesos protectores y destructivos, necesidades,

⁷⁰. Seligman, P., Frazier, T. **Surveillance: The Sentinel Health Event Approach** en "Public Health Surveillance", Van Nostrand Reinhold, New York, 1992, p.19.

⁷¹. Granda, E., Urrego, J. op cit.

*saberes y acciones...Al verlo de esa forma, el asunto ya no se reduce al enfoque de 'evento centinela' sino al de **procesos crítico-estratégicos**"⁷².*

Desde otro punto de vista, **el evento centinela** debe ubicarse en una fase anterior al apareamiento de la enfermedad, incapacidad o muerte. Esto es, en el momento que aparece cualquier manifestación de alteración de la salud de los trabajadores, inclusive en los períodos preclínicos. Tampoco debe circunscribirse a la rígida asociación de tipo causa-efecto, en la que el dato empírico es el único referente, ni considerar que sólo en la industria pueden surgir problemas de salud.

Los eventos centinela, además, deben encontrarse en **los trabajadores** (situación de salud) y en **las condiciones de trabajo** (procesos que generan deterioro), incluyendo las medidas de higiene y seguridad existentes.

Con la finalidad de detectar eventos centinela, considerados éstos de la manera como hemos planteado, es necesario realizar de manera permanente por lo menos las siguientes acciones:

* Procesos determinantes

* Condiciones de trabajo

-Mapa epidemiológico a nivel local, regional y nacional. La profundidad varía de acuerdo al nivel.

.....Este mapa incluye: datos generales de la población laboral (características de grupo, organización, edad, sexo, etc.), censo de los centros laborales clasificados por rama y por grado de desarrollo (artesanal, industrial, etc.).

⁷². Breilh, J. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación** op cit. p. 200-207.

.....Utilizando la técnica de la exploración sensorial e instrumental, se deben recoger los aspectos más relevantes que tengan relación con la salud de los trabajadores:

- Información general del centro laboral
- Organización de los trabajadores
- Proceso de trabajo (objeto, medios, actividad, organización y división del trabajo, etc.)
- Procesos que generan deterioro
- Valoración instrumental
- Medidas de higiene y seguridad (prevención y protección)
- Cumplimiento de leyes y reglamentos

* Situación de salud

- Historia laboral
- Exámenes de salud para detectar sintomatología
- Pruebas de laboratorio y gabinete específicas, encaminadas a detectar expresiones subclínicas o a corroborar lo encontrado en otros estudios clínicos y epidemiológicos.

REDES DE NOTIFICACION CENTINELA

De igual manera, en los Estados Unidos y sustentados en el criterio convencional del evento centinela (procesos terminales con clara relación causal) se diseñó un sistema para **notificar** casos de enfermedades o accidentes del trabajo a una oficina del gobierno. Los trabajadores han sido tomados en cuenta sólo como elementos pasivos del sistema.

A pesar de esta visión restringida, los detalles cambian de un estado a otro y todavía no es muy conocido ni difundido en los profesionales y técnicos de la salud laboral. Además, tienen poca trascendencia debido a que los reportes no se acompañan de acciones concretas. Es decir, estas acciones se enmarcan en las

igualmente ideas convencionales de la vigilancia epidemiológica que hemos comentado en páginas anteriores, la de considerarla sólo como un sistema de recolección de información.

En este proceso de recuperación de datos, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) creó en 1984 el Sistema de **Notificación de Evento Centinela en Salud Ocupacional (SENSOR)** que opera actualmente en aproximadamente 10 estados, sustentado en el principio de la "participación de un conjunto de personas que de una manera activa, voluntaria y confidencial notifican sistemáticamente los datos"⁷³. Basado en el mismo principio, el Instituto de Seguridad e Higiene del Trabajo de España inició en 1991 un proyecto de ámbito nacional para la creación de una "red de notificación voluntaria de médicos centinela".

Por el momento la red se ha estructurado con médicos que se encuentran en los servicios o unidades operativas. Elevados a la categoría de "médicos centinela", se ubican en el nivel de "notificadores". Para complementar la red, se crean los "observatorios locales" o "áreas centinela" que son los lugares donde se recibe la información de los notificadores y los "observatorios centrales" para recibir la información de los observatorios locales. Los tres niveles integran la **red de notificación centinela**.

Esquema N° 9.- RED DE NOTIFICACION CENTINELA



⁷³. Ruiz, C., Galán, M., Marqués, F. **Metodología centinela. Redes de notificación voluntaria centinela en salud laboral**, Salud y Trabajo, No. 98, Madrid, 1993.

En los Estados Unidos, la red cuenta con un grupo de proveedores centinela de la atención médica ligados al departamento estatal de salud. En correspondencia con la posición estadocéntrica de este tipo de programas, el departamento estatal, al margen de los trabajadores define lo que se debe reportar. Por el momento la misma NIOSH ha señalado algunos "eventos centinela" que deben ser reportados en la actualidad. Enmarcados en las concepciones de la salud ocupacional convencional, se han considerado solamente a las manifestaciones terminales del proceso de deterioro de la salud, a entidades caracterizadas por un amplio cortejo sintomático y regidas por la estrecha relación causa-efecto (asma ocupacional, silicosis, hipoacusia por ruido, etc.)

En el componente organizacional del SENSOR puesto en práctica en ese país⁷⁴, de manera similar a lo que sucede en España, existe un **proveedor centinela** encargado del reconocimiento y reporte a un **centro de vigilancia**. Este se encarga de organizar y ejecutar acciones de distinto tipo en los trabajadores y en el centro laboral.

Una vez que se reciben los reportes, el programa responde con respuestas específicas:

1. Manejo del caso individual
2. Tamizaje de compañeros con exposición similar
3. Investigación del centro de trabajo

Como se puede ver, el trabajador es objeto de las acciones finales y no **sujeto** de todo el proceso y las respuestas específicas se circunscriben al centro laboral y al grupo de trabajadores sólo en tanto portadores de sintomatología similar. El evento centinela se lo reduce a una expresión eminentemente biológica y natural.

A pesar de ello, en esta experiencia se ha visto que muchos empresarios no reportan los problemas de salud de sus centros de trabajo, por ello también la importancia de la participación autárquica de los trabajadores.

⁷⁴. Baker, E., Matte, T. Op. cit.p. 188.

Los **componentes** para la aplicación del evento centinela y de la red de notificación deben ser los siguientes:

- 1.....Participación activa de la organización laboral
- 2.....Determinación de una situación de trabajo o de salud claramente identificable.
- 3.....Definición de los procesos determinantes e indeterminantes.
- 4.....Contar con un sistema de monitoreo para la recolección de información relevante, su análisis y difusión.
- 5.....Colaboración del personal encargado del cuidado de la salud, de los empleadores, de las autoridades de salud y de los demás trabajadores.
- 6.....Implementación de una intervención estratégica efectiva.

La identificación de un problema en un centro de trabajo puede servir para sentar las bases del control en todos los centros de trabajo que tengan condiciones similares.

El seguimiento de un evento centinela es una importante fuente de retroalimentación para la salud de los trabajadores en la dimensión individual y colectiva.

Es necesario cambiar el criterio del evento centinela y de la red de notificación centinela. En el primer caso, para que el evento centinela no esté compuesto sólo para los procesos terminales de salud que suceden en los trabajadores sino por cualquier alteración de la salud. Se deben considerar como eventos centinelas también a los procesos peligrosos para la salud existentes en los centros laborales. Por otro lado, es necesario registrar los aspectos positivos que pueden haber en los centros laborales que intervienen en la generación de condiciones favorables para el mantenimiento y desarrollo de la salud (promoción de la salud), por ejemplo las relaciones de solidaridad entre compañeros, la organización de sesiones de gimnasia y recreación en los

centros laborales, actividades promovidas por la organización laboral en beneficio de los trabajadores, etc. De igual manera es factible detectar características individuales, orgánico-funcionales o de otro tipo que favorezcan el desarrollo de una condición saludable, por ejemplo, actitudes, desarrollo muscular, capacidad vital, etc.

Si somos coherentes con la esencialidad de un sistema de monitoreo epidemiológico de nuevo tipo, a las redes de eventos centinela deben incorporarse de manera activa otras instancias y otras colectividades, por ejemplo, los demás miembros del equipo de salud, los trabajadores y sus organizaciones y la población, tanto en el nivel de "notificadores" como en el de "observatorios" (ver esquema).

Para actuar en todos los ámbitos, es necesario la organización de los trabajadores y de la colectividad con la finalidad de construir alternativas autogestionarias que no dependan de las políticas estatales. A pesar que se ha reconocido la importancia de la defensa de lo público, los intereses de los grupos en el poder pueden ser completamente diferentes a las necesidades sentidas de la población laboral. Paralelamente es fundamental que los sectores populares y los trabajadores conquisten un poder político en los espacios estatales relacionados con la salud.

ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

La salud se encuentra en íntima relación con las formas de vida y trabajo de los seres humanos.

Las acciones sanitarias deben encaminarse a estos diferentes ámbitos. En los últimos tiempos se ha notado una importante preocupación por la atención de la salud en los lugares de trabajo, sin embargo todavía existen amplios sectores laborales que se encuentran al margen de los programas y servicios en este campo.

Con el monitoreo epidemiológico de la salud de los trabajadores se abre una interesante alternativa para el conocimiento profundo de la realidad en este campo. A pesar de que en nuestro planteamiento del monitoreo se ha señalado que es necesario trascender a las acciones concretas de intervención, éstas pueden quedar reducidas a situaciones muy puntuales, sólo a lo descubierto en el proceso de recolección de información. La problemática de la salud de los trabajadores es más amplia y compleja, requiere de múltiples y diversas alternativas que crucen los niveles

de promoción, prevención, protección, curación, reinserción y rehabilitación. Por ello es necesario pensar en un sistema de atención básica que de cuenta de estos niveles.

Reconocer la relación entre salud, trabajo, enfermedad y entre producción y bienestar del trabajador resultará tan importante como el reconocimiento del derecho a la salud, como una obligación y beneficio para el individuo y para la sociedad. La salud de los trabajadores es obligación y deber de todos.

Es necesario implementar estrategias que permitan llegar con actividades básicas a trabajadores de la pequeña minería, agricultores, artesanos, vendedores ambulantes, mujeres y niños trabajadores y obreros de la pequeña industria.

La **Atención Básica en Salud de los Trabajadores (ABESAT)** es una de las alternativas que, llevada a la práctica de manera adecuada, permitiría la incorporación de estos grupos a los programas de atención, promoción y prevención profunda.

En este trabajo utilizamos el término "atención básica en salud de los trabajadores" para diferenciarla de la denominada "atención primaria en salud" que es comentada a continuación.

LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Considerando que los trabajadores tienen diferentes formas de inserción en el proceso productivo se puede entender la razón de la existencia de una morbi-mortalidad específica dentro de cada sector laboral y social. La salud laboral procura promover unas condiciones de trabajo y de vida que permitan a los trabajadores obtener el mayor grado de bienestar posible mediante la incorporación activa de los trabajadores a los programas de salud, con el máximo control de sus determinantes y con la posibilidad que de amplios sectores de la población laboral tenga acceso a los servicios de salud (ampliación de cobertura).

Con la idea de ampliar la cobertura de la atención médica de la población y dentro de ella de los trabajadores, varios gobiernos del mundo definieron y se comprometieron en implementar la estrategia de la "atención primaria en salud". Para discutir sobre este asunto se reunieron en Alma-Ata, U.R.S.S. en 1978 y definieron a la atención primaria como:

*"la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y **trabajan** las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"⁷⁵(lo resaltado es nuestro).*

Se reconoce que la estrategia de atención primaria debe aplicarse para la satisfacción de las necesidades de toda la población, y que la meta demanda el incremento de los niveles de bienestar y la disminución de desigualdades, se pone énfasis en asegurar el acceso a los servicios de salud de los grupos humanos postergados. En ese sentido, se da prioridad a las poblaciones rurales y urbanas marginadas y dentro de éstas a las familias en alto riesgo y **a los trabajadores**⁷⁶.

Estas declaraciones de llevarse a la práctica, en consonancia con las necesidades sentidas de la población, tendrían absoluta validez en el empeño de cambiar las condiciones de salud y vida de los trabajadores, sin embargo, a partir de esta declaración, en algunos países de América Latina se han realizado varios intentos para aplicar esta estrategia que en la práctica, al menos en el Ecuador, han dejado al descubierto las limitaciones que tienen las políticas sanitarias cuando se las intenta introducir mecánicamente, fuera de contexto y al margen de los trabajadores.

Como la mayor parte de los planteamientos, la idea de incorporar a los trabajadores ha quedado exclusivamente en el simple enunciado.

Una de las razones para el fracaso de esta estrategia ha sido precisamente querer aplicar una política sanitaria como talla única, sin reconocer las particularidades de cada país y las leyes fundamentales de la sociedad. Los

⁷⁵. OMS. **Atención primaria de salud**, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS. Suiza, 1978, p. 19.

⁷⁶. Ibid

planteamientos, muchos de ellos adecuados han chocado con un sólido muro de una compleja realidad; sus enunciados, principios y mecanismos han quedado como simples deseos que no han podido salir de las catacumbas de la letra muerta y de una política estadocéntrica. No por ello se los debe invalidar, hay que hacer el intento por aplicarlos, en la perspectiva de incorporar a los trabajadores a un sistema de atención en salud que los saque de su ancestral marginación.

La atención primaria un sistema pobre para los pobres?

Reconociendo la importancia de las ideas centrales de la atención primaria en salud (ampliación de cobertura, participación de la colectividad, incorporación de tecnología apropiada, funcionamiento de un adecuado sistema integrado de salud, aplicación de los principios de la referencia y contrarreferencia, etc.), antes de tratar lo referente a la salud de los trabajadores es necesario analizar las limitaciones, confusiones y falacias de su aplicación:

1. Se ha considerado que la atención primaria en salud sirve para llegar con servicios elementales y de baja calidad a la población rural o urbano-marginal, en la idea falaz de que se está "aumentando la cobertura" o con intenciones premeditadas de legitimar una política o un gobierno de turno.
2. La atención primaria en salud, entendida como el primer contacto que tiene la población con el sistema de salud, puede convertirse, y de hecho así ha sucedido en algunos países, en la única alternativa de atención a la salud. En otras palabras, y utilizando un término muy pedagógico acuñado por Testa⁷⁷, "la puerta de entrada", que deberá ser la atención primaria en salud se convertiría en "casa", en la única morada para la población enferma. Si en la práctica esta "puerta de entrada" es de mala calidad, con escasos recursos y aislada del sistema de salud, la estrategia se transforma en una alternativa débil y superficial para los grupos más necesitados. Las intervenciones en este primer contacto arrastran una orfandad técnica, esto es, deficiencia en recursos y carencia de una organización sólida que garantice su funcionamiento.
3. En la mayoría de los casos y en correspondencia con lo señalado en el punto anterior, no se ha contado con un sistema de salud debidamente estructurado y organizado, condición básica para que la atención primaria en salud cumpla con sus objetivos. La heterogeneidad y falta de coordinación de los subsistemas de salud han sido frecuentes en nuestros países. Inclusive a lo interno de cada sistema existen duplicación de actividades, falta de

⁷⁷. Testa, M. **Pensar en Salud**, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1993, p. 162.

coordinación entre un nivel y otro, estructuras programáticas de corte vertical e imposibilidad de incorporar a la población.

4. Uno de los principios básicos de la atención primaria en salud es la participación de la colectividad, aspecto que entendido y aplicado de modo diverso, en casos aislados se han considerado las necesidades sentidas de la población y la imposición de acciones ha sido lo común. En otras ocasiones se ha intentado aplicar la atención primaria en salud con la finalidad de delegar las responsabilidades del Estado y de sus instituciones públicas a la colectividad.

5. En el aspecto organizativo, en los servicios de salud se mantiene una ancestral hegemonía que impide el trabajo armónico del equipo de salud, hegemonía que en la mayoría de los casos está dada por el médico. En estas condiciones, la posibilidad de planificar y ejecutar acciones de manera colectiva casi resulta un sueño. En el campo de la salud de los trabajadores esta particularidad se agrava. El médico no puede formar equipo y trabajar al mismo nivel con el ingeniero de higiene y seguridad, con el sociólogo, antropólogo, abogado y peor con enfermeras, auxiliares, inspectores sanitarios y técnicos que de antemano son considerados como personal subalterno.

Si esta situación se produce a lo interno del equipo de salud, más difícil resulta la incorporación de la colectividad, considerada para algunos profesionales como "gente ignorante".

ATENCION BASICA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

Tomando en consideración estas serias limitaciones e incorporando nuevos elementos en la planificación e implementación de acciones, es conveniente redinamizar los programas y servicios de salud existentes en el país para que los trabajadores cuenten, de una vez por todas, con sólidos y amplios procesos de promoción y prevención profunda en el campo de la salud.

Frente al embate de las ideas neoliberales y de las corrientes privatizadoras, otro principio que debe guiarnos en esta época es la necesidad de defender y redinamizar los servicios **públicos** del Estado, entre ellos el de la salud. No se trata, por lo tanto, de aniquilar lo existente para sobre sus ruinas construir nuevas alternativas, es adecuado, más bien, recuperar los recursos, proyectos, políticas, planes y estrategias en salud que abran la posibilidad de incorporar y ubicar a la población trabajadora en una posición protagónica.

Bajo estas reflexiones es conveniente desarrollar algunos planteamientos de lo que sería **Atención Básica de Salud de los Trabajadores (ABESAT)**.

La salud de los trabajadores debe analizarse tomando en cuenta las características de la organización del trabajo, del ambiente laboral propiamente dicho y del ámbito social en donde viven. Es necesario, por lo tanto, considerar varias dimensiones, una referida al laboral en donde la persona tiene contacto directo y permanente con las particularidades del centro de trabajo y con los procesos peligrosos para la salud. La otra dimensión hace referencia al acceso a las formas de consumo, salud, vivienda, alimentación, vestuario, educación, recreación, formas de organización, relaciones familiares, etc.

El desarrollo económico y social es de importancia fundamental para lograr la salud de todos y para reducir la distancia que separa los países en desarrollo de los desarrollados. La promoción y protección de la población trabajadora en el campo de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenible, contribuyendo a una mejor calidad de vida de la población laboral.

Esquema N 11.- ATENCION BASICA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

LA "ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES" ES LA ESTRATEGIA PARA PRESTAR LA ATENCION DE SALUD EN UNA FORMA UNIVERSAL Y ACCESIBLE A LOS TRABAJADORES Y SUS FAMILIAS. ES LA PUERTA DE ENTRADA, EL PRIMER CONTACTO (NO EL UNICO) CON EL SISTEMA DE SALUD.

A PARTIR DE ALLI Y BAJO UN SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA ACCEDEN LOS TRABAJADORES A NIVELES DE ATENCION DE MAYOR COMPLEJIDAD

LOS SERVICIOS DE LA ATENCION BASICA DE SALUD DE LOS TRABAJADORES SON PARTE INTEGRANTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La ABESAT debe llegar a todos los trabajadores y debe tener las siguientes características:

- a) Ser equitativo y justo, para lo cual es imprescindible:
 - * Distribuir los recursos de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población laboral.
 - * Reorganizar y reasignar los recursos disponibles para atender los problemas de salud de todos los trabajadores.
 - * Considerar como elementos básicos para el mantenimiento de la salud, una alimentación suficiente y balanceada, disponibilidad de tierra, vivienda, trabajo, ingreso, oportunidades de educación, recreación y libertad organizativa para todos los trabajadores y sus familias.
 - * Fortalecer la participación del trabajador, de la familia y de la colectividad en todas las actividades sanitarias.

- b) Ser eficiente, es decir, responder a las necesidades de salud más sentidas de los trabajadores.

- c) Alcanzar cobertura universal

- d) Posibilitar el intercambio dinámico entre trabajadores, empleadores y técnicos con finalidad de conocer y transformar las condiciones de trabajo peligrosas para la salud.

Como se dijo anteriormente, la Atención Básica de Salud de los Trabajadores no debe ser atención de segunda clase, ni estar destinada solamente a los grupos marginados. La ABESAT debe ser una atención de buena calidad, en la cual intervengan grupos profesionales calificados y con experiencia, técnicos, auxiliares y miembros de la población. Esta participación tomaría diversas modalidades de acuerdo con las circunstancias, a los niveles de responsabilidad y características propias de la población trabajadora de la ciudad y el campo.

La ABESAT requiere la participación, además del sector salud, de otros sectores y campos de actividad, en particular los relacionados con la agricultura, vivienda, educación, industria y obras públicas. Requiere de la

participación de los trabajadores y de la colectividad en la planificación, organización, funcionamiento y control de las prestaciones de salud.

No será posible lograr el pleno desarrollo de la ABESAT sin la participación activa y responsable de los trabajadores quienes son los que mejor interpretan sus propias necesidades.

Esquema N° 12.- CARACTERISTICAS DE LA ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

- * INTEGRAL (VISION AMPLIA DE LA SALUD)
- * ACCESIBLE
- * CON ADECUADA UTILIZACION DE LOS RECURSOS
- * CON PARTICIPACION ACTIVA DE LOS TRABAJADORES
- * CON PARTICIPACION DE LA COLECTIVIDAD
- * MULTI E INTERSECTORIAL
- * MULTIDISCIPLINARIA
- * PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
- * CON RECURSOS SUFICIENTES
- * CON MODERNA TECNOLOGIA FISICA Y ORGANIZATIVA

La ABESAT, como atención integral de la salud de los trabajadores, tiene aplicación y validez en todo programa de servicios de salud sin perjuicio de la institución que la proporcione.

Las dos estrategia fundamentales de la ABESAT se refieren a:

- * Diagnóstico de las necesidades de salud sentidas por los trabajadores, para lo cual se debe contar con el apoyo del equipo de salud.

- * Diseño y ejecución de actividades de intervención, en función del diagnóstico y dentro de los principios de la atención básica en salud. Considerar prioritario el desarrollo del primer nivel de atención, apoyado e integrado con los otros niveles.

Las actividades de intervención deben ser:

- * Efectivas, pero ágiles en términos de costo, técnica y organización.
- * De alta calidad dada por la formación y experiencia de los integrantes del equipo de salud.
- * Oportunas, ubicadas cerca de los lugares de trabajo y residencia.
- * Concordantes con las necesidades y características de los trabajadores.
- * Coherentes con los conocimientos científico-técnicos y las prácticas aceptadas por los propios trabajadores.
- * Receptiva y abierta para utilizar los recursos locales de salud de los trabajadores y de otros sectores.

La ABESAT debe ser más que una simple extensión de servicios básicos de salud, una práctica que incorpore los factores sociales y de desarrollo y la ruptura del monopolio del conocimiento sobre los problemas de salud, la manera de prevenirlos y controlarlos, facilitando a los trabajadores la solución de sus necesidades, con el apoyo de los recursos del sector salud. No existe entonces un modelo único de prestación de servicios de salud en atención básica sino que, a partir de algunos principios fundamentales, los trabajadores encuentren las soluciones apropiadas a sus necesidades, sin que esto signifique una delegación de las responsabilidades de las instituciones públicas.

ASPECTOS OPERATIVOS

La ABESAT debe tener un contenido operativo que incluya tres elementos fundamentales:

- * Funciones y actividades de alta calidad del primer nivel de atención del sistema institucional de prestación de servicios de salud.
- * Acciones desarrolladas por los sectores laborales (trabajadores y empleadores) líderes, miembros de la familia y de la colectividad.
- * Mecanismos de articulación entre las instituciones, trabajadores, organizaciones y colectividad.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Desde el punto de vista administrativo, la ABESAT se considera como:

- * El primer nivel de contacto, pero no el único, entre los trabajadores y los servicios de salud.
- * El nivel primario (básico) de atención.
- * Parte del sistema nacional de servicios de salud.

NIVELES DE INTERVENCION

Considerando que las condiciones de trabajo junto con las formas de vida determinan la manera de enfermar o morir de los trabajadores, la ABESAT debe contemplar como áreas de acción a las siguientes:

La Salud y el Trabajo I

- * El lugar de trabajo que muchas veces es el mismo sitio de vivienda. Los empleadores y los trabajadores deben ser los principales partícipes en las actividades de salud, conjuntamente con los profesionales y técnicos de la salud que trabajan en los dispensarios de los centros laborales.

- * El hogar, que constituye la unidad básica de los trabajadores. Los miembros de la familia deben incorporarse a las actividades de salud en este ámbito, ya sea como individuos independientes, madres o jefes de familia. Los vecinos y los trabajadores comunitarios interactúan con la familia e intervienen en los servicios que se prestan en el hogar.

- * La colectividad, en donde se llevarán a cabo todas las actividades relacionadas con la salud del conjunto de la población y que requieren la acción voluntaria, organizada y consciente de muchas personas.

- * El primer nivel de los servicios de salud. En el caso de los trabajadores puede ser el servicio médico o de enfermería del centro laboral, el puesto de salud, subcentro y centro de salud de las instituciones del Estado.

- * El primer nivel de referencia, constituido por el hospital cantonal, provincial o regional.

- * El segundo nivel de referencia integrado por institutos o centros especializados en salud de los trabajadores, en los cuales existan subespecialidades con equipos y personal calificado que de cuenta de la complejidad de los problemas de salud de los trabajadores.

Es necesario insistir en la importancia de la incorporación en los programas de la ABESAT de los servicios existentes en los lugares de trabajo o cerca a los mismos.

Las acciones para movilizar recursos, informar, investigar, educar y capacitar son tan importantes como los esfuerzos orientados al desarrollo de políticas, planes, leyes y normas y otros instrumentos que faciliten la comprensión y aceptación de la salud de los trabajadores.

POBLACION A CUBRIR

Como se señaló en otra parte del documento, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es la única institución pública que ofrece servicios de salud a los trabajadores afiliados. Igualmente se comentó que la cobertura de estos servicios es muy escasa (teóricamente no alcanza al 30% de la PEA). Los demás trabajadores deberían estar protegidos por el Ministerio de Salud Pública o por otras instituciones del sistema de salud, cosa que no sucede por falta de una política en este campo. Pocos son los centros laborales que cuentan con servicios de salud, por lo tanto, existen amplios grupos de la población laboral que no tienen cobertura por los servicios de salud y que deberían ser los núcleos de especial interés para el desarrollo de las actividades relativas a la Atención Básica de Salud de los Trabajadores. En nuestro país son los siguientes:

- Trabajadores agrícolas, pequeños productores, generalmente habitantes rurales pobres que se encuentran geográficamente más dispersos y tienen menor acceso a los servicios de salud.
- Trabajadores de pequeñas industrias, artesanos y los pertenecientes al denominado sector informal y que aún no tienen acceso a los servicios de la seguridad social.
- Trabajadores de la minería artesanal y los mineros no cubiertos por servicios propios de la empresa o de la seguridad social, especialmente los que se encuentran al sur del país (provincias de Loja, El Oro, Azuay y Zamora).
- Vendedores ambulantes de las ciudades compuestos de manera especial por mujeres y niños.
- Trabajadores de la construcción, constituidos por migrantes campesinos y que trabajan generalmente bajo el sistema de la subcontratación.

- Trabajadores afiliados a la seguridad social (industria e instituciones públicas) a los cuales solamente se les ofrece un sistema de atención de tipo curativo en el campo de las enfermedades generales.

La mayor responsabilidad de cubrir a estos grupos corresponde al Ministerio de Salud Pública, pero existe también dentro de la seguridad social y otras instituciones del Estado la necesidad de ampliar y diversificar la cobertura de actividades de salud de los trabajadores. De la misma manera, los servicios de salud de los centros laborales deben intervenir de manera coordinada, trascendiendo de la atención curativa y por demanda espontánea a la de promoción y prevención profunda, considerando la relación trabajo y salud.

AREAS DE ACCION Y RECURSOS HUMANOS

En el sector salud, las actividades deben dirigirse esencialmente hacia:

- **Promoción y prevención profunda** a fin de promover el conocimiento acerca de la salud, cambiar actitudes y comportamientos, apoyar las actividades que ayudan al desarrollo de las potencialidades humanas, de los valores de solidaridad y apoyo mutuo, de las capacidades físicas y mentales. Una prevención profunda dirigida no sólo a las condiciones de trabajo sino a las otras dimensiones de la vida social que inciden en la salud de los trabajadores (consumo, cotidianidad, estrategias familiares de vida, organización, políticas generales y locales de salud, posiciones ideológicas, etc.).
- **Protección de la salud** específica en los lugares de trabajo como parte integrante de la prevención profunda.
- **Diagnóstico y recuperación**, mediante la utilización de tecnologías adecuadas y la adopción de medidas que permitan de preferencia el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz y oportuno de las alteraciones a la salud.

La Salud y el Trabajo I

-
- **Rehabilitación**, con el fin de corregir o disminuir problemas físicos y mentales que impiden a la persona reincorporarse como un miembro productivo de la sociedad.
 - **Reubicación laboral**, aplicada en el caso de trabajadores con secuelas (incapacidades permanentes) que le impidan continuar con su trabajo anterior. Reubicarlo de acuerdo a sus capacidades y considerando al nuevo puesto de trabajo como un elemento importante para su recuperación.

En salud de los trabajadores, de acuerdo a sus principios y filosofía se deben incorporar de preferencia todas aquellas actividades que favorezcan la prevención. En tal sentido, las actividades de promoción y prevención profunda (en la que se incluye la protección) , junto con la información que se genera a este nivel, son las que deben tener mayor prioridad en la incorporación de acciones a la red de servicios de salud. Lo anterior no excluye la adecuada atención que debe brindarse a las acciones centradas en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En la ABESAT se pueden incluir acciones sencillas y poco complejas, de un alto significado para los programas preventivos de salud de los trabajadores y en las cuales pueden participar amplios sectores de la población. Con pocos recursos y conservando la calidad es bastante factible realizar por lo menos las siguientes acciones:

- Monitoreo periódico de los lugares de trabajo para detectar de manera oportuna los procesos peligros para la salud. Para este y el siguiente punto son valederos los aspectos tratados en el capítulo tres.
- Detección de problemas de salud por sus diferentes manifestaciones, procurando establecer el grado de relación con el trabajo.
- Remisión del caso de accidente, enfermedad o cualquier expresión de alteración de la salud al centro de atención más cercano.
- Tratamiento oportuno, rehabilitación y reubicación laboral
- Transmisión de conocimientos e información al personal de salud, a los empleadores, trabajadores y colectividad.

- Sistematización y fortalecimiento de los sistemas de información, de manera particular de la salud de los trabajadores.

En cuanto al personal de atención básica los recursos humanos pueden ser de distinto tipo. En correspondencia con lo que hemos sostenido, que la atención básica no debe ser "atención pobre para los pobres", el personal debe ser calificado. Como se trata del primer contacto del trabajador con el sistema de salud, es necesaria la presencia de profesionales con experiencia para que el diagnóstico, tratamiento y referencia se ajuste a la realidad objetiva y tenga los niveles de eficiencia y efectividad requeridos.

Como la atención básica no se refiere solamente a las medidas de recuperación, varios miembros del equipo de salud deben participar en las acciones. En unos casos será el promotor de salud, el inspector sanitario; en otros la auxiliar de enfermería, la enfermera, el técnico en higiene y seguridad laboral, el médico, el ingeniero o el psicólogo.

En algunos países existen experiencias de incorporación de la salud de los trabajadores en el sistema de salud que ha incorporado algunos aspectos de la estrategia de atención primaria de salud, para lo cual ha sido necesario realizar un entrenamiento inicial a los funcionarios responsables de llevar adelante estas acciones. Lamentablemente han tenido las limitaciones señaladas en páginas anteriores al hablar sobre la "atención primaria de salud".

En otros casos se ha constatado que los trabajadores han participado de manera activa en el cuidado de su salud. Los responsables de la salud, los miembros de los comités de higiene y seguridad y en general cualquier trabajador preocupado por este asunto, cuando han identificado situaciones de peligro, las comunican oportunamente, proponen medidas de control y se convierten en verdaderos protagonistas de la atención básica de salud a nivel de su centro laboral.

Es necesario, por lo tanto, incluir a los trabajadores en el personal que tiene responsabilidades concretas en esta estrategia. Son ellos quienes pueden suministrar la información más fidedigna de sus sitios de trabajo y los que además podrían participar de una manera más efectiva en la vigilancia del cumplimiento de los requerimientos que son responsabilidad de las empresas, para el control de los procesos peligrosos para la salud. Trabajadores, con adecuado

entrenamiento en primeros auxilios, se encuentran en capacidad de realizar algunas intervenciones que podrían ser salvadoras de vidas.

LA EPIDEMIOLOGIA EN LA ABESAT

Se requiere un conocimiento más completo sobre los grupos laborales para los cuales se diseñan los servicios. Es necesario identificar las características demográficas, socioeconómicas, y los principales problemas que deben ser solucionados. No es posible llevar a cabo acciones de salud si no se consideran las necesidades sentidas y los planteamientos de los trabajadores.

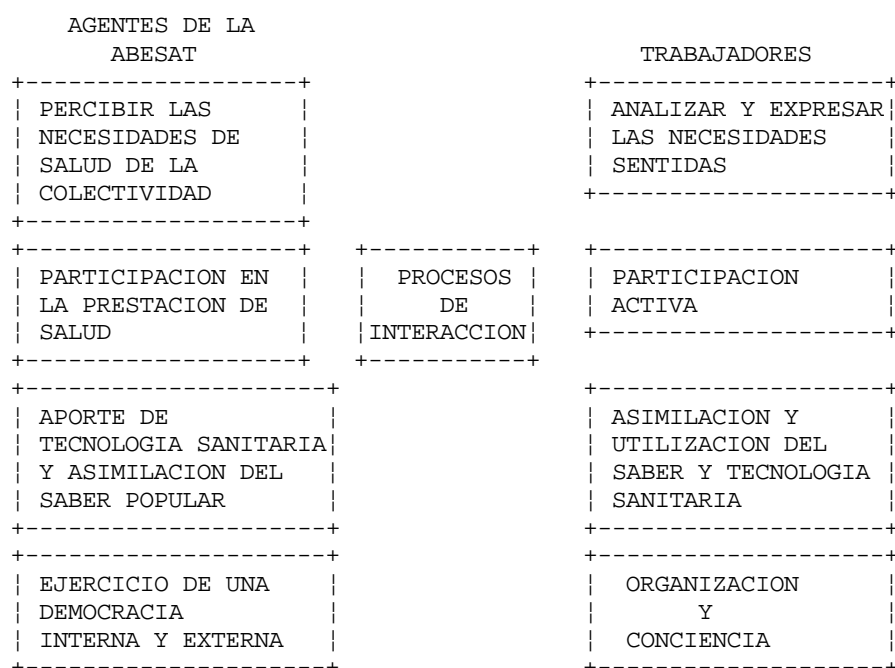
La programación del servicio de salud de los trabajadores debe delimitar con precisión los grupos vulnerables y los procesos peligrosos para la salud. En base a ello se definirán las actividades y las formas de intervención.

El monitoreo epidemiológico tratado en otro capítulo resalta la importancia de la aplicación de sus principios y técnicas para tener un conocimiento integral de los determinantes y de las formas como se producen y distribuyen los problemas de salud de la población trabajadora. Con esta información será factible definir las prioridades, seleccionar las formas de intervención y evaluar los resultados de los servicios.

La epidemiología ofrece importantes elementos teórico-metodológicos para definir las características que deberían tener los programas de ampliación de cobertura. El análisis sistemático de los procesos peligrosos para la salud que afectan los diferentes grupos de la población trabajadora y las repercusiones en la salud es una herramienta de mucha utilidad.

En otras palabras, la ABESAT debe llevarse a cabo en íntima relación con el monitoreo epidemiológico.

Esquema N 13.- INTERACCION ENTRE TRABAJADORES Y LOS AGENTES DE LA ABESAT



INTEGRACION DE LOS TRABAJADORES Y EMPLEADORES

La integración de los trabajadores, empleadores, sindicatos, gremios y de la colectividad es de suma importancia para que la ABESAT cumpla con sus objetivos.

La Salud y el Trabajo I

La acción dirigida a fomentar el apoyo social debe basarse en un intercambio de conocimientos y experiencias. La atención de salud de los trabajadores comienza con atender las prioridades de la población laboral y las necesidades locales en el campo de la salud de los trabajadores. Este enfoque dinámico y flexible exige cambios referidos a la descentralización de la programación, a la toma de decisiones y al manejo financiero.

El apoyo público podría obtenerse a través de sindicatos, organizaciones de mujeres, partidos políticos, asociaciones de profesionales, gremios industriales, agrupaciones de trabajadores, cooperativas, organismos gubernamentales, etc.

El apoyo de la colectividad tendrá éxito en la medida que cuente con una importante base popular y una estructura de organización que estimule el análisis de los problemas de salud de los trabajadores y la acción a nivel de la misma.

La participación de la colectividad es el proceso por medio del cual los trabajadores, empleadores y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y de la colectividad. La participación de los trabajadores es uno de los principales ejes de la atención básica de salud. Esto no debe ser entendido como una delegación de responsabilidades de las instituciones públicas prestadoras de servicios. Significa, más bien, una posibilidad de integración dinámica entre trabajadores, colectividad y personal de salud, en la cual los sectores ancestralmente marginados en la toma de decisiones sea artífices del cambio.

La participación de los trabajadores y de los empleadores en el campo de la salud debe darse en la planificación y adopción de decisiones sobre la estructura y funcionamiento de los servicios de salud para los trabajadores. Para que puedan asumir estas responsabilidades, deben estar lo suficientemente informados sobre los diversos procesos peligrosos para la salud, sus efectos y medidas preventivas y la influencia que tienen ciertos comportamientos en la aparición de la patología laboral.

Fomentar la participación de las organizaciones femeninas constituye un factor importante en el campo de la salud de los trabajadores. La participación de la mujer como agente promotor de salud es fundamental teniendo en cuenta que últimamente existe una creciente incorporación de la mujer al trabajo productivo. Por otro lado, los cambios en la estructura y en la organización familiar, obligan a desarrollar nuevos enfoques en la prestación servicios de salud y

en la atención de la madre trabajadora y del niño. Con la reciente integración de la mujer al trabajo, y con la presencia de los niños en guarderías y centros escolares, es menos constante la permanencia de la familia en el hogar lo que justifica llevar los servicios de atención de salud cerca de los lugares de trabajo y de los centros educativos.

La opción a la segregación de la que es víctima la mujer en los lugares de trabajo es un aspecto central que las organizaciones femeninas deben contemplar en sus acciones.

APOYO INTERSECTORIAL

La atención básica de la salud de los trabajadores no puede encontrarse al margen del sistema de salud, tampoco debe ser considerado como un programa aislado que realizan algunas unidades operativas. La integración vertical y horizontal con todos los niveles del sistema de salud es un requisito irremplazable. Además del apoyo de los sectores responsables de la planificación nacional, agricultura, minas, industria, educación, comercio, obras públicas, transporte y vivienda.

En nuestro país, una buena alternativa podría ser el apoyo y activación del Comité Interinstitucional de Seguridad y Salud de los Trabajadores, integrados por representantes de los sectores gubernamentales, privados y de los trabajadores o cualquier instancia de similares características. Comité que en el Ecuador, hasta el momento, ha sido una entidad burocrática y que necesita un cambio fundamental para transformarse en instancia dinamizadora de la salud de los trabajadores.

A partir de estas estructuras y en base a un plan nacional de salud de los trabajadores se puede establecer una red de grupos de trabajo consultivos y asesores, regionales y locales.

OTRAS ACCIONES EN RELACION A LA SALUD INTEGRAL DE LOS TRABAJADORES

1. Educación y capacitación

La educación y capacitación permanente en salud de los trabajadores debe dirigirse a amplios sectores de la sociedad:

- * A todos los niveles de enseñanza (abordado en otra sección de este trabajo).
- * A todos los miembros del equipo de salud.
- * Al personal de los servicios de salud de los trabajadores.
- * A personal de otros sectores: seguridad social, agricultura, minas, construcción, educación, y en las empresas (estatales y privadas).
- * A la comunidad laboral, los protagonistas directos en estas actividades y la población como un todo. Los trabajadores asalariados o independientes, los agentes de salud existentes y potenciales que la colectividad puede movilizar para la acción en el campo de la salud de los trabajadores, el personal administrativo de las empresas, los técnicos y supervisores, las organizaciones de base, los representantes de los trabajadores, los gremios empresariales, los parlamentarios, los líderes políticos y sindicales.

El principal objetivo de la educación y capacitación es ofrecer a la población trabajadora algunos elementos para que pueda alcanzar la salud mediante la participación activa en todos los niveles. La educación sanitaria comienza con el interés de los trabajadores por el mejoramiento de sus condiciones de vida y está dirigida a elevar el nivel de conciencia y participación autárquica para la transformación de las condiciones de vida, trabajo y salud de ellos y de sus familias.

La educación y capacitación de los trabajadores, dentro de la ABESAT, debe estar orientada a lo siguiente:

- * Obtener un diagnóstico inicial de los centros de trabajo mediante el reconocimiento de los procesos peligrosos para la salud y las condiciones de saneamiento básico.
- * Identificar los grupos de trabajadores expuestos y definir las prioridades de salud con la cooperación y coordinación de los trabajadores y los empleadores.

La Salud y el Trabajo I

- * Informar a los trabajadores y a los empleadores sobre los diferentes aspectos relativos a la salud laboral.
- * Informar a los empleadores las obligaciones frente a la salud de sus trabajadores y el mejoramiento de las condiciones de trabajo.
- * Dar a conocer los efectos, síntomas y demás consecuencias que originan las condiciones de trabajo peligrosas sobre la salud y seguridad de los trabajadores.
- * Suministrar la información necesaria sobre las medidas de protección y de control de los procesos peligrosos, mediante tecnologías sencillas de aplicación en la fuente en el entorno y en los trabajadores.
- * Educar a los trabajadores, sus familias y al personal de las empresas sobre la calidad de los alimentos, higiene, manipulación, conservación y preparación de los mismos.
- * Indicar a los trabajadores la relación que existe entre determinados hábitos higiénicos y actitudes con la ocurrencia de enfermedades.
- * Informar a los trabajadores y empleadores las prácticas de educación física, deporte y otras actividades recreativas que disminuyen la fatiga del trabajo, contrarrestan las alteraciones mentales y otros problemas de salud.
- * Señalar a trabajadores y empleadores los procedimientos básicos que faciliten la identificación de los procesos peligrosos, la elaboración de mapas de riesgo y el registro de los accidentes enfermedades del trabajo.
- * Informar a los padres de familia los trabajos peligrosos para la salud de los niños.

La Salud y el Trabajo I

- * Dar a conocer las medidas básicas de primeros auxilios.

Planteado lo que se intenta conseguir con la educación y capacitación, es necesario garantizar los siguientes aspectos:

- * Que los mensajes destinados a los trabajadores, a los empleadores y comunidad en general correspondan a las necesidades en salud del grupo al que se encuentren dirigidos.
- * Que la educación promueva la modificación de los conocimientos, actitudes y prácticas que van en detrimento de la salud de los trabajadores. No se puede reproducir la actitud de castigar al trabajador que se enferma o marginar a la mujer embarazada.
- * Que los trabajadores, hombres y mujeres, tengan acceso a una educación sanitaria adecuada que les permita desempeñar sus funciones como agentes de salud, en el lugar de trabajo y dentro de sus familias.

La promoción y educación requiere de la participación de algunos trabajadores seleccionados, quienes se encargarían de realizar las siguientes funciones:

- * Sensibilización de la población trabajadora, compañeros de trabajo, familiares, empleadores en las actividades de atención de salud.
- * Orientación de las actividades educativas en salud de los trabajadores en todos sus aspectos (diagnóstico de las necesidades, planeación de las actividades educativas, ejecución y evaluación).

2. Consumo de alimentos y nutrición de los trabajadores

Un aspecto que ha sido poco considerado en la salud de los trabajadores es lo relativo a la alimentación y nutrición en los lugares de trabajo. En alguna ocasión que hicimos un seminario con la participación de varias organizaciones laborales, con la finalidad de encontrar el problema más importante desde el punto de vista de los trabajadores, y en la perspectiva de definir el objeto de estudio de un proyecto de investigación, para nuestra sorpresa la mayoría de trabajadores se refirieron a la mala alimentación que tenían mientras realizaban sus trabajos.

En otro estudio también se pudo detectar que un centro laboral de trescientas trabajadoras de la industria de la confección, era tan mala la comida ofrecida en el comedor de la empresa que las trabajadoras preferían llevar algún alimento de sus casas y para lo cual el empresario sólo les concedía diez minutos⁷⁸. En tal virtud, es importante en la atención básica de salud de los trabajadores incluir actividades que se dirijan a resolver esta necesidad sentida.

- * Una de las primeras actividades sería conseguir que en el centro laboral se disponga de un lugar y tiempo suficiente para que se ofrezca al personal alimentos en adecuada cantidad y calidad.
- * Controlar que en los lugares de trabajo y alrededor de los mismos dispongan de condiciones y medidas para el almacenamiento, producción, procesamiento y preparación, que aseguren que los alimentos ingeridos durante el período laboral sean aptos para el consumo.
- * Promover los ajustes nutricionales del trabajador de acuerdo a su edad, clima y actividades específicas.
- * Fomentar actividades que permitan conocer cuáles son las necesidades nutricionales de ciertos grupos de trabajadores más vulnerables como la mujer trabajadora, especialmente durante el embarazo y la lactancia.

⁷⁸. CEAS: *Mujer, Trabajo y Salud*. op. cit.

- * Si los trabajadores comen en la calle, es necesario ofrecer las orientaciones higiénicas básicas para que no sean víctimas de procesos infecciosos o parasitarios.
- * Se debe tomar las medidas necesarias para evitar que los trabajadores consuman alimentos en los puestos de trabajo, pensando que puede existir en el entorno sustancias químicas tóxicas que pueden ingresar al organismo conjuntamente con los alimentos.
- * Asegurar que los lugares de cocina y comedor observen los requisitos mínimos de higiene.

3. Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico en los lugares de trabajo

La mayor parte del tiempo los trabajadores permanecen en sus lugares de trabajo que en muchas ocasiones coinciden con sus sitios de vivienda. Por esta razón es importante considerar algunas actividades relacionadas con la provisión de agua y con las medidas de saneamiento:

- * Asesoría sobre la ubicación, diseño y construcción de las instalaciones de los lugares de trabajo, incluyendo cocina y comedor.
- * Asesoría sobre medidas de ventilación e iluminación de los sitios de trabajo.
- * Informar y asegurar formas adecuadas de abastecimiento de agua para consumo humano, disposición de excretas y residuos en los locales de trabajo.
- * Asegurar que se disponga de servicios higiénicos, se otorguen las facilidades para bañarse y para guardar la ropa de calle y de trabajo.
- * Dar a conocer y ofrecer las facilidades para que se lleven a cabo las prácticas necesarias para un apropiado orden y limpieza del lugar de trabajo.

4. Salud de la mujer trabajadora

A pesar de que todo lo que se ha señalado se encuentra dirigido a hombres y mujeres trabajadoras, es necesario enfatizar en algunas acciones que deben ser tomadas en cuenta para la protección de la mujer, madre y niño.

- * Promover la organización de las mujeres y su fortalecimiento que permitan llevar a la práctica los planteamientos de la promoción y prevención en la salud.
- * Difundir los contenidos existentes en el Reglamento 2393 de Seguridad y Salud de los Trabajadores (Ecuador, 1986) que abre la vía legal para la protección de las trabajadoras.
- * Impedir que los sueldos y salarios sean inferiores que los de los hombres en las mismas categorías.
- * Oponerse a la segregación de las mujeres en la ocupación de puestos de dirección.
- * Controlar para que se eliminen las prácticas de acoso sexual bastante difundidas en nuestro medio.
- * Generar los mecanismos adecuados que impidan que el embarazo y la lactancia sea motivo de despido.
- * Ejercer una práctica que permita a la mujer contar con el tiempo adecuado para la lactancia de los niños.
- * Asegurar la atención perinatal, de parto y puerperio de la mujer trabajadora.
- * Tomar las medidas adecuadas para que las condiciones de trabajo y las exposiciones en el ambiente laboral no afecten a las mujeres trabajadoras en edad fértil, especialmente durante el embarazo.

- * Asegurar para que la madre trabajadora disponga de la atención al niño en los aspectos de inmunización, alimentación y guarderías.

5. Control de la posibilidad de adquirir enfermedades infecciosas como consecuencia del trabajo

En nuestro país, a igual que muchos otros, existe un importante sector de la población laboral que trabaja en condiciones capaces de ocasionar enfermedades infecto-contagiosas, con todas las repercusiones que esto tiene en la familia y colectividad. Es el caso del personal de salud, de laboratorios, de las áreas de saneamiento ambiental, de las empresas de rastro, del sector agropecuario, etc. Por ello, es adecuado poner especial atención y por lo menos incluir en la ABESAT las siguientes acciones:

- * Adiestrar y ofrecer todas las facilidades para la manipulación y disposición de materiales y muestras contaminadas (recipientes, equipo de protección personal, corrección de procedimientos peligrosos como comer o fumar, etc.).
- * Vacunación específica de acuerdo al riesgo. Asegurar que todos los trabajadores de alto riesgo se inmunicen contra las enfermedades infecciosas más frecuentes.
- * Fomentar y ofrecer las facilidades para el uso de ropa de trabajo (que no se lleve a casa) y equipos de protección personal.
- * Adiestrar a los trabajadores en el desarrollo de sus tareas y en la corrección de procedimientos peligrosos, por ejemplo el de pipetear con la boca en los laboratorios, manipular sustancias contaminadas con las manos sin protección, comer, beber o fumar sin lavarse las manos, etc.
- * Incentivar y generar las condiciones para el mantenimiento higiénico de los lugares de trabajo.

- * Utilizar los mecanismos que sean necesarios para la desinfección y esterilización de los instrumentos de trabajo.

6. Prevención y control de otras enfermedades que afectan a los trabajadores

- * Asegurar el monitoreo de costumbres que afectan a la salud como el consumo de tabaco y alcohol, así como el sedentarismo.
- * Realizar monitoreo específico, con miras a la prevención de algunos problemas de salud frecuentes en la población general y que pueden agravarse con ciertas condiciones de trabajo (obesidad, estrés, hipertensión arterial y diabetes).
- * Asegurar el control de vectores.
- * Informar a los hombres y a las mujeres trabajadoras sobre los factores que conducen a enfermedades genitourinarias, de transmisión sexual y sus medidas de prevención.

7. Tratamiento oportuno de los problemas de salud

- * Disponer en los lugares de trabajo o cerca de ellos de la infraestructura y recursos necesarios para la atención oportuna y el tratamiento inmediato de los problemas de salud de los trabajadores.
- * Prestar la atención oportuna y de alta calidad para problemas agudos de salud y accidentes de trabajo y llevar a cabo la referencia efectiva a niveles de mayor complejidad en los casos que así lo requieran.
- * Asegurar la disposición de botiquines de primeros auxilios en los sitios de trabajo y garantizar las acciones en este campo.

- * Suministrar asesoría a los trabajadores y empleadores sobre las prácticas de primeros auxilios en caso de enfermedades agudas, intoxicaciones y accidentes del trabajo.

- * Ofrecer las facilidades para que los trabajadores obtengan los medicamentos básicos a precios módicos. Uno de los mecanismos es por medio de los programas de medicamentos de los ministerios de salud.

- * Asegurar que en las instalaciones de salud y en los centros de trabajo existan los medicamentos esenciales, especialmente los requeridos para los problemas de salud de los trabajadores.

8. Rehabilitación

Luego de que los trabajadores han sido tratados por algún problema de salud, es necesario realizar acciones permanentes y regulares de rehabilitación, sin descuidar la esfera mental.

MECANISMOS PARA INICIAR UN PROGRAMA DE ATENCION BASICA EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

Como se había señalado anteriormente, una condición básica para que la atención básica de salud de los trabajadores tenga viabilidad es la presencia de un sistema de salud integrado, con una estructura funcional que impida la duplicación de esfuerzos, que no sea estadocéntrico, que posibilite una ágil atención de calidad, que cuente con un

sistema efectivo de referencia y contrarreferencia, que disponga de los recursos económicos, técnicos y organizativos adecuados y que por último, considere a la salud de los trabajadores como una prioridad.

A pesar de que en el país existe un sistema regionalizado de salud, las dificultades señaladas no han sido todavía superadas, colocando a la salud laboral en una terrible disyuntiva. O se espera que existan esas condiciones, o se las va construyendo con la presión popular partiendo de lo que se tiene. Parecería que la segunda opción por lo menos permite crear las condiciones para que distintos actores sociales construyan "el camino al andar".

Cobijados con la segunda posibilidad y tomando como referencia lo que hasta aquí se ha tratado, se podría intentar incorporar algunas acciones que vayan construyendo ese camino.

La siguiente propuesta como "inicio de camino" está pensada para la realidad ecuatoriana y en particular para el Ministerio de Salud Pública, principal institución del sector público responsable del cuidado de la salud de la mayoría de ecuatorianos, pensando, además, en que es el momento de defender lo público que intentan enterrar las mentes neoliberales. Como la realidad de varios países de América Latina es similar a la nuestra, esta pequeña propuesta podría ser válida para otras latitudes.

LA ATENCION BASICA EN LAS AREAS DE SALUD

Si se sigue el planteamiento que la atención básica de salud de los trabajadores tiene que estar lo más cerca posible a los centros laborales y a las viviendas de los trabajadores y sus familias, las unidades operativas del Ministerio de Salud deberían actuar como puntas de lanza de este proceso.

Mediante el Decreto Ejecutivo 3292 del 29 de abril de 1993 se crearon las **Áreas de Salud** "como el nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Pública"⁷⁹. Estas Áreas se encuentran constituidas por unidades operativas periféricas que serían el lugar donde se deberían establecer los primeros contactos de los trabajadores con el Sistema Regionalizado de Servicios del Ministerio de Salud Pública.

⁷⁹. MSP. **Manual de Organización de las Áreas de Salud**, Ministerio de Salud Pública, Primera ed. Quito, 1993.

Las unidades operativas que integran estas áreas básicas son las siguientes:

- Puestos de salud rurales
- Subcentros de salud urbanos o rurales
- Un centro de salud
- Un hospital cantonal o centro de salud-hospital (15-30 camas)

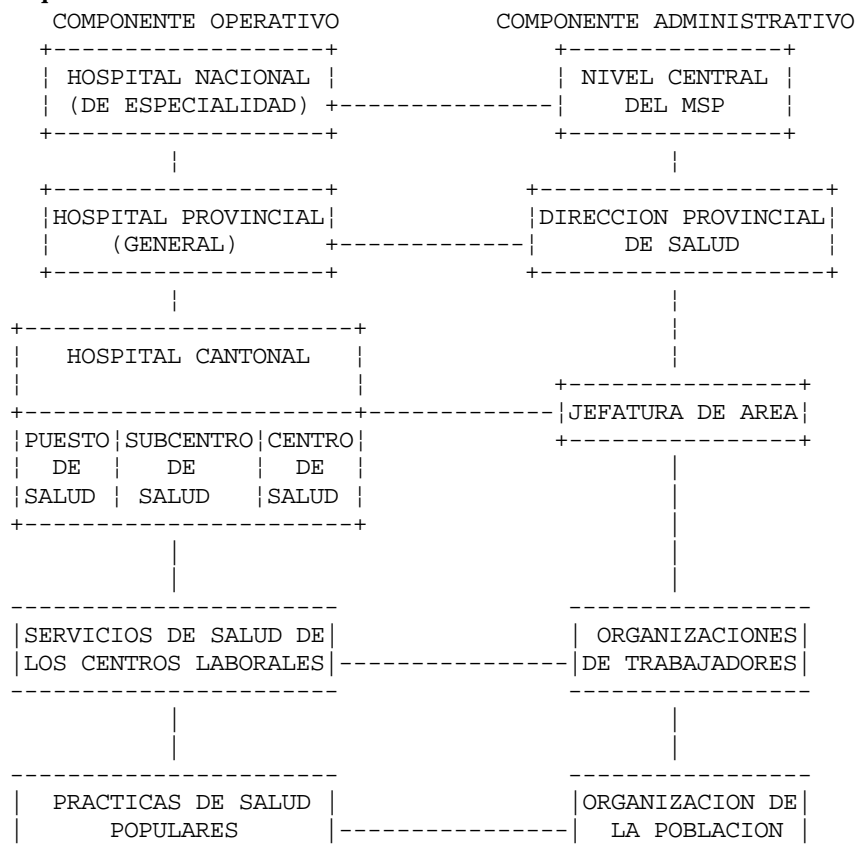
En el esquema del Sistema Regionalizado de Servicios del MSP se puede observar la ubicación de las áreas de salud que se constituirían en las "puerta de entrada" de la atención básica en salud de los trabajadores, a las cuales deberían incorporarse los servicios de salud de los centros laborales.

Lo que se encuentra en el esquema N° 14 en línea continua es la estructura del sistema de servicios que actualmente tiene el MSP y la línea de puntos, nuestra propuesta de vinculación que no se ha considerado en el mismo. Esta incorporación sería fundamental para que las acciones de la ABESAT a desarrollarse en las unidades operativas del Area de Salud (puestos, centros, subcentros de salud y hospital cantonal) se encuentren en íntima relación con los servicios propios de los trabajadores y con las prácticas populares de salud.

Entre puestos de salud, subcentros y centros de salud, el Ministerio de Salud Pública cuenta para todo el país con 1523 unidades, que representan el 54 por ciento de todos los establecimientos del sector público sin internación. Además dispone de 84 hospitales cantonales que significa el 92.3% de todas las instituciones de este tipo⁸⁰.

⁸⁰. INEC. **Anuario de recursos y actividades de salud**, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Quito, 1993.

Esquema N 14.- SISTEMA REGIONALIZADO DE SERVICIOS DEL MSP



Luego de haber revisado el Manual de Organización de las Areas de Salud, aprobado por el Ministerio de Salud Pública con el Acuerdo número 14 del mes de julio de 1993, se detecta que en la definición de la "misión" (actividades) del Area de Salud no se encuentra ninguna actividad específica dirigida a las condiciones laborales ni a la salud de los trabajadores. Por lo tanto, el planteamiento de alternativas de acción en este campo sería un avance en la construcción de un sistema de atención básica en la salud de los trabajadores.

El personal de las unidades operativas periféricas del Area de Salud (excluyendo al hospital cantonal) se encuentra constituido básicamente por promotores de salud, auxiliares de enfermería, enfermeras, inspectores sanitarios, médicos y trabajadoras sociales. En los centros de salud los recursos y el personal es más amplio para cubrir la atención

de los programas básicos (materno-infantil, odontología, laboratorio, etc.). En ningún caso existe personal capacitado ni designado para la salud de los trabajadores

ALTERNATIVAS

Las unidades operativas ubicadas en áreas urbanas o rurales tienen diferentes alternativas para implementar programas de salud de los trabajadores.

Se podría tomar como eje de acción a los centros laborales del área de influencia de la unidad operativa y en éstos realizar los estudios de las condiciones de trabajo y de salud de los trabajadores e implementar las medidas preventivas y curativas respectivas. En esta modalidad que la denominaremos modalidad A, el personal de la unidad operativa ejerce sus actividades de manera directa en los propios centros laborales.

La otra posibilidad (modalidad B) es aquella que se tomaría como eje de acción a las familias que residen en el área de influencia de la unidad operativa. Entendiéndose que al interior de la familia existen trabajadores que viviendo en el área de influencia de la unidad operativa, trabajan en otra zona geográfica. El objetivo central de esta modalidad sería detectar los problemas de salud relacionados con el trabajo y remitir la información a la unidad operativa que tiene injerencia en el centro laboral del trabajador examinado.

Para el desarrollo de un programa viable y que permita confrontar la relación entre condiciones de trabajo y situación de salud de las personas, la modalidad A se vislumbra como la más adecuada. De esta forma se puede contar de fuente directa con la información de las condiciones del centro laboral y del estado de salud de los trabajadores y como se dijo anteriormente, implementar acciones de promoción y prevención concretas.

Modalidad A

Si se toma como eje de acción al centro laboral y sus trabajadores, las siguientes deberían ser las actividades más importantes:

1. Censo general de los centros laborales del área de influencia de la unidad operativa.

En las zonas rurales se tomarán en consideración, además, las organizaciones que aglutinen a trabajadores (cooperativas agrícolas, gremios, asociaciones, etc.).

- Técnicas

Observación directa y entrevista a informantes claves. En esta primera fase sólo se requiere obtener información de los centros laborales existentes en el área de influencia de la unidad operativa.

- Instrumento de observación

"Censo laboral" que debería incluir, entre otras cosas, Identificación de la unidad operativa, nombre del centro laboral, rama de actividad, número de trabajadores, ubicación, identificación de los responsables del centro laboral, organización laboral, identificación de los dirigentes, servicio de salud propio del centro laboral o de la organización, detección de necesidades sentidas de los trabajadores y los problemas de las condiciones de trabajo y salud más importantes.

- Recurso humano

Inspector sanitario, auxiliar de enfermería, y en el caso de los puestos de salud, al promotor de salud.

2. Procesamiento y análisis del censo.

La información recogida del levantamiento censal debe ser procesada para definir el número de centros laborales por rama de actividad, distribución zonal, clasificación por número de trabajadores, clasificación aproximada por grado de peligrosidad y clasificación por expresión de necesidades sentidas de los trabajadores.

- Técnicas

Procesamiento manual en caso que el número de centros laborales sean escasos. Para mejor visualización se puede utilizar un croquis de la zona y en él graficar la distribución de los centros laborales, utilizando diferentes símbolos y colores según rama de actividad. En lo posible la información debería ser ingresada a computadora a una hoja electrónica (qpro, lotus) o a una base de datos. Como no es posible que cada unidad operativa periférica cuente con este equipo y personal, el procesamiento electrónico se lo puede concentrar en la jefatura de área.

- Recurso humano

Personal de enfermería, inspector sanitario, promotor de salud con el apoyo de otros profesionales.

3. Selección de los centros laborales

Sirve para la implementación del monitoreo epidemiológico específico y para las otras acciones de la atención básica en salud de los trabajadores.

Partiendo de la realidad concreta de las unidades operativas del MSP y de criterios de factibilidad, en la fase inicial de este programa, es necesario realizar una selección de los centros laborales. Para este proceso es fundamental definir los criterios de selección, entre los cuales no pueden faltar **las necesidades sentidas de los trabajadores**, potencialidad riesgosa, número de trabajadores, número de centros laborales existentes en la zona, ramas de actividad económica y recursos disponibles.

- Recurso humano

Equipo de salud

4. Estudio intensivo de los centros laborales

Conocimiento detallado de las condiciones de trabajo para la determinación de las características del proceso laboral y de los factores peligrosos para la salud. Este momento del proceso se encuentra dirigido a realizar el diagnóstico objetivo del centro laboral seleccionado. No se debe olvidar que una de las condiciones que se ha definido como prioritaria es la participación de los trabajadores en toda las fases. Inclusive en los pasos anteriores debe ser considerada su participación (por ejemplo como informantes claves).

- Técnicas

Como se trata de uno de los pasos importantes del programa, se intentará desarrollar esta parte de una manera más detallada, pensando siempre en la posibilidad de que estas técnicas sean aplicadas en cualquier centro laboral. Los aspectos específicos de cada situación no son objeto de análisis de este trabajo. A continuación se indican los diferentes componentes de la técnica para el estudio de un centro laboral:

a) Información general

Se lo puede realizar utilizando la técnica de informantes claves, por medio de una guía que contenga los elementos complementarios y más específicos que lo recogido en el censo general, por eso, en esta parte no se repetirán los datos que ya constan en el "censo laboral".

Los aspectos más importantes deberían ser los siguientes:

- Areas de trabajo y organigrama para los centros laborales grandes
- Distribución de los trabajadores por áreas de trabajo
- Distribución de los trabajadores por sexo
- Estabilidad de los trabajadores (eventuales y contrato fijo)
- Horarios, turnos, rotaciones, vacaciones
- Formas salariales

- Disponibilidad de servicio médico, comedor, guardería, departamento de higiene y seguridad, comisión mixta de higiene y seguridad, reglamento de higiene y seguridad, servicios básicos para los trabajadores y formas de control de los trabajadores (reloj y tarjeta, cuota de producción, supervisión, etc.) - Productos finales de la actividad
- Normas de la empresa
- Programas de educación y capacitación

b) Exploración sensorial

Como la palabra lo dice, el personal de salud debe realizar un recorrido por el centro laboral y valiéndose de los órganos de los sentidos registrar varios aspectos que tienen relación con la salud de los trabajadores. Con el objeto que esta exploración no sea anárquica, es conveniente contar con un instrumento de observación o por lo menos una guía de orientación.

- Diagrama espacial

Se trata de un simple croquis en el que se registran los diferentes espacios del centro laboral, ubicación y relaciones de las distintas áreas. En cada una de ellas se debe anotar los nombres que le identifican, por ejemplo bodega, área de prensa, troquelado, galvanizado, etc.). En la graficación las áreas se debe representar, de manera aproximada, la dimensión de los espacios. Tiene como finalidad la orientación del personal que realiza la exploración y para registrar los lugares en los que se han realizado las valoraciones instrumentales (sonometría, determinación de concentraciones de polvo, etc.).

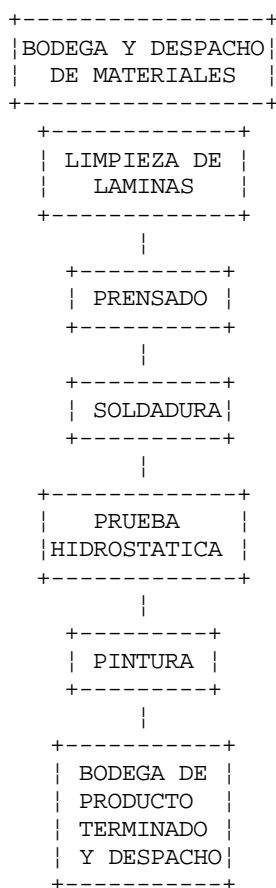
- Diagrama de bloques

Consiste en el registro de manera sintética de los pasos que sigue el proceso laboral desde que se inicia hasta que se obtiene el producto final. En algunos procesos resulta muy simple pero en otros se asimilan a un diagrama de árbol. Para facilitar la comprensión de este punto se incluirá un ejemplo de los pasos que siguen en un centro laboral que produce tanques metálicos de gas (Esquema N° 15).

- Diagrama de flujo

En esta parte es necesario describir de manera detallada y sistemática el proceso laboral. En otras palabras, se registran todas las tareas que se realizan en cada uno de los componentes del diagrama de bloques, las herramientas, maquinarias, materias primas que se utilizan. Es la descripción detallada de la actividad, del objeto y medios de trabajo, de la organización y división del trabajo, del producto intermedio o final que se obtiene, etc.

Esquema N 15.- DIAGRAMA DE BLOQUES



- Procesos peligrosos y condiciones favorables para la salud

La Salud y el Trabajo I

Mientras se va observando y registrando los detalles del proceso de trabajo, se debe poner atención e igualmente registrar todos los aspectos que pueden afectar a la salud. Por medio de los órganos de los sentidos se debe detectar estos procesos mientras los trabajadores se encuentran realizando sus tareas específicas en la actividad misma (procedimientos), en el objeto y medios de trabajo, en la organización y división del trabajo y en el entorno inmediato a lo interno del centro laboral.

La observación se debe realizar de manera conjunta con trabajadores que sirven como informantes claves.

Para facilitar este registro se podría utilizar la clasificación de procesos peligrosos para la salud que se encuentra en la técnica del modelo obrero italiano, modificado por el equipo de investigadores de la UAM-X de México y del CEAS de Ecuador. Cualquier clasificación que se utilice debe contemplar por lo menos los siguientes aspectos:

* Procesos relacionados con el objeto, medios y entorno laboral:

Ruido, vibraciones, iluminación, radiaciones, temperatura, humedad, ventilación, sustancias químicas en forma de soluciones, polvos, humos, gases, vapores, nieblas; microorganismos.

* Procesos intrínsecos de los medios de trabajo (herramientas, maquinarias, equipos, mobiliario)

Estado, antigüedad, puntos de operación (accesibilidad, contacto del trabajador), tipos de mandos, nivel de peligrosidad, grado de mantenimiento, energía motriz, movilidad y desplazamiento, confort.

* Instalaciones generales (espacio físico)

La Salud y el Trabajo I

Estado de las paredes, pisos (huecos), escaleras y puertas, orden y limpieza, proxismo (distribución espacial de la maquinaria, cercanía entre máquinas o muebles), espacios de circulación estrechos, embalaje y almacenamiento peligrosos.

* Instalaciones de servicios

Condiciones de los servicios eléctricos, agua, gas, vapor, disposición de desechos, servicios sanitarios, áreas de descanso, vestidores, comedor.

* Procesos relativos a la actividad misma

Procedimientos peligrosos, posiciones de los trabajadores mientras realizan su tarea (duración y tipo), formas de desplazamiento, levantamiento y transporte de cargas, relación trabajador-maquina/herramienta (ergonomía).

* Procesos relativos a la organización y división del trabajo

Formas de supervisión (rigidez) y control, ritmos intensos de trabajo, jornadas prolongadas, monotonía, mono o plurifuncionalidad, formas de rotación en los puestos y en el horario de trabajo, descansos, posibilidad de control de la tarea, agresividad, posibilidad de relacionarse con los compañeros, niveles de reconocimiento y promoción, posibilidad de ausentarse del puesto de trabajo, posibilidad de ejercer la creatividad individual y colectiva.

* Medidas de promoción y prevención

- Recreación, descanso, relajamiento, reuniones deportivas y educativas, gimnasia en los lugares de trabajo, eventos de solidaridad, participación en actividades promovidos por la organización laboral, expresiones de autoestima.

- Disponibilidad y funcionalidad de extintores e hidrantes, salidas de emergencia, protecciones en las maquinarias (guardas de seguridad), herramientas y equipos (pantallas de protección y dispositivos de confort en terminales de computación), sistemas de protección colectiva (silenciadores, extractores, ventiladores, calefacción, aire acondicionado, procedimientos, tabiques y mallas de seguridad, atiba en minas, señalización y pinturas de seguridad).

Equipos adecuados de protección personal (cinturones de seguridad, protectores de cabeza, ojos, vías respiratorias, manos, tronco, extremidades inferiores, etc).

c) Exploración instrumental

Luego de haber realizado la exploración sensorial y la determinación de los procesos peligrosos para la salud, es necesario realizar un pequeño análisis dirigido a la jerarquización de los procesos peligrosos para la salud. Es decir, determinar los más frecuentes y más riesgosos. De algunos de ellos es posible obtener una valoración cuantitativa, por ejemplo del sonido, iluminación, de ciertas sustancias químicas, vibraciones, condiciones térmicas, etc. Para el efecto se utilizan equipos especiales (sonómetros o dosímetros, luxómetros, bombas, coniómetros, instrumentos de lectura directa para gases y vapores, monitores específicos de gases, anemómetros, sicrómetros, termómetros, etc.). Para iniciar un programa a nivel nacional por lo menos se debería disponer de un equipo básico en cada unidad provincial.

Al momento de seleccionar las técnicas, es factible incorporar algunos aspectos de modelos que en los últimos años han incursionado en el estudio de la salud de los trabajadores (LEST, CYMAT, etc.).

- Recursos

Equipo de salud y trabajadores con el apoyo de técnicos en higiene y seguridad, jefes de línea.

Instrumento de observación (guía)

Equipos de campo (sonómetro, luxómetro, etc.)

5. Estudio de la situación de salud de la población laboral

En este nivel de la atención básica se debe enfocar el estudio de la situación de salud de los trabajadores a un nivel general, sin adentrarse en el campo de la superespecialidad. Por lo tanto, es necesario recoger todas las manifestaciones de compromiso de la salud de la población laboral.

- Técnica

Entrevista con el trabajador para que de manera espontánea relate las manifestaciones de molestias pasadas o presentes que tenga el trabajador. Inmediatamente o de manera simultánea se puede hacer un interrogatorio dirigido enfocado a la relación salud-trabajo, evitando caer en una situación mecánica de tipo causa-efecto. Se debe abordar aspectos relativos a la historia de trabajo de la persona que se atiende.

Examen físico general y específico de acuerdo a la información que reporte el estudio de las condiciones de trabajo.

En los puestos de salud donde existen tan sólo promotores de salud, se podría registrar por lo menos las manifestaciones más importantes y las necesidades sentidas de los trabajadores y remitirlos al personal médico y de enfermería para el examen general.

De igual manera, si la situación exige la realización de exámenes de mayor complejidad, se debe remitir a los niveles correspondientes del sistema de servicios de salud.

- Recursos

Médico y personal de enfermería. En los puestos de salud los promotores.

Historia de salud laboral, instrumental básico de medicina y enfermería. Equipos especiales para estudio de grandes grupos (audiómetro portátil, espirómetro portátil, flicker, reactímetro, paquetes para psico y neurotoxicidad, etc.)

6. Medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación

El estudio de las condiciones de trabajo y la situación de salud de los trabajadores tiene como finalidad el establecimiento de un diagnóstico objetivo e integral de la unidad salud-trabajo. Este proceso inicial debe constituirse en la base del monitoreo epidemiológico de la salud de los trabajadores.

Como se había señalado en el capítulo correspondiente, no habría mayor trascendencia si el proceso no se acompaña de medidas de intervención en los centros laborales y de otras acciones en los trabajadores.

Si en cada una de las fases se ha podido construir un proceso de auténtica participación de los trabajadores, en las medidas que se definan y que se las ejecute se encontrarán plasmadas las necesidades sentidas de los trabajadores y el referente técnico del equipo de salud. Si estas medidas son inconsultas y surgidas exclusivamente de la visión unilateral de los técnicos, por más acertadas que sean resultarán ineficaces.

Los trabajadores tienen el derecho de hacer ejercicio de la libertad y de la democracia auténtica. Como se supone que su participación ha sido desde el primer momento y en todo instante, lo que se haga o se deje de hacer, en buena medida estará definida por los propios trabajadores. Esto no quiere decir que se debe descuidar en el apoyo (recursos humanos, económicos, organizativos y técnicos) que deben contar los trabajadores desde los servicios públicos. La participación activa de los trabajadores no significa delegación de responsabilidades; significa convergencia de acciones, tomando como base la experiencia, conocimiento y sentir de los trabajadores.

Las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación son de diferente tipo, dependiendo de las características del centro laboral, de la posición de los trabajadores y de los recursos disponibles. Es necesario incluir criterios de factibilidad y jerarquización. En cualquier caso, la definición de las actividades

deben surgir de la planificación conjunta entre trabajadores y técnicos, sin embargo, se puede señalar de manera general algunos de los aspectos que deberían ser considerados:

- Promoción

Educación, sensibilización y capacitación; actividades deportivas, recreación, actos de solidaridad, gimnasia en los lugares de trabajo, aplicación de mecanismos de ascenso y reconocimiento (autoestima), emulación, incentivos (no los dirigidos a aumentar la producción ni a promover la competitividad entre trabajadores); actos culturales; desarrollo de capacidades físicas e intelectuales, etc.

- Prevención

En esta parte conviene hacer una rápida reflexión de lo que nosotros consideramos como prevención. Partiendo de la idea que la práctica de la prevención en la salud pública ha estado dirigida de manera preponderante a las expresiones terminales y fragmentarias del proceso salud-enfermedad, creemos indispensable trascender, en la prevención, a niveles que incidan de manera integral en la problemática.

En el campo de la salud de los trabajadores no sería adecuado circunscribirse tan sólo a los denominados "agentes" o "riesgos" del trabajo como ha sido el común denominador de la práctica convencional de la salud de los trabajadores, dejando a un lado la heterogeneidad de aspectos que intervienen en el surgimiento de los problemas de salud de los trabajadores. Es indispensable intervenir en los medios y objetos de trabajo, en las condiciones del entorno, en la organización y división trabajo, en el consumo, en las ideas y costumbres de trabajadores, familia y empleadores, etc. Este nuevo tipo de prevención o "prevención profunda"⁸¹ es la que se debe promover.

⁸¹. Breilh, J. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. op. cit.

La Salud y el Trabajo I

Por otro lado, en la aplicación de los principios de la prevención en los centros laborales es necesario centralizar la atención en la **eliminación** de los procesos peligrosos para la salud. Lo común ha sido observar, en el caso de existir alguna preocupación por la salud de los trabajadores, medidas de "protección" que, en presencia de esos procesos peligrosos, se incorporan mecanismos para atenuarlos (medidas de protección colectiva) o para aislar al trabajador (medidas de protección personal). Aunque teóricamente se diga que las medidas de protección personal son los últimos recursos que se deben adoptar, en la práctica y en la mayoría de los casos han sido los únicos.

Vista de esta manera la prevención, a más de las medidas de protección colectiva y protección personal, que no desconocemos su utilidad, la redimensionamos, se debe hacer el esfuerzo por sanear al centro laboral de cualquier proceso peligroso, además, planificar y organizar actividades dirigidas al campo de la alimentación, vivienda, reposo, educación, transporte, hábitos higiénicos del trabajador y la familia.

Hay que tener clara la idea de que las acciones de prevención en todos estos campos no se las puede hacer de la noche a la mañana. Tienen que ser objeto de un trabajo continuo y definiendo prioridades.

En el campo de la prevención también se debe considerar la realización de exámenes periódicos a los trabajadores, poniendo énfasis en los problemas más relevantes de condiciones de trabajo más peligrosas. A más de un examen general se deben realizar exámenes especiales (aplicación de baterías para la salud mental, audiometrías, radiografías de tórax, pruebas funcionales respiratorias, etc.).

En los sitios donde existan servicios de salud para los trabajadores, se deben realizar exámenes cuando una persona ingresa por primera vez a ocupar un cargo en el centro laboral. Esto tiene como finalidad disponer, desde el primer momento, de la historia de salud laboral de la persona que trabaja para mantener un control periódico de su salud.

El cambio de procedimientos, formas de trabajo, tipo y disposición del mobiliario, de los ritmos, horarios y pausas son esenciales y a veces poco consideradas.

- Recuperación

Detectados los problemas de salud de los trabajadores es necesario realizar el tratamiento integral respectivo. Al decir integral se hace referencia a todos las molestias, alteraciones, enfermedades o lesiones que tengan los trabajadores. Se debe poner especial atención en la esfera mental que siempre ha sido soslayada.

En el caso de requerir tratamientos de mayor complejidad deben ser remitidos a los niveles respectivos.

- Rehabilitación

Es frecuente ver a trabajadores que han sufrido algún problema de salud con secuelas temporales o permanentes. En estos casos la rehabilitación debe encaminarse a posibilitar la realización plena del ser. En la atención básica es factible implementar algunas acciones dirigidas a las funciones del aparato locomotor, de los órganos de los sentidos y de la salud mental. Es necesario dirigir las acciones también al colectivo de trabajadores.

Igualmente, los de mayor complejidad seguirán el sistema de referencia para acceder a niveles especializados.

Trabajo de grupos

El trabajo de grupos es solo un componente de la estrategia política-organizativa y técnica de la "participación de los trabajadores" analizada en capítulos anteriores.

En esta parte se hace referencia a las actividades con los trabajadores para el estudio de las condiciones de trabajo y salud de un centro laboral concreto. Para ello existen algunas alternativas, dependiendo del tipo de centro laboral, del número de trabajadores, de la presencia o no de organización, etc.

Para el estudio de las condiciones de trabajo y la situación de salud, con la participación de todos, se puede utilizar varias modalidades. Una con la que hemos tenido mayor experiencia y resultados alagadores es la del modelo obrero, reformulada y enriquecida con los aportes de distintos grupos de América Latina (México, Colombia, Ecuador, Argentina y Chile). Como existen varios documentos ya señalados en este punto se indicarán sólo los aspectos generales.

- Formación de grupos homogéneos
- Explicación del modelo, de los procedimientos y de los procesos peligrosos para la salud.
- Trabajo de grupos y discusión en base a una encuesta colectiva elaborada conjuntamente con algunos trabajadores (cosa que generalmente no se lo ha practicado).
- Elaboración de los mapas de riesgo, igualmente en grupos.

En el trabajo de grupos también es factible utilizar la técnica Zopp⁸² que permite jerarquizar los problemas, descubrir los procesos causales y definir mecanismos de intervención inmediatos. Los pasos a seguir, de manera general son los siguientes:

- Definición del problema central
- Establecimiento del árbol de causas
- Definición del árbol de objetivos
- Análisis de consistencia

⁸². GTZ, ZOPP. **Una Introducción al Método**, mimeo, Frankfurt, s/f.

- Identificación de alternativas

- Elaboración de la matriz de involucrados

- Elaboración de la matriz de alternativas

- Elaboración de la matriz de planificación

- Recursos

Equipo de salud de la unidad operativa, trabajadores, profesionales de salud de los centros laborales, técnicos en higiene y seguridad, jefes de línea.

Material de escritorio, cartulinas, marcadores.

Modalidad B

Esta modalidad está dirigida a los trabajadores que residen, pero que no trabajan en la zona de influencia de la unidad operativa. Los problemas de salud de estos trabajadores se los puede detectar por medio de un programa de atención a las familias, por la motivación a organizaciones comunitarias de la zona o por la demanda espontánea. Las actividades del programa con esta modalidad se lo realizarán básicamente en las unidades operativas respectivas.

En este caso no es posible realizar estudios de los centros laborales, los programas se circunscribirían a la atención de los trabajadores de manera similar a lo descrito en el numeral 5 de la modalidad A.

Acciones paralelas

La Salud y el Trabajo I

1. Generar opinión y presión popular para que exista un cambio en las políticas laborales y de salud del Estado, favorables a la salud de los trabajadores.

2. Promover el cumplimiento, difusión y definición de leyes y reglamentos dirigidos a la promoción de la salud de los trabajadores y a la prevención profunda.

3. Educación y capacitación

a) Personal de salud

Debe ser una de las primeras actividades del programa y de las que se mantenga en forma periódica. Para el efecto se concentrará al personal de salud de varias unidades operativas, utilizando las siguientes modalidades:

- Seminarios
- Cursos cortos
- Estudios participativos en los centros laborales
- Revisiones bibliográficas
- Dramatizaciones

- Recursos

Especialistas en salud de los trabajadores

Personal de los niveles complementarios

Personal de otras instituciones oficiales vinculado con la salud de los trabajadores.

Personal de ONGs que se encuentren trabajando en este campo.

Trabajadores capacitados y miembros de las comisiones mixtas de higiene y seguridad.

Equipos audiovisuales

Material pedagógico

Mapas de riesgo

Grabadoras

Pizarra

Marcadores

b) Trabajadores

La educación y capacitación a los trabajadores se lo realizará como un componente motivador para el inicio de los programas e igualmente como una actividad periódica de retroalimentación.

Se deberá considerar dos tipos: Una general y masiva dirigida a toda la población trabajadora, otra selectiva y específica encaminada a educar a grupos de trabajadores expuestos a condiciones de trabajo críticas y a grupos especiales de trabajadores (sindicatos, comisiones paritarias de higiene y seguridad, empleadores, etc.).

* General y masiva

- Folletos de divulgación
- Mensajes por la prensa, radio y televisión
- Afiches
- Charlas masivas y de tipo general, fundamentalmente de

tipo motivador

* Selectiva y específica

- Cursos
- Talleres
- Seminarios
- Estudios participativos
- Dramatizaciones

- Recursos

Equipo de salud que ha sido previamente entrenado

Personal especializado en salud de los trabajadores

Trabajadores capacitados, miembros de las comisiones mixtas de higiene y seguridad

Los recursos materiales serán los mismos que se señalaron en el punto anterior más los que requieran los medios de difusión masiva.

4. Asesoría

A nivel básico la asesoría sólo se referirá a aspectos generales del mejoramiento de las condiciones de trabajo y del cuidado de salud de los trabajadores. Estaría dirigido tanto a trabajadores como a empleadores que deseen llevar a cabo programas propios de sus centros laborales.

- Recursos

Equipo de salud

Personal de niveles complementarios

Personal de otras instituciones oficiales

Personal de ONGs

5. Sistema de registro

La unidad operativa debe ser parte activa del sistema de vigilancia en salud de los trabajadores y en tal virtud es imprescindible el mantenimiento de la información actualizada del censo de los centros laborales del área de salud. Además, registro del estado de salud de los trabajadores.

6. Mecanismos de referencia y contrarreferencia

El funcionamiento armónico y eficaz del sistema de referencia y contrarreferencia es una de las garantías para que exista una verdadera incorporación de la ABESAT al sistema de servicios de salud.

Los niveles de referencia y contrarreferencia deben incluir a los espacio de práctica popular, los servicios de salud de los centros laborales, unidades operativas del área de salud, nivel regional (provincial) y nivel nacional.

La cogestión popular

Para llevar a cabo estas propuestas es indispensable crear las condiciones con la finalidad de que la participación de los trabajadores y de la colectividad sea una auténtica realidad.

Con la presencia de estructuras organizadas de las/os trabajadoras/es es posible desarrollar acciones que se correspondan con las necesidades de los grupos involucrados. Estas acciones deben inscribirse en un proceso de **autogestión** que posibilite la intervención autárquica de los grupos laborales y que permita construir formas de poder en los distintos niveles de las instituciones del Estado responsables de las políticas de salud.

Un mecanismo que se podría utilizar es la constitución de **redes populares de salud laboral** que aglutine a organizaciones de diferente tipo y sector (sindicatos, cooperativas agrícolas, gremios artesanales, grupos femeninos, asociaciones campesinas, grupos étnicos, comisiones mixtas de higiene y seguridad, etc.).

Cada organización, bajo la dirección de una coordinadora de la red se encargaría de planificar y ejecutar acciones en el ámbito laboral y del consumo en la defensa de la calidad de la vivienda, de la alimentación, de la educación y del transporte; del derecho al gozo pleno, a una recreación integral y de un medio ambiente libre de contaminación.

FORMACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES EN DIFERENTES NIVELES DE ENSEÑANZA

1. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES.

Reiterando las ideas señaladas en páginas anteriores de que la salud de los trabajadores se encuentra determinada por las leyes generales que rigen a la sociedad, es necesario considerar las manifestaciones particulares para el entendimiento global y resolución de la problemática. Uno de esos elementos es el relacionado con la formación y capacitación de los recursos humanos en salud de los trabajadores.

1.1 VACIOS EN LA EDUCACION Y CAPACITACION

En varios seminarios y talleres realizados en diferentes países se ha concluido que existe un importante vacío en la formación, capacitación e información sobre salud de los trabajadores en profesionales, técnicos, trabajadores, escolares y otros sectores poblacionales. Como se dijo, un alto porcentaje de facultades y escuelas de ciencias de la salud no cuentan dentro del pensum de estudios contenidos de relativos a la salud de los trabajadores y a las condiciones de trabajo.

En Colombia "es reconocida la deficiencia de recursos humanos suficientemente capacitados para enfrentar la problemática ocupacional del país. Carreras y disciplinas como la Medicina, Enfermería Psicología, Trabajo Social, las Ingenierías, la Arquitectura, la Veterinaria, la Agronomía, la Administración de Empresas tienen ingerencia directa en Salud Ocupacional; sin embargo, en sus currículo no tienen incorporada esta área y por ello, su participación es ninguna o deficiente. El 90% de los funcionarios profesionales y auxiliares en Salud Ocupacional de la Seguridad Social, no tienen una especialidad respaldada académicamente por una institución. En el país solamente 3 universidades muy recientemente han abierto post-grado en Salud Ocupacional para médicos. El número de especialistas en la materia no pasa de 25 en todo el país. Solamente 3 instituciones, una de ellas muy reciente (1989), preparan personal técnico y auxiliar (alrededor de 30 egresados en todo el país). El problema es aún más severo en el área de la Ingeniería Ocupacional"⁸³.

Esta realidad ha cambiado ligeramente en los últimos años por la presión para el cumplimiento de la ley colombiana en lo relativo a la salud de los trabajadores.

La incorporación de contenidos de la salud de los trabajadores en las cátedras de las diferentes escuelas, es absolutamente infrecuente. Existen, además, serias limitaciones en la disponibilidad de bibliografía específica para la consulta de primera mano de docentes y estudiantes. Los textos básicos son los convencionales de cada una de las disciplinas y por lo tanto con escasa información.

⁸³. Yépez, Francisco y Col. "La Salud en Colombia", op. cit., p. 418.

Si sabemos que la salud de los trabajadores no se circunscribe sólo a la patología laboral, se puede deducir que los aspectos relacionados con la higiene y seguridad laboral, legislación, ergonomía, toxicología, etc. no son conocidos por los estudiantes de medicina. De lo anotado se concluye que los médicos que egresan de las escuelas de medicina no cuentan con la información básica que se requiere para abordar los problemas de salud de los trabajadores. Las repercusiones de este vacío en la formación se manifiestan en los servicios de salud de los centros laborales, en la investigación, en la educación y capacitación de empleadores, trabajadores y público en general.

Un número indeterminado de médicos que laboran en los servicios de las empresas implementan acciones de salud exclusivamente en el campo de la medicina general. Son pocos los casos que desarrollan programas de salud de los trabajadores integrados a los equipos de higiene y seguridad.

Cosa similar sucede con otros profesionales de la salud, a pesar de que en la formación de enfermeras con mayor frecuencia se incluyen algunos contenidos. La enseñanza de esta disciplina en las escuelas de enfermería amerita una atención especial. Múltiples centros laborales cuentan solamente con la participación de profesionales de esta rama. Por ser el personal de enfermería, en un buen número de casos, la única persona que realiza actividades de salud en los lugares de trabajo, es necesario capacitarle en forma adecuada para que se encuentre en condiciones de detectar los problemas de salud relacionados con el trabajo, resolver los que se encuentren a su alcance, referir de la manera más adecuada y recomendar algunos cambios para mejorar las condiciones de trabajo.

En algunos países se forman ingenieros en seguridad industrial, psicólogos laborales, administradores de empresas, tecnólogos en higiene y seguridad, en saneamiento ambiental, etc. que tienen diferentes niveles de formación en salud de los trabajadores. Estos profesionales son absolutamente indispensables en la práctica multidisciplinaria.

1.2 VACIOS EN OTRAS PROFESIONES

Se conoce muy bien que para el conocimiento y práctica de la salud de los trabajadores es indispensable la participación de diferentes disciplinas y profesionales, de la ciencias sociales, de la ingeniería, psicología,

economía, antropología, etc. En la formación de cada una de ellas debería incluirse contenidos y métodos de enseñanza relacionados con la salud de los trabajadores, lamentablemente y con algunas variantes la situación es similar a lo que sucede en la formación de profesionales de la salud.

Se ha visto que en las instituciones públicas o privadas encargadas de la atención de los trabajadores en el campo de la salud, higiene y seguridad, los profesionales ingresan con grandes vacíos y su accionar es limitado. Por ejemplo, la preocupación de los responsables de la higiene y seguridad se centra en precautelar la integridad de las instalaciones y maquinaria, soslayando el cuidado de la salud de los trabajadores, afianzando de manera consciente o inconsciente únicamente los intereses del empresario.

1.3 LA EDUCACION ESCOLAR Y DE LA COMUNIDAD

No se tiene información disponible sobre la realidad de la educación en salud de los trabajadores, higiene y seguridad laboral en la educación pre-primaria, primaria y media. En algunas reuniones y congresos de varios países se encuentran recomendaciones relativas a la necesidad de educar en salud de los trabajadores desde períodos tempranos de la formación del alumno. Desde hace mucho tiempo, diferentes sectores han resaltado esta necesidad, por ejemplo una las conclusiones del II Congreso Nacional de Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales realizado en Lisboa en 1968 indica que "es indispensable y urgente que, en lo relacionado a la educación secundaria y media, se creen disciplinas autónomas de Higiene y Seguridad del Trabajo, específicamente en las escuelas técnicas (comercial e industrial) y en las escuelas agrícolas"⁸⁴.

En el Octavo Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo se indica que

"para que la educación en higiene y seguridad del trabajo forme parte de una política general de higiene y seguridad en todos los géneros de actividad humana, debe comenzar lo antes posible para inculcar hábitos apropiados desde la niñez. La forma como los padres se comportan en su trabajo es

⁸⁴. Durao, Alvaro. "A sensibilizacao dos futuros médicos pela Medicina do Trabalho". *Jornal do Médico*, LXXIII (1452): 885-888, Dezembro, 1970.

un ejemplo para los hijos. En muchos países se ha introducido en las escuelas la enseñanza de la seguridad en el tránsito; sería fácil extenderla a la educación básica sobre manipulación inócua de productos químicos, maquinaria o aparatos de uso tan frecuente en el hogar, la agricultura o la industria. En materias como la física y la química, se han de tratar cuestiones de higiene y seguridad cuando sea oportuno (riesgos de heridas, lesiones causadas por la electricidad, toxicidad de productos químicos, etc.). Los programas para estudiantes y aprendices deben contener temas relativos a la higiene y seguridad: hábitos de trabajo peligrosos; riesgos de herramientas, maquinaria y productos químicos; normas de seguridad; principios de la higiene del trabajo, por ejemplo, requisitos relativos al clima, la iluminación, técnicas para reducir los riesgos, principios de ergonomía (duración e intensidad del trabajo, posturas, levantamiento de pesos, fatiga, etc.)⁸⁵.

Como se puede notar, en algunos países desde los primeros niveles de la educación formal existen algunos mecanismos para transmitir conocimientos sobre el cuidado de la salud, unos pocos consideran como área de importancia la salud relacionada con el trabajo, la mayoría se concentran en los llamados programas de educación para la salud que dependiendo del país adquiere distintas modalidades, como cátedra independiente, como unidad de diferentes cátedras y en otros casos como contenidos aislados del curriculum. Sin embargo, los contenidos se circunscriben a los problemas tradicionales: enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, salud materno-infantil, salud bucal, salud mental, nutrición, primeros auxilios, etc. Difícilmente se encuentran contenidos o programas estructurados de salud de los trabajadores que sean partes esenciales de una política educativa nacional a todos los niveles.

En la educación para la salud a nivel escolar se reproduce lo que sucede en la educación de los profesionales de la salud a nivel superior. Formación biologicista que se le prepara al profesional para que responda básicamente en el plano curativo e individualizado de los problemas de salud. El egresado se encuentra incapacitado para interpretar el complejo salud- enfermedad como un proceso que tiene expresiones generales determinantes y subsumidas manifestaciones particulares, que existen leyes jerárquicamente ordenadas para explicar la esencia del fenómeno, que adquiere características diferentes de acuerdo a la clase o grupo y al desarrollo histórico de la sociedad, que el proceso salud-enfermedad se encuentra en íntima relación con las condiciones de vida del individuo y su familia.

⁸⁵. OMS. "Enseñanza y Formación Profesional en Higiene y Seguridad del Trabajo y en Ergonomía", Serie de Informes Técnicos 663, Ginebra, 1981, p. 38.

A nivel comunitario el fenómeno es similar,

"la educación sanitaria mantiene con frecuencia un enfoque paternalista y autoritario. Muchos administradores siguen creyendo que ver una película, contemplar un cartel o escuchar una conferencia conducirán al individuo por el buen camino...los métodos coercitivos empleados con frecuencia para combatir las enfermedades epidémicas o parasitarias no son aplicables a cuestiones como la higiene personal, la lactancia natural, el hábito de fumar, el alcoholismo y el consumo excesivo de alimentos y medicamentos" ⁸⁶.

La preocupación por los problemas de salud relacionados con el trabajo es casi nula. Los campesinos usan plaguicidas de manera indiscriminada y con bastante desconocimiento de los riesgos para la salud, de la contaminación del ambiente y de las medidas de protección y control.

1.4. NECESIDADES DE EDUCACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES EN LOS NIVELES BASICOS

Si se considera que la información y la posibilidad de cambios actitudinales son importantes para la promoción de la salud y para la prevención profunda no se puede aceptar que en la época actual persistan todavía grandes vacíos en la formación de recursos humanos en salud de los trabajadores y en la posibilidad de mantener informados a los más amplios sectores de la sociedad.

En el momento actual existe una seria preocupación por **vincular el trabajo a la educación** en los diferentes niveles de la formación del alumno, inquietos por "la evidente sobreproducción de profesionales que no

⁸⁶. OMS. Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria en Salud. Serie de Informes Técnicos 690, Ginebra, 1983, p 11.

encuentran empleo y que, además, están sobrecalificados para desempeñarse en el sector informal y por la creciente población infantil, juvenil y adulta dedicada hoy, por efecto de la crisis, a la economía informal"⁸⁷.

La posibilidad de **incluir en el proceso educativo actividades productivas** se plantea en varios planes de desarrollo de América Latina, inclusive en una parte de la declaración de los Ministros de Educación de América Latina en abril de 1991 se reafirma esta inquietud:

*"La situación de crisis y la situación de demandas democráticas han estimulado la formulación de propuestas -compartidas por un creciente número de gobiernos- tendientes a la reactivación de las economías mediante la transformación de las estructuras productivas, el fortalecimiento de los procesos de integración regional y la búsqueda de un modelo de desarrollo más equitativo como fundamentos de una nueva estrategia de desarrollo para América Latina y el Caribe en los años noventa. Dichas propuestas destacan la doble contribución que deberá hacer la educación, tanto como elemento clave de una política social que promueva un tipo de desarrollo con mayor equidad, como en la formación de recursos humanos capaces de **incorporarse activamente a un mundo del trabajo** que reviste nuevas características: creatividad, inteligencia y solidaridad"⁸⁸.*

La vinculación temprana del alumno a las actividades productivas no ha quedado sólo en declaraciones. En varios países y desde hace algunos años existen modalidades de educación en este sentido, es el caso de la educación técnica, el bachillerato humanístico-técnico, la formación polivalente no especializada, etc. A nivel de las políticas educativas nacionales existen decisiones importantes en este sentido, por ejemplo el Ministerio de Educación del Ecuador en 1991 formuló

"una política y un programa de Educación y Trabajo señalando tres campos de acción: fortalecimiento de la relación entre educación y trabajo; la orientación, el mejoramiento y la ampliación de la estrategia de las Unidades Educativas de Producción hacia todos los planteles que las instrumenten y la reorientación de la capacitación ocupacional"⁸⁹.

⁸⁷. Varios autores. "Consulta Nacional Educación Siglo XXI", Documento Base, MEC, Quito, Enero 1992.

⁸⁸. Varios autores. "Consulta Nacional Educación Siglo XXI", Op. Cit. , p. 5. (lo resaltado es nuestro).

⁸⁹. Ibid.

La vinculación de la educación al trabajo es, por lo tanto, una realidad y esto significa que cada día un mayor número de alumnos de los diferentes niveles de enseñanza estarán compartiendo los estudios con la actividad laboral, expuestos a condiciones de trabajo que pueden ser perjudiciales para su salud. Es una necesidad impostergable incluir en esta formación componentes de la salud de los trabajadores, en los contenidos curriculares como en las acciones que se encuentren encaminadas a la protección de la salud de los educandos y educadores.

Desde el primer contacto del alumno con el trabajo se encuentra expuesto a condiciones laborales que de una u otra manera pueden comprometer su salud. El ruido, las condiciones térmicas, iluminación, exposición a sustancias químicas, posiciones y ritmos de trabajo son, entre otros, procesos peligrosos capaces de ocasionar múltiples enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo. Las otopatías ocupacionales, alteraciones del órgano de la visión, problemas respiratorios, cáncer, intoxicaciones con plaguicidas y otras sustancias químicas, los traumatismos de toda naturaleza, deformaciones morfológicas son sólo un ejemplo de las eventualidades patológicas que pueden sufrir los alumnos incluidos en el proceso de enseñanza que vinculan el estudio con el trabajo. Tanto en el período de formación como en el de inserción definitiva al sector productivo estas eventualidades y muchos otros no dejan de estar latentes, es necesario, por lo tanto, tomar todas las precauciones que la compleja realidad exige.

En consideración a lo señalado, es importante conocer estas nuevas modalidades de la educación para incorporar en los planes y programas de estudio componentes de la salud de los trabajadores. El alumno debe conocer cuáles son los procesos peligrosos que existen en los lugares de trabajo, los problemas de salud que resultan de la exposición a estos procesos, los mecanismos de seguridad y prevención. A más de la información y formación de los alumnos en este campo, los centros educativos y de manera especial los que vinculan el estudio al trabajo, deben contar con programas de higiene y seguridad que garanticen la existencia de condiciones de trabajo favorables para la salud.

Recapitulando se puede afirmar que existen muchas razones para formar y capacitar en salud de los trabajadores en todos los niveles básicos:

- a) Progresiva integración de la educación con el trabajo desde períodos tempranos de la formación del alumno.
- b) Un alto porcentaje de la población de América Latina se encuentra vinculada a alguna actividad productiva. En la mayoría de los países representa el 33% de la población general.
- c) Las tasas de morbilidad y mortalidad laboral no han disminuido en la mayoría de los países y en algunos inclusive han aumentado.
- d) Elevado subregistro de las enfermedades, accidentes y molestias relacionados con el trabajo.
- e) La disminución del tiempo medio de vida activa y la baja de productividad resultante de lesiones y dolencias relacionadas con el trabajo representan situaciones que difícilmente el trabajador y la familia pueden soportar.
- f) Notable desconocimiento de la salud de los trabajadores, de los procesos peligrosos que se encuentran en la actividad laboral, de los problemas de salud, de las formas como reconocerlos y evaluarlos, de las medidas de promoción y prevención. Este desconocimiento se da en todos los niveles, en los profesionales y estudiantes del sector salud, trabajadores, empleadores, educadores para la salud, maestros y escolares.
- g) Falta de personal capacitado y especializado en salud de los trabajadores.
- h) Baja disponibilidad de recursos instrumentales y bibliográficos relacionados con la salud de los trabajadores.

2. IMPORTANCIA DE LA INCORPORACION DE LA PREVENCION EN EL TRABAJO EN LOS NIVELES BASICOS DE ENSEÑANZA

La Salud y el Trabajo I

A pesar de las similitudes que existen entre los países de América Latina, se encuentra también una amplia heterogeneidad, la misma que se refleja en diferentes ámbitos de la vida social. El sistema educativo es igualmente, de amplia diversidad, inclusive a lo interior de cada uno de los países. La primera diferenciación se da entre educación pública y educación privada y dentro de ellas existen también notables diferencias que se refieren a los recursos, infraestructura, calidad de los docentes, métodos pedagógicos, etc.

Otro aspecto que marca una importante diferencia en el sistema educativo de los países es la separación entre educación en las áreas urbanas y las rurales, haciéndose más notable para la educación primaria. En el Ecuador, por ejemplo, en las ciudades generalmente existen profesores para cada uno de los grados y para un número determinado de alumnos, en cambio en las zonas rurales, la mayor parte de centros educativos funcionan con uno o dos profesores para toda la escuela.

El acceso a la educación y dentro de ellas a las diversas modalidades (públicas o privadas, desarrolladas o poco desarrolladas) no es un asunto que depende de la voluntad de las personas. Los aspectos socio-económicos y culturales de los diferentes grupos definen la inserción en el aparato educativo. Estas diferencias a su vez ubican a las personas en niveles heterogéneos de formación. La educación a igual que la salud se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones de vida, con la pertenencia a tal o cual clase o grupo social, a la forma como recibe la riqueza social.

En una publicación del CIDE (Chile en 1990) se hace referencia a lo que pueden esperar los pobres de la educación en varios países de América Latina.

"Si nuestra educación es pobre, paupérrima es la que les toca a los pobres. Los pobres: áreas rurales, zonas urbano-marginales, sectores de bajos ingresos, grupos indígenas, estratos populares. Los pobres: los ubicados hacia abajo en los gráficos de ingreso, nutrición, salud, vivienda, educación, y los ubicados hacia arriba en los gráficos de enfermedad, mortalidad, fecundidad, desempleo, analfabetismo. Los que llenan las barritas más bajas de acceso y permanencia en el sistema educativo, y las barritas más altas de repetición, deserción y fracaso escolar.....en lo que hace a la educación, a los pobres les toca por todos lados: por lo extra-escolar y por lo intra-escolar. A las condiciones socio-económicas desfavorables de partida, se agregan las deficiencias de la enseñanza. Los pobres no sólo tienen menos acceso a la educación sino que reciben es de peor calidad, son los que comen poco y

*mal, no tienen una buena cama para descansar bien, caminan largos trechos para ir y venir de la escuela. Los que no tienen buena luz ni ventilación ni escritorio propio ni biblioteca. Los que deben trabajar, cuidar a los hermanos menores, ayudar en las tareas domésticas. Los que no tienen padres ni con la instrucción ni con el tiempo suficientes para apoyar en las tareas académicas*⁹⁰.

La planificación de la educación en general y de la educación en salud de los trabajadores no puede abstraerse de la compleja realidad en la que viven los diferentes grupos sociales, debe considerar como referente los "estilos de vida" de las clases sociales a quienes va dirigida la educación. Estos estilos de vida diferenciales tiene expresiones concretas en la familia y en el individuo, ahí es donde se ponen de manifiesto, además, otros aspectos de la cultura, costumbres y relaciones interpersonales.

*"No hay que olvidar que es en el nivel del individuo y de la familia en donde se forman los valores. Es en el hogar donde primero el niño aprende a comportarse. Estos procesos se extienden después a la escuela, que ejerce un influjo decisivo en el futuro estilo de vida del individuo a través de la socialización secundaria y formal, y al lugar de trabajo"*⁹¹.

Es supremamente importante tener presente estos referentes cuando se intenta planificar la educación y capacitación en salud de los trabajadores, más aún cuando se desea incursionar en espacios que hasta el momento no ha sido posible llegar. La educación en salud de los trabajadores, higiene y seguridad laboral tiene como reto para la presente etapa desarrollar y fortalecer la formación, capacitación e información en la población de los niveles educativos de la **pre-primaria, primaria y media**, considerando como un sector especial a la **educación técnica**. Como son áreas donde menos se ha trabajado, los planteamientos que se hacen a continuación consideran esos niveles de enseñanza, no se hablará en esta ocasión de los niveles universitarios de pre y postgrado.

- En la mayoría de países de América Latina un porcentaje alto de la población infantil y adolescente distribuye su tiempo en la educación y el trabajo. En el área rural los escolares trabajan con sus padres o familiares en las tareas agrícolas, tanto en la época de vacaciones como en las horas que no acuden a la

⁹⁰. Instituto Fronesis. "Pobre la Educación de los Pobres", Hoy, Quito, febrero 1992.

⁹¹. OMS. "Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud". Op. cit. p 21.

escuela. Cosa similar sucede en el trabajo artesanal de las ciudades. Se ha podido ver también que los niños y adolescentes provenientes de familias de escasos recursos tiene que estudiar en la noche para poder trabajar en el día, es decir, existe una amplia modalidad de vinculación al trabajo de jóvenes que a su vez se encuentran estudiando.

- En muchos países existen niveles altos de deserción escolar, especialmente en las áreas rurales. En éstas la incorporación del niño o joven a las actividades productivas es muy temprana, exponiéndose a una diversidad de procesos peligrosos para la salud sin ninguna protección.
- Existe otro sector de la población juvenil que solamente se ocupa en las tareas escolares, pero que son trabajadores en potencia y pronto se vincularán a cualquier proceso laboral.
- Como trabajadores en potencia o como futuros profesionales responsables del cuidado de la salud de sus semejantes, los escolares tienen que conocer la manera cómo las condiciones de trabajo impactan en la salud, en la perspectiva de participar activamente en la búsqueda de soluciones, de ahí la necesidad de incorporar lo más temprano posible **contenidos de salud de los trabajadores** en todas las modalidades del sistema educativo y que lleguen a los más amplios sectores.

"Los sistemas educativos deben incorporar en sus planes normales de estudio programas de enseñanza y formación profesional en higiene y seguridad del trabajo. En la fase anterior al empleo, la educación debe iniciarse lo antes posible para inculcar hábitos apropiados desde la niñez. Los programas para estudiantes o aprendices deben cubrir los aspectos generales de la higiene y seguridad, así como los especialmente relacionados con la futura profesión" ⁹².

2.1 LA EDUCACION Y EL TRABAJO

Varios países de América Latina, acogiendo los planteamientos y objetivos del Proyecto Principal de la UNESCO para América Latina y el Caribe, y en respuesta a las necesidades urgentes de la sociedad,

⁹². OMS. "Enseñanza y Formación Profesional en Higiene y Seguridad del Trabajo y en Ergonomía", Op. cit. p. 14.

deciden fortalecer y desarrollar políticas educativas sustentadas en la incorporación del trabajo al estudio.

Partiendo de la idea de que en la mayoría de los países ha existido una falta de correspondencia entre las características y necesidades de la producción con el sistema educativo, es frecuente observar la presencia de recursos humanos egresados de los centros educativos con una formación que no responde a las exigencias de nuevos procesos productivos y a los cambios tecnológicos que han aparecido en los últimos años.

"La educación es disfuncional con respecto a las necesidades socio económicas, en la medida en que no se han integrado al diseño curricular planteamientos que vinculen la teoría con la práctica y con el desarrollo de destrezas y habilidades para el trabajo productivo y para el mejoramiento de la calidad de vida. Inclusive la educación técnica ha mantenido una desarticulación con los cambios operados en el sistema económico, que exige conocimientos relacionados con la producción, distribución, intercambio y consumo. Esta disfuncionalidad de la educación se manifiesta, con caracteres preocupantes, en cuanto tiene relación a la formación de la juventud, que no logra condiciones favorables para su participación en el mundo del trabajo. El sistema educativo no ha posibilitado que los niños desde la escuela desarrollen su aprendizaje en concordancia con los procesos de trabajo"⁹³.

En esta cita que toma como base los lineamientos básicos de una propuesta educativa del Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador, queda reflejada de manera clara la intención del Estado de vincular a los jóvenes al trabajo lo más pronto posible, sin embargo, no se piensa en la necesidad de proteger la salud.

Por otro lado, es necesario recordar la importancia que tiene **el trabajo** en la sociedad en general y de manera particular en la formación del niño y del joven. Es el trabajo el nexo obligado entre la sociedad y la naturaleza, el cimiento y motivación de la cultura. Entendido así al trabajo, el sistema educativo debe incorporarle como un elemento central, como un componente del desarrollo integral del ser y no como un factor mecánico de la producción.

⁹³. Ministerio de Educación y Cultura. "Educación y Trabajo, Lineamientos Básicos de una Propuesta Educativa". Centro de Artes Gráficas SECAP, Quito, 1991, p. 6.

La educación para el trabajo "persigue cultivar la laboriosidad, dominar el arte profesional, los hábitos y la destreza productiva que se revelan en la actitud consciente, creadora ante el trabajo"⁹⁴.

La educación y el trabajo considera a la participación activa de los alumnos, profesores, padres de familia y colectividad como el elemento central del proceso educativo, permitiendo el desarrollo de los principios de solidaridad, cooperación mutua y trabajo compartido. Posibilita, a su vez, reconocer la diversidad de los procesos productivos, de las diferentes modalidades de trabajo y de las diferentes manifestaciones culturales vinculadas al trabajo. Ofrece las condiciones más adecuadas para desentrañar "la articulación dinámica entre el saber popular, la innovación tecnológica y el conocimiento científico, lo que implica relacionar los contenidos de las ciencias básicas con el proceso de producción dentro del contexto socio-cultural"⁹⁵.

La vinculación del trabajo con la educación propicia la generación de formas productivas de tipo cooperativo, la creación de pequeñas empresas mixtas que de alguna manera dan respuesta al desempleo y subempleo, ofreciendo, además, productos para satisfacer las necesidades básicas de la colectividad a precios reducidos. La posibilidad de que el niño y el joven se integre a la producción socialmente útil desde épocas tempranas de su formación, permite acelerar su desarrollo intelectual, psicológico y físico, rompiendo las barreras y los plazos de autoafirmación del joven ante la sociedad. Por último, es una excelente oportunidad para que se vayan rompiendo los prejuicios e inadecuadas comparaciones entre el denominado "trabajo manual" y "trabajo intelectual".

La incorporación temprana del niño o joven al trabajo no significa que deben realizar actividades productivas al margen del proceso educativo o que se conviertan en la **mano de obra barata** de empresas poderosas, todo lo contrario, se trata de ofrecerles las mejores condiciones para su formación integral y realización plena, en donde el trabajo, íntimamente ligado a la educación, juega un papel

⁹⁴. Pazmiño, M. "**Reflexiones para una Educación Humanista, Científica, Popular y Progesista**". UNE, Edicentro, Riobamba, 1992. p. 17.

⁹⁵. Ministerio de Educación y Cultura. "**Educación y Trabajo**". Op. cit. p. 14.

preponderante en el cumplimiento de estos grandes objetivos. Otra cosa es que el alumno de educación media sea el ente activo de actividades de producción y comercialización que forman parte de programas educativos en los que participan los propios alumnos, profesores, padres de familia y colectividad. Es decir, esas actividades productivas son partes intrínsecas del proceso de formación autárquica de los jóvenes.

La vinculación de la educación al trabajo no debe inscribirse en el intento de las políticas neoliberales del Estado tendientes a ofrecer a las empresas mano de obra barata, formada dentro de las leyes del mercado.

Algunas modalidades de educación y trabajo

A pesar de que las formas educativas de tipo productivas son experiencias de los últimos años, todavía con grandes limitaciones y deficiencias, existen en los países una amplia variedad de procesos que obedecen también a una diversidad de enfoques, tendencias y metodologías. A manera de ilustración se señalarán las más importantes existentes en el Ecuador, intentando simplemente ratificar la idea de que existe en el país la necesidad urgente de incorporar en la educación los programas de salud de los trabajadores.

1. **Educación técnica y profesional**, que se encuentra incluida en la educación formal escolarizada para preparar a jóvenes y adultos en un sistema que ubica al trabajo en el núcleo del curriculum. Esta formación profesional y técnica se la realiza por medio de los colegios técnicos e institutos superiores que imparten enseñanza especializada (agropecuaria, industrial, artesanal, etc.) a partir del cuarto año de educación secundaria (décimo grado de la educación regular).
2. **El de la educación regular** que ha intentado incorporar acciones laborales en la educación como las experiencias de los **huertos escolares**, la creación de las denominadas **opciones**

prácticas que incluyen las áreas de cerámica, carpintería, electricidad, mecánica, mecanografía, etc. En los programas de **educación de adultos** se ha intentado superar las acciones exclusivamente instructivas de lectura, escritura y cálculo a la aplicación de un modelo curricular que tome como eje central la producción y el derecho al trabajo. Este último "considera tres ejes fundamentales: lo instruccional, lo formativo y lo organizativo, manteniendo un equilibrio de todos los elementos en el tratamiento de los módulos y unidades del diseño"⁹⁶.

3. **La capacitación ocupacional** que utiliza una amplia diversidad de estrategias como las unidades educativas de producción, el bachillerato humanístico-técnico, bachillerato polivalente, etc., se encuentra dirigida a jóvenes y adultos con la finalidad de integrarlos a los procesos productivos y donde el trabajo es el aglutinador del proceso de aprendizaje.

Otras modalidades

A más de estas modalidades, algunos organismos internacionales como la UNESCO, OEA, BID, etc. se encuentran empeñados en promover, impulsar y desarrollar programas que vinculen la educación con el trabajo, el "Proyecto Multinacional de Educación para el Trabajo", el "Proyecto de Mejoramiento y Expansión de la Educación Técnica", "Educación Preescolar no Formal", "Educación Básica de Adultos", "Capitación Ocupacional" son algunos ejemplos de estos intentos.

Todas estas modalidades, con algunas diferencias específicas han cobrado un importante impulso en los últimos años. Unos se encuentran en plena vigencia y otros en proceso de estructuración, procurando formar alumnos que se vinculen tempranamente a la producción, no simplemente como mano de obra barata para las grandes empresas, sino más bien como recurso humano capacitado para la integración dinámica a la diversidad del proceso productivo, formando, además, cooperativas mixtas de producción en las que se incluyan el Estado, alumnos, profesores y comunidad; microempresas de producción y comercialización, etc.

⁹⁶. Ibid.

Actividades realizadas

El sistema educativo de los diferentes países, entre ellos del Ecuador se encuentran empeñados en dar un importante impulso de la educación y el trabajo, existe la decisión política, canalización de recursos, programas de concientización, etc.

Para cumplir con este objetivo se han realizado varias acciones, amplia difusión de planes operativos de educación y trabajo, utilizando seminarios, talleres, material educativo, etc.; levantamiento de inventarios de establecimientos educativos de los niveles primario y medio que realizan programas, proyectos o actividades que vinculen la educación con el trabajo; capacitación a docentes, autoridades, supervisores, integrantes de comités de salud, etc. sobre los principios y mecanismos operativos de la educación y trabajo; determinación de las instancias departamentales encargadas de estos programas; realización de talleres y seminarios con la participación de autoridades, profesores, alumnos, padres de familia y colectividad; elaboración de programas específicos y ejecución de proyectos pilotos.

Revisada la documentación de estos planes, programas y proyectos educativos, existe un importante vacío de estructuras curriculares que incorporen la **salud de los trabajadores**, protección y prevención de la salud en los centros escolares que mantienen la actividad laboral en cualquiera de sus modalidades. En algunos colegios técnicos y profesionales existe la cátedra de "Higiene Industrial", como asignatura aislada que más bien resulta para el alumno una carga más dentro del pesado plan de estudios. La salud de los trabajadores, la higiene y seguridad laboral debe transformarse en una estructura intrínseca de la educación ligada al trabajo, como una teoría y práctica cotidiana, en la que tanto alumno como profesor y la comunidad lo ejerciten en cada uno de sus actos. Para llegar a esta situación es necesario seguir un proceso con planes y programas adecuados, respaldado de una efectiva decisión política y los recursos necesarios.

Algunas modalidades

Tiene mucha importancia la revisión, estudio e investigación de las diferentes **modalidades** que tienen cada uno de los países para vincular la **educación al trabajo**, de ello depende también la diversidad de los planes y programas de salud de los trabajadores. No es posible implementar modelos únicos de educación en o programas de protección y prevención en todas las modalidades educativas de educación y trabajo, tampoco trasladar mecánicamente modelos de un país a otro. Es necesario analizar las características de cada uno de las alternativas de educación y de acuerdo a ello estructurar el **currículo específico de salud de los trabajadores**. Los objetivos, contenidos, metodología, sistemas de evaluación, las medidas de protección y prevención tendrán que ser absolutamente correspondientes con las particularidades de esas alternativas educativas. Por ejemplo, en los centros de educación regular de nivel secundario, que su currículum no incorpore el trabajo como actividad central, la educación en este campo deberá impartirse como parte integrante de algunas asignaturas como Física, Química, Ciencias Naturales, etc. y se realizarían algunas acciones complementarias de protección y prevención. Detalles al respecto se verá más adelante. En cambio, en los colegios técnicos la formación y los programas de salud de los trabajadores deberían tener otra dimensión y otras características, los procesos peligrosos a los que se encuentren expuestos y los problemas de salud serán similares a los que tienen los obreros industriales, trabajadores agrícolas y artesanos, la educación y las acciones encaminadas a cambiar las condiciones de trabajo y proteger la salud deberán contar con mayores recursos, con una carga horaria más intensa, con programas más amplios y diversos.

Educación en la cultura del trabajo

La integración de la educación con el trabajo es, como se ha visto, una experiencia relativamente nueva, se encuentra poco difundida y todavía no es una realidad predominante en el sistema educativo de la mayoría de los países, en tal virtud, es necesario desarrollar la conciencia y una **cultura del trabajo**. La actividad laboral debe transformarse en el centro aglutinador del sistema curricular.

"El eje fundamental que viabiliza en la práctica la vinculación educación y trabajo surge de un proceso de replanteo curricular. En este caso se plantea la concepción y el desarrollo de un currículo dinámico; en esta perspectiva, este currículo se concibe como un proceso

*sistémico que permanentemente investiga, organiza y orienta el aprendizaje y el proceso educativo en general, considerando como núcleo generador al trabajo productivo*⁹⁷.

Para que estos planteamientos se hagan realidad, es necesario fomentar por todos los medios la importancia que tiene el trabajo en la formación del ser. Desde la preprimaria, continuando con la primaria y afianzándose en la secundaria, el sistema educativo debe incluir programas que permitan al alumno "aprender haciendo" y posteriormente "aprender produciendo". Esto, como se había señalado anteriormente, de ninguna manera intenta desviar al alumno hacia la incorporación al proceso productivo, descuidando los ámbitos de la formación, recreación, desarrollo integral y de reproducción como ser social.

Es necesario desarrollar estrategias educativas que permitan, en la práctica, fortalecer la "cultura del trabajo", uno de los mecanismos sería aumentando la frecuencia del contacto de los niños con la naturaleza, con diferentes formas laborales; permitiendo que estos pequeños alumnos realicen actividades laborales de complejidad creciente, fomentando el trabajo de grupo, etc.

Creadas estas condiciones, **la educación en salud de los trabajadores** resulta como una necesidad natural y no requiere de mayores esfuerzos para afianzarse y pasar a formar parte inseparable del sistema educativo de niños y jóvenes.

El trabajo en esta etapa debe ser el componente de la formación integral del niño o joven, vinculado estrechamente al proceso educativo. El objetivo no es incorporarles a la producción al margen del proceso de formación. No se trata de una alternativa solapada para conseguir mano de obra barata o para atenuar la crisis en que viven los sectores populares que busca alivianar la carga con el trabajo del niño.

2.2. ALGUNAS DIFICULTADES QUE SE DEBEN VENCER

⁹⁷. Ministerio de Educación y Cultura. "Currículo Dinámico de Educación y Trabajo". Comisión Técnica Nacional de Educación y Trabajo, mimeo, Quito, 1992.

Existen numerosos obstáculos que dificultan la posibilidad de desarrollar programas educativos en salud de los trabajadores a todos los niveles y que deben ser conocidos para superarlos:

- a) La educación a escolares y secundarios debe considerar las limitaciones que persisten en la formación de los profesionales de la salud, especialmente de médicos, y de los maestros. Como se señaló en líneas anteriores, los profesionales de la salud tienen una deformación biologicista, asistencial y curativa e intentan hegemonizar el conocimiento, creyéndose los únicos portadores de la verdad el saber en salud sigue siendo un privilegio de pocos. Esta particularidad dificulta también el trabajo en equipo, el médico difícilmente acepta ser dirigido por otro profesional que no sea de su área o que según su concepción sea de "menor jerarquía". No se entiende que la salud de los trabajadores incorpora concepciones y prácticas que trascienden al campo de la medicina, que los aspectos de la sociología del trabajo, de la economía, de la ingeniería laboral, de la psicología, de la política, de la legislación, etc. juegan un papel igualmente importante. Esto sólo es posible entender cuando se considera a la salud de los trabajadores como un amplio y complejo proceso, sujeto a una variedad de leyes históricamente determinadas y jerárquicamente establecidas.

- b) Los profesores, por otro lado, se mantienen en los sistemas convencionales de la educación, inducen al alumnos a ser memoristas, repetitivos, acríticos y con poca posibilidad de desarrollar una actitud creativa. La educación convencional mantiene todavía modelos curriculares lineales y fragmentarios, con una organización unidireccional y parcial de las disciplinas, con una supervisión controladora y punitiva, con profesores que en lugar de ser facilitadores del aprendizaje son obstaculizadores del mismo. En las áreas técnicas de la educación, la formación es eminentemente teórica, con serias limitaciones en los materiales de apoyo al aprendizaje, con escasos recursos y con una falta de integración del educando con la colectividad.

En correspondencia con el sistema educativo hegemónico, la educación sanitaria dirigida a alumnos y comunidad, además de que no incorporan contenidos de salud de los trabajadores, tiene la particularidad de ser paternalista y autoritaria. En estas circunstancias, tanto profesores como alumnos son reactivos al cambio y con dificultad aceptan nuevos métodos educativos y nuevos contenidos, la salud de los trabajadores les parecerá como algo extraño y de poca importancia. En la práctica médica

existe predominancia del ámbito curativo, la promoción de la salud y la prevención profunda se encuentra lejos de la óptica de las acciones de salud.

- c) En la colectividad y a veces en los mismos profesionales de la salud existen ideas incompletas o distorsionadas de la esencia de la salud de los trabajadores. No sirve solamente para otorgar indemnizaciones a los trabajadores o familiares en el caso de accidente del trabajo, enfermedad o muerte; su ámbito de acción no se circunscribe exclusivamente al sector industrial. Existen otras formas de trabajo como el agrícola, artesanal, servicios, el de oficina, doméstico, etc. que igualmente presentan condiciones específicas atentatorias para la salud. La salud de los trabajadores no se preocupa solamente del individuo trabajador para diagnosticar y tratar las enfermedades y accidentes del trabajo, tiene especial preocupación por el conocimiento, promoción y prevención en amplios grupos laborales. Los exámenes de preempleo y periódicos no constituyen un filtro para impedir que los trabajadores ingresen o continúen en su trabajo, a pesar de que en algunas ocasiones se los usa como tal. Estas y otras apreciaciones erróneas deben ser eliminadas del criterio común, la educación y difusión permanente en este campo es uno de los caminos.

3. POLITICAS SOBRE EDUCACION Y CAPACITACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

- 3.1** Una de las políticas fundamentales de la educación en salud de los trabajadores tiene que estar dirigida a la promoción y prevención, al conocimiento de las condiciones de trabajo susceptibles de ocasionar accidentes, enfermedades y molestias, con el objetivo de transformarlas en beneficio de los trabajadores y de la comunidad.
- 3.2** La planificación de la educación en salud de los trabajadores debe incluir a todos los niveles del sistema educativo: pre-primaria, primaria, secundaria, superior y educación especial.
- 3.3** Toda política de enseñanza y formación en salud de los trabajadores debe iniciar con un análisis de las condiciones concretas de cada país en lo referente al grado de desarrollo social y económico, a las características de las formas productivas, a la situación del sistema de salud y educación, a la cultura y

costumbres de su pueblo. De manera particular, debe encontrarse en correspondencia con las diferentes modalidades que adopta la vinculación del trabajo a la educación.

- 3.4** "El plan debe ser de utilidad práctica para satisfacer las necesidades inmediatas, pero también lo bastante dinámico para responder a las necesidades que posteriormente puedan surgir"⁹⁸. En otras palabras, la estructura curricular, los planes y programas de educación en salud de los trabajadores deben considerar que el avance del conocimiento y de la tecnología obligan a su revisión y cambio permanente.
- 3.5** La educación y los programas de salud de los trabajadores en todos los niveles deben considerar los aspectos que interesan a las organizaciones de trabajadores, a los empleadores, a los centros e instituciones educativas, servicios de salud y comunidad en general.
- 3.6** La educación en salud de los trabajadores debe iniciar sensibilizando y elevando el nivel de conciencia en los directivos y ejecutivos, autoridades de las instituciones de educación, planificadores educativos y supervisores.
- 3.7** Para que la educación en salud de los trabajadores y para que los programas en este campo tengan viabilidad, es necesario que se cambie el sistema de formación de los educadores. Las facultades, escuelas o institutos pedagógicos deben hacer una revisión de la metodología y contenidos en la formación de los profesionales de la educación, incorporando las particularidades de la relación educación y trabajo, y dentro de ello los aspectos de la salud de los trabajadores.
- 3.8** La formación y capacitación debe estar debidamente respaldada por cuerpos legales, por los recursos adecuados y por la decisión política de impulsarla y desarrollarla.

⁹⁸. OMS. "Enseñanza y Formación..Op. Cit., p 12.

- 3.9** Cualquier plan educativo debe contar con una adecuada planificación de carácter nacional y regional, elaborado por un equipo multidisciplinario y multisectorial receptivo de las inquietudes, necesidades y aportes de las organizaciones laborales, empresarios, directivos, alumnos, profesores y colectividad.
- 3.10** Cuando se habla de salud de los trabajadores que incorpora a la higiene y seguridad, es necesario pensar en un sentido integral. Esto significa que existen varios niveles de acción. El primero se ubica en la triada **educación-trabajo-salud**, es decir, el momento en que el alumno, como parte de su formación, se incorpora al trabajo y fruto de lo cual puede comprometerse su salud. El segundo considera a **todas las circunstancias** que rodean al alumno en su actividad en el centro educativo, independientemente que se encuentre o no relacionado con el trabajo, incluyen, por ejemplo, los riesgos en la recreación, en la práctica de Educación Física, etc. El tercer nivel se refiere a **las condiciones de trabajo y salud de los profesores**, entendiendo que las características de la educación y las condiciones específicas que existen en el centro educativo, con algunas diferencias particulares, son compartidas por alumnos y profesores. Comprendiendo además, que de la interacción entre unos y otros surgirán situaciones especiales capaces de ocasionar cambios de diferente naturaleza y magnitud especialmente en la esfera de la salud mental de alumnos y profesores.

A pesar que en el esquema N° 16 se hace énfasis en los procesos peligrosos para la salud de alumnos y profesores, es necesario recuperar las condiciones que promueven la salud. Como señala Breilh, en la sociedad existen **procesos destructivos** y **procesos protectores** para la salud. Las relaciones de solidaridad entre compañeros, las organizaciones de alumnos y profesores se encuentran dirigidos a crear condiciones que inciden de manera positiva en el bienestar y salud de las colectividades. Igual cosa sucede con la recreación, la práctica de la educación física y múltiples actividades que se realizan en los centros educativos.

A pesar de que cuando se habla de salud de los trabajadores existe algún grado de especificidad, no hay que olvidar de la estrecha relación que existe con otros ámbitos de la vida social, por lo tanto, en la educación se debe contemplar el desarrollo de un pensamiento sanitario integral. Las acciones deben estar encaminadas a la promoción integral de la salud y la vida.

quedado como una simple buena intención; los alumnos de pre-primaria, primaria, secundaria, educación técnica y educación especial se mantienen todavía al margen de los programas educativos en esta área. Una de las primeras cosas que se debería hacer es analizar las razones por las cuales en cada uno de los países eso no ha sido posible. Está por demás decir que en el análisis habrá que partir de un marco teórico que permita desentrañar los determinantes estructurales y las expresiones particulares, diferenciar las razones esenciales y principales de las secundarias y accidentales.

En otras palabras, el análisis deberá trascender lo fenoménico y aparente para enmarcar al proceso de enseñanza-aprendizaje en el complejo relacional que permitiría acercarse de manera científica al objeto de estudio. Por estas razones, una de las principales estrategias para que realmente se incorpore la salud de los trabajadores a todos los niveles educativos es la **investigación en el área educacional** y de manera particular en la **educación para la salud**.

"A partir del análisis de las relaciones que en un determinado momento histórico existen entre las instituciones de salud y la estructura social, el conocimiento del sentido y magnitud de una serie de fuerzas de presión que interactúan entre el sistema de salud y el sistema político, económico e ideológico de una sociedad concreta, se busca hacer un análisis de los contenidos curriculares, de las metodologías utilizadas y de las prácticas pedagógicas prevalentes"⁹⁹.

La estimulación y apoyo a la investigación debe servir para el perfeccionamiento de una tecnología apropiada de educación y comunicación y de procedimientos innovadores acordes a la realidad específica de cada país, región y grupo social al que vaya dirigida la educación.

En un **segundo momento** la investigación ofrecerá la información sobre las características de la educación técnica, de las modalidades de vinculación del trabajo al estudio, de las necesidades productivas de la colectividad, de las motivaciones de los alumnos y profesores, etc. que servirán de base para determinar la **manera cómo será conducido** el plan de estudios en salud de los trabajadores,

⁹⁹. Davini, M.C. et. al. **La investigación en el Area Educacional**" Serie Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, Washington, 1990, p. 24.

las **nuevas metodologías**, la **producción de materiales instruccionales**, considerando, entre otras cosas, los aspectos culturales de la región, lenguaje, costumbres, etc.

En un **tercer momento** la investigación educacional servirá para evaluar los programas, las acciones y los resultados que se esperaba obtener con el proceso.

La investigación no debe ser sólo el punto de partida, es necesario que acompañe de manera permanente al proceso educativo, detectando la realidad cambiante, las **necesidades sentidas** de los alumnos y de la colectividad, los avances y limitaciones, y aportando con los nuevos conocimientos de la ciencia y la tecnología.

En la mayoría de los países no existe un programa educativo en salud de los trabajadores de alcance nacional y difundido en todos los niveles de enseñanza, para que esto se logre será necesario de un proceso de características variables, que se inicie con proyectos piloto en los sectores más vulnerables, en los de mayor concentración estudiantil o en los lugares donde las condiciones de trabajo y estudio sean de alto riesgo. Sólo la investigación cuidadosa de estas características de la realidad darán las pautas para que la educación y los programas de salud de los trabajadores tengan la eficiencia y eficacia deseada por todos.

4.2 ESTRATEGIAS ESPECIFICAS

- a) Diseñar una política y un plan para la educación, capacitación e información en salud de los trabajadores dirigidos a los niveles de pre-primaria, primaria, secundaria, técnica y especial, con la participación de diferentes profesionales y técnicos de las instituciones involucradas. Es necesario motivar y crear las condiciones adecuadas para conseguir la **participación activa de los trabajadores**. En esta perspectiva, y considerando la realidad de nuestros países, se debe estructurar planes a corto, mediano y largo plazo. La incorporación amplia de la salud de los trabajadores en todo el sistema educativo del país sólo será factible si se lo realiza de manera progresiva.

La Salud y el Trabajo I

- b)** En la planificación de la enseñanza de salud de los trabajadores considerar las ramas de actividad productiva más importantes y los procesos laborales de mayor riesgo para la salud de los trabajadores y de la colectividad.

- c)** La educación en salud de los trabajadores en pre-primaria, primaria, secundaria, técnica y especial debe ser parte integrante del sistema educativo general utilizando diversas modalidades:
 - 1.** Vinculado al curriculum de enseñanza, contemplando contenidos de salud de los trabajadores en las diferentes asignaturas, cátedras y unidades educativas.

 - 2.** Integrado a programas educativos especiales y regulares, por ejemplo los programas de educación para la salud. Para esta estrategia existe, a su vez una amplia variedad de mecanismos que se los revisará posteriormente.

 - 3.** Integrado como un proceso a la estructura curricular, en la perspectiva de que en cada actividad educativa se encuentre la salud de los trabajadores creando hábitos, conocimientos y habilidades.

- d)** Sensibilización de autoridades educativas y sanitarias, supervisores y técnicos en educación.

- e)** Formación y capacitación de instructores, multiplicadores y profesores.

- f)** Revisión de los planes de estudio y preparación de normas para los maestros. Desarrollo de procedimientos para la preparación de materiales de enseñanza para la educación.

- g)** Organización de talleres para la definición de mecanismos y procedimientos nacionales y regionales de coordinación entre el sector laboral, de salud, educación y otros organismos relacionados con el área.

- h)** Elaborar y difundir métodos e indicadores adecuados para vigilar y evaluar las actividades de educación en el área.

- i)** Utilización de nuevos modelos de enseñanza que permitan a los alumnos adoptar una posición crítica y creadora. Han demostrado ser bastante útiles los modelos basados en la **autogestión, cogestión** y la educación por medio del **análisis de casos**. Estos modelos alternativos (en particular el de autogestión) se los debe utilizar especialmente en los alumnos del nivel medio (secundaria),
*"es imposible pretender realizar experiencias autogestivas antes de los 11 años de edad. Sobre esta edad aparece la sociabilidad del niño basada en el acuerdo y cooperación entre el conjunto de individuos. Antes se encuentra en una fase de egocentrismo y heteronomía moral. Esto no significa que en períodos anteriores a los 11 años se debe someter a los niños a formas coactivas y autoritarias de enseñanza"*¹⁰⁰.
- j)** Elaboración de módulos educacionales que se los pueda aplicar en pre-primaria, primaria, secundaria, educación técnica y especial, considerando las prioridades de acuerdo a las particularidades de cada país.
- k)** Elaboración de material educativo de todo tipo, reproducible y de amplia utilización.
- l)** Establecimiento de nexos interinstitucionales para contar con el mayor apoyo en campo de la formación e información.
- m)** Conseguir apoyo de organismos e instituciones internacionales (OPS\OMS, OIT, UNESCO, UNICEF, etc.) para la elaboración de políticas y estrategias en materia de educación e información, fortalecimiento de la infraestructura educativa y de los recursos didácticos.
- n)** Elaborar programas de difusión masiva de aspectos generales de los problemas de salud en el trabajo, mecanismos de seguridad, prevención y control.

¹⁰⁰. Fontan Jubero, P. "El Papel del Profesor Dentro de Cuatro Posibles Modelos Educativos", La Escuela y sus Alternativas de Poder, ed. Leal, Barcelona, 1978.

Esquema N 17.- ESTRATEGIAS ESPECIFICAS

- INCLUIR EN EL CURRICULUM
- SENSIBILIZACION
- FORMACION Y CAPACITACION DE INSTRUCTORES
- REVISION DE PLANES DE ESTUDIO
- DEFINICION DE MECANISMOS
- EVALUACION
- AUTOGESTION, COGESTION Y ANALISIS DE CASOS
- ELABORACION DE MODULOS
- ELABORACION DE MATERIAL DIDACTICO
- NEXOS INSTITUCIONALES
- DIFUSION MASIVA

4.3 MECANISMOS ESPECIFICOS

- Como punto de partida de la educación en salud de los trabajadores es necesario diferenciar entre las actividades de **información** y las actividades de **educación y capacitación**. Las primeras se encuentran dirigidas a amplios sectores y/o pequeños grupos con poderes de decisión. Como la palabra lo indica sólo se circunscriben a motivar, sensibilizar y concientizar, difundiendo algunos conocimientos sobre la materia. La educación y capacitación, en cambio, incluyen procedimientos de mayor complejidad para la formación integral de los alumnos y para la capacitación de grupos específicos que tengan como perspectiva la reproducción o multiplicación de las tareas educativas.
- **Actividades de información:**
 - a) Reuniones de trabajo con autoridades educativas de diferente jerarquía (ministros, subsecretarios, jefes seccionales, rectores de colegios y directores de escuelas), con la finalidad de cumplir con la estrategia de sensibilización. En estas reuniones habrá que poner

énfasis en los aspectos generales de la relación educación-trabajo-salud, en los peligros para la salud de acuerdo a las características de la vinculación del trabajo a la educación, en la necesidad de proteger la salud y prevenir los accidentes, enfermedades y molestias que podrían sufrir alumnos y profesores y en la obligación moral que tienen las autoridades por ofrecer las mejores condiciones para la formación integral de los educandos. Un objetivo central de este tipo de reuniones será la de conseguir la decisión política y los recursos necesarios para estructurar y llevar a la práctica la educación y programas de salud de los trabajadores en los centros de enseñanza.

b) Talleres informativos dirigidos a profesores, padres de familia, organizaciones estudiantiles y sectores de la administración. Con contenidos similares a los del punto anterior, poniendo énfasis en los procesos peligrosos en el trabajo, principales problemas de salud y formas de prevención. Utilizando diversas metodologías, estos talleres tendrían como finalidad elevar la conciencia de esos grupos y con ello el conseguir el compromiso de apoyo para el desarrollo de los programas.

c) Programas de amplia divulgación que cumplan con algunas características básicas: instructivos, amenos, concisos, claros y de impacto.

Se pueden utilizar diversos mecanismos: carteles, folletos, películas, programas radiales y de televisión, campañas de higiene y seguridad laboral, concursos y celebraciones de fechas alusivas a la salud de los trabajadores, higiene y seguridad laboral.

La utilización de medios de comunicación es un importante mecanismo de divulgación que complementa y refuerza la educación escolar en la medida que cumple con algunos objetivos:

- Elevar la conciencia a nivel de directivos para afianzar la decisión política en la perspectiva de apoyar al desarrollo de la salud de los trabajadores y en particular a los planes educativos.

- Formar opinión pública que en determinado momento servirán como fuerzas de presión para el cumplimiento de planes y programas en este campo.

- Informar al público en general y de manera particular a trabajadores y estudiantes sobre los problemas de salud relacionados con el trabajo y las medidas para combatirlos.
- Difundir los logros de la ciencia y la tecnología en el estudio de los procesos peligrosos para la salud y en las medidas de prevención.
- Crear una cultura del trabajo y en medio de ella las necesidades de proteger a la salud.

- **Actividades de educación y capacitación en el sistema regular**

Para el desarrollo de estas actividades se deben reconocer por lo menos tres niveles, el **primero** que incluye a capacitadores, instructores o multiplicadores, el **segundo** a profesores del sector primario y secundario y el **tercero** a profesores de pre-primaria, comités de educación para la salud y alumnos. A continuación se detallarán las características de los tres niveles:

- **Primer nivel.** En este grupo se encontrarían los profesionales o técnicos con una formación especializada en el área, que a su vez tengan conocimientos y habilidades pedagógicas. Serán los encargados de instruir, educar y formar a los profesores de los niveles primario y secundario, de motivar y sensibilizar a las autoridades educativas y de asesorar en la programación y ejecución de acciones de prevención y control. La formación de estos profesionales o técnicos se realizará por medio de cursos regulares de por lo menos seis meses de duración a tiempo completo, en centros educativos especializados.

- **Segundo nivel.** A este grupo corresponderían todos los profesores de educación primaria y media, cuya responsabilidad sería la de impartir la educación, ejecutar y vigilar los programas de higiene y seguridad en los centros educativos, como parte de la educación general. La formación de este personal se realizará fundamentalmente en las facultades, escuelas e institutos pedagógicos, a cargo de los

profesionales y técnicos del nivel anterior, no como especialidad sino como parte integrante del proceso de formación como maestro. Será necesario considerar, de manera especial, a los profesores de la educación técnica, quienes requieren de una formación diferente acorde a las funciones que desempeñan y de los cuales se hará referencia más adelante.

- **Tercer nivel.** En este nivel se incluye el sector más importante, toda la población estudiantil a quienes se intenta llegar con la educación en salud de los trabajadores y para lo cual se han formado los profesionales del segundo nivel. Las políticas, estrategias y actividades específicas serán de una amplia diversidad, en correspondencia con las características y particularidades de la educación. Cuando se habla de los alumnos, por ejemplo, es necesario tener presente que se trata de un grupo heterogéneo. La primera diferenciación que se debería hacer es entre los alumnos cuya educación se encuentra vinculada al trabajo y los que no tienen esta característica.

- **Actividades por niveles**

Si existen estos tres niveles que tienen algunas particularidades y diferencias, dentro de los cuales se encuentra a su vez algunas especificidades, las actividades de educación y capacitación deberán ser igualmente diferentes en términos de contenidos, carga horaria, metodología, formas de evaluación, etc.

A manera de orientaciones generales se señalarán algunas de las actividades específicas que se corresponden con cada uno de los tres niveles citados. Los detalles deberán ser integradas de acuerdo a las necesidades y particularidades de cada realidad.

Actividades para el primer nivel

- a) Impulso y desarrollo de postgrados, cursos de especialización en salud de los trabajadores para profesionales de nivel superior.
- b) Cursos de especialización para técnicos en seguridad e higiene del trabajo.

- c) Programas de educación permanente relacionados con los cambios que se experimenten en la sociedad en su conjunto y de manera particular en la producción, trabajo y sistema educativo. Estos programas serán complementarios y de actualización que requieren de una formación básica previa. También se debe contemplar aspectos de la formación pedagógica del futuro instructor, capacitador o multiplicador.

Actividades para el segundo nivel

- a) Incorporación en el pensum de estudios de los profesores de educación primaria y media los aspectos más importantes de la salud de los trabajadores. Es necesario aplicar métodos didácticos dinamizadores para que la formación no sea pasiva: Tareas de lectura, proyección de videos y películas que deberán ser comentadas posteriormente; utilización de módulos educativos, discusión de casos, etc.
- b) En el proceso de formación de maestros y profesores, incluir visitas analíticas a diferentes centros laborales.
- c) Realización de seminarios y talleres de capacitación de carácter local, regional y nacional. Se podrían utilizar los cursos para ascenso de categoría que en algunos países se mantienen como un requisito obligatorio.
- d) Elaboración de guías didácticas como un método de enseñanza-aprendizaje. El profesor aprende elaborando los módulos y dispone de materiales para la enseñanza de sus futuros alumnos.

Actividades para el tercer nivel

La Salud y el Trabajo I

Para la formación de los profesores y maestros de pre-primaria se podrían realizar las actividades referidas en los literales **c** y **d** del nivel anterior. Para los alumnos y comités de educación para la salud se deberían llevar a cabo por lo menos las siguientes actividades educativas:

a) Incorporación de contenidos de salud de los trabajadores, higiene y seguridad laboral en las distintas asignaturas de la educación media. Cada una de ellas ofrece las condiciones para abordar temas específicos. A manera de ejemplo se citarán algunas posibilidades:

- **Física.** A más de estudiar las características físicas del sonido, iluminación, electricidad y temperatura, se podría hacer referencia a los procesos laborales que con mayor frecuencia se encuentran estos elementos, a las repercusiones en la salud, a las formas de detección y control, etc.

- **Ciencias Naturales y Química.** Contaminación del medio, las sustancias químicas de mayor uso en las actividades más comunes, los efectos más importantes de las principales sustancias químicas en la salud de los seres vivos, especialmente del hombre, etc.
Como en la mayoría de los países de la Región persiste de manera importante la producción agrícola, se debería hacer énfasis en los problemas que surgen por el uso de plaguicidas.

- **Historia.** Revolución industrial y cambios tecnológicos contemporáneos, por ejemplo, la utilización de la prensa que reemplazó al martillo, la sierra circular eléctrica que suplantó a la manual, cambios de las formas productivas, paso de la producción artesanal a la industrial y sus respectivas consecuencias. Estos contenidos deben ir acompañados del análisis de las implicaciones en la seguridad y salud de los trabajadores.

- **Geografía y Economía.** Diferencias económicas entre las distintas regiones de un país que a su vez se corresponden con diferentes formas productivas y riesgos del trabajo. Influencia del clima en las condiciones de trabajo, especialmente para el trabajo agrícola.

La Salud y el Trabajo I

- **Castellano y Literatura.** Considerar temas relativos a la seguridad en el trabajo y a la protección de la salud en redacciones , relatos, composiciones, etc.

- b) Enseñanza práctica de los procesos peligrosos para la salud, repercusiones en la salud y medidas de prevención en los laboratorios, talleres de opciones prácticas, etc. Inclusive en el aula el profesor debería utilizar cualquier circunstancia para educar en este campo. Comentar sobre las implicaciones de una inadecuada forma de sentarse, del tipo de letra e iluminación para la lectura, etc.
- c) Igualmente, como en el nivel anterior es necesario utilizar otros espacios para la educación, reuniones motivadoras por medio de audiovisuales que podrían ser complementadas con visitas programadas a los centros productivos más importantes de la región y utilizando un guía básica que el alumno debería considerar en la observación.
- d) Formación de comités de salud conformados por estudiantes, profesores y padres de familia. Estos comités se encargarían de programar y coordinar diversas actividades en salud de los trabajadores: exposiciones, afiches, ciclos de conferencias, concursos, campañas de seguridad, programas radiales y de televisión, obras de teatro dramatizando la vida, condiciones de trabajo y problemas de una familia trabajadora, etc.
- e) Con la participación activa de los alumnos de los últimos años de secundaria es posible organizar programas de educación dirigidos a trabajadores y comunidad. Por medio de este mecanismo alumnos y trabajadores se forman en un proceso interactivo.
- f) En los alumnos de pre-primaria y primaria se pueden realizar narraciones de accidentes del trabajo o en el hogar. Utilizando láminas y en base a una explicación general, el profesor debe procurar la participación de los alumnos de manera espontánea o induciendo con preguntas cortas y de complemento de frases. Enriquecer estas experiencias didácticas con dramatizaciones. En este caso el profesor se encargaría de distribuir los personajes a cada niño: trabajador, jefe de sección, profesional de la salud, técnico de seguridad y compañeros.

Existen muchos tópicos que podrían servir como temas para las dramatizaciones y simulaciones.

- **Actividades de educación y capacitación en la educación técnica**

En los institutos y colegios técnicos las condiciones de estudio y trabajo son diferentes a las existentes en la educación regular, muchos de ellos se encuentran vinculados directamente a la producción, por tal razón se los debería considerar como pequeños centros laborales. La educación en salud de los trabajadores, higiene y seguridad será de otras características en relación a la que se imparta en la educación regular. Conservando las actividades señaladas anteriormente, los contenidos tendrán que ser más amplios y profundos, a igual que la metodología y fundamentalmente la aplicación del principio de una **educación en el hacer**.

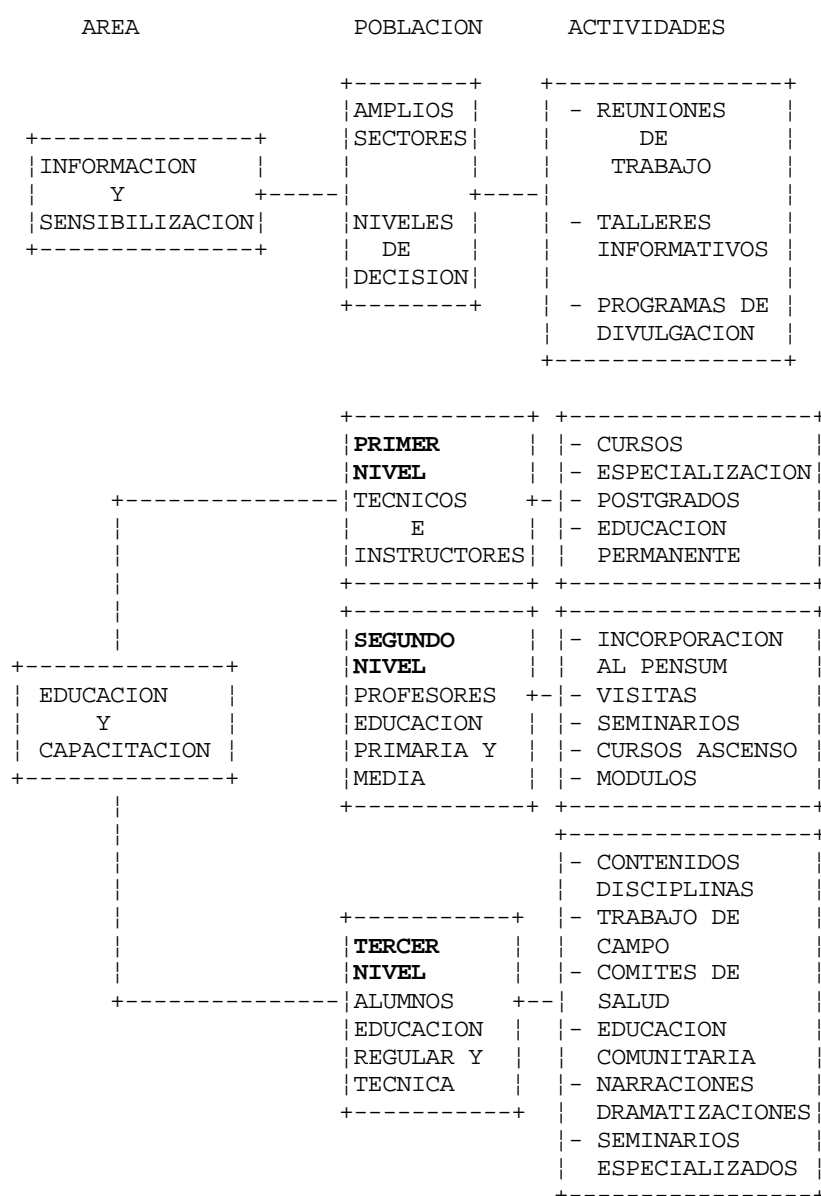
Los elementos señalados deben regir en la formación de los tres niveles que fueron detallados a propósito de la educación en el sistema regular.

Cada centro educativo, de acuerdo a su especialidad (industrial, artesanal, agropecuario, etc.), planificará la enseñanza considerando las características del proceso laboral, los procesos peligrosos para la salud, las molestias, enfermedades y accidentes del trabajo que podrían presentarse en profesores y alumnos, las medidas de promoción y prevención más adecuadas.

El centro educativo debe contar con la participación o asesoría de profesionales o técnicos especializados en el área y de trabajadores. De esta manera se puede obtener la información suficiente sobre la maquinaria, herramientas, materia prima y productos intermedios que se utilizan de manera regular, sobre los procedimientos y métodos de trabajo. Contando con esta información básica el siguiente paso será el de inferir y determinar los problemas de salud y las medidas de higiene y seguridad. Este conocimiento servirá de base para la educación en salud de los trabajadores y de esa manera evitar que la educación sea eminentemente teórica y alejada de la realidad que viven profesores y alumnos.

Tanto en la educación técnica como en la regular, la formación en este campo debe complementarse con la educación dirigida a proteger la ecología y el medio ambiente.

Esquema N 18.- MECANISMOS ESPECIFICOS



5. PROGRAMAS DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Y DE SEGURIDAD EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Para que la educación en salud de los trabajadores tenga trascendencia, es necesario que se encuentre acompañada de programas de investigación y estudio de las condiciones de los centros educativos, de acciones concretas y específicas de higiene y seguridad. Sin ser reiterativos, se intenta relieves que no es adecuado únicamente introducir contenidos o métodos pedagógicos especiales para informar y educar, es importante planificar y ejecutar programas de seguridad en los planteles de enseñanza. Recordando lo que se había señalado anteriormente sobre las diferentes modalidades educativas y de aquellas que vinculan la educación con el trabajo, las actividades específicas de higiene y seguridad laboral deberán ser también diferentes.

Por otro lado, la seguridad y la protección de la salud en los centros educativos no se encuentran relacionadas exclusivamente con el trabajo, varias otras actividades que realizan los alumnos como la recreación y las tareas académicas no relacionadas con la producción son también capaces de ocasionar accidentes y otros problemas de salud, muchos de ellos con graves consecuencias. Se han reportado casos de niños y jóvenes que en el juego han perdido un ojo o que han sufrido serias lesiones en diferentes partes del cuerpo, de accidentes en la práctica de Educación Física, en la circulación aglomerada por pasillos y escaleras, en incendios, etc. Es necesario conocer esta problemática para ampliar el horizonte de visibilidad cuando se habla de protección, prevención y seguridad en los centros escolares.

En cualquiera de los casos es importante tener presente algunos principios generales de la prevención que permanecen vigentes¹⁰¹:

- Evitar la producción de procesos peligrosos.

- Eliminar y/o controlar los procesos peligrosos que no se ha podido evitar que se generen.

¹⁰¹. Durao, A. y Faria, J. "Formacao Profissional e Prevencao". PREVENCAO Medicina do Trabalho e Seguranca, Lisboa, 1970.

- Impedir la exposición a los procesos peligrosos.

- Limitar el área de exposición.

- Limitar el número de alumnos\trabajadores expuestos.

- Adopción de medidas de protección colectiva.

- Implementación de medidas de protección personal.

En consideración a lo señalado, se mencionará una amplia posibilidad de medidas de seguridad dirigidas a una u otra circunstancia. Para evitar las recetas excluyentes de tales medidas, se anotarán de manera indistinta las más importantes, dejando la libertad para que sean incorporadas a las realidades concretas de cada uno de los países.

- a)** Educación y capacitación en seguridad

- b)** Crear y difundir reglamentos de seguridad, motivar su cumplimiento

- c)** Antes de que un alumno use una herramienta o maquinaria debe haber recibido explicaciones detalladas sobre el modo de empleo, indicando la forma correcta de manipular y el fin adecuado; sobre la conservación, peligros de su uso, riesgos del uso de herramientas y maquinarias defectuosas, en fin, información sobre posiciones adecuadas del cuerpo en el uso de herramienta pesada.

- d)** El profesor o instructor deberá demostrar con el ejemplo los procedimientos de trabajo más seguros, el uso de las medidas de protección personal, orden y limpieza en el puesto de trabajo, cancelos y pisos. Mientras realiza la actividad en presencia de los alumnos, debe recomendar las medidas de seguridad que sean necesarias.

- e)** En la población estudiantil de la educación técnica se debería realizar acciones similares a las que se llevan a cabo en los trabajadores de los centros de producción:

La Salud y el Trabajo I

- Exámenes médicos a los alumnos que ingresan al primer año de educación media, con la finalidad de establecer el estado de salud y determinar las alteraciones reales o latentes que se podrían agravar o complicar con la exposición a ciertas condiciones de trabajo.

 - Exámenes médicos periódicos de carácter selectivo en aquellos grupos considerados de mayor riesgo.

 - Campañas de vacunación y de educación sanitaria para reforzar la educación permanente en salud de los trabajadores.

 - Valoración periódica de las condiciones de trabajo y difusión de los principales resultados. Determinación sensorial e instrumental de los factores de riesgo, seguida de medidas de control oportunas.

 - Especial cuidado en las medidas de protección colectiva y personal, revisión de las características del proceso laboral en términos de organización y división del trabajo, ritmos, horarios, duración para definir los aspectos que eventualmente podrían ocasionar problemas de salud.

 - Difusión por escrito de las principales normas de seguridad y procedimientos de trabajo considerados como seguros.
- f)** Garantizar las medidas de seguridad adecuadas en los laboratorios, en lo relacionado con la manipulación de sustancias químicas y manejo de equipos peligrosos.
- g)** Mantener las áreas de estudio y de trabajo con la iluminación adecuada, limpios. Para las diferentes áreas se pueden utilizar los colores de seguridad para que el alumno se familiarice con los mismos.
- h)** Controlar las condiciones que podrían ocasionar incendio en el centro educativo: instalaciones eléctricas en mal estado, manipulación y depósito inadecuados de sustancias volátiles e inflamables,

fugas de gas inflamable, imprudencias de los fumadores, etc. Combinar estas medidas con simulacros de prevención de incendios.

- i)** Simulacros de evacuación en casos de desastres.

- j)** Formación de grupos de apoyo para la seguridad, para los cuales se debe organizar programas de entrenamiento, incluyendo cursos de primeros auxilios.

LA SALUD OCUPACIONAL EN EL ECUADOR

La teoría y práctica de la salud ocupacional convencional tienen expresiones concretas. A pesar de las particularidades y matices que se encuentran en los distintos lugares, lo esencial se mantiene en la mayoría de países de América y de otras partes del mundo.

En los países dependientes y en vías de desarrollo, la situación de la salud de los trabajadores es dramática. Con la finalidad de encontrar los detalles de lo que se comentó en el primer capítulo, se presenta un ligero bosquejo de lo que es la salud ocupacional en una realidad concreta.

EL ECUADOR EN EL CONTEXTO

El Ecuador es uno de los países de América Latina que mayor retraso tiene en la implementación de programas oficiales de salud de los trabajadores. De allí la necesidad de difundir su realidad y aglutinar esfuerzos para posibilitar su desarrollo.

El Ecuador tiene una superficie de 272.074 Kilómetros cuadrados y se encuentra localizado en la parte noroccidental de América del Sur. "Posee el Archipiélago de Colón o **Galápagos**, cuya superficie es de 8010 Km². El principal valor del archipiélago es científico, debido a su fauna única en el mundo"¹⁰². Quito, considerado como "patrimonio cultural de la humanidad" es la capital de la República.

"El Ecuador ocupa un territorio que en la época preincásica sirvió de asiento a diversas nacionalidades aborígenes. Los Incas ocuparon parte de nuestro territorio por unos pocos decenios. Los españoles nos conquistaron y fuimos colonia hasta el 10 de agosto de 1809 en que se dio el primer grito de la independencia, la que se ganó definitivamente el 24 de mayo de 1822"¹⁰³.

Durante la Colonia la economía ecuatoriana se sustentaba básicamente en la producción agrícola, sin embargo, amplios grupos humanos, especialmente indígenas, fueron reclutados como mano de obra barata para las **mitas** y los **obrajes**. El trabajo en condiciones infrahumanas en la extracción de minerales y en la elaboración de tejidos, sumado a las precarias formas de alimentación, vivienda y abrigo en las que les mantenían los conquistadores y posteriormente los grupos criollos que tomaron el poder, llevaron a que muchos trabajadores de esta época sean víctimas de múltiples enfermedades y encontraran la muerte de manera temprana.

La república independiente conformó la Gran Colombia junto a Venezuela y Colombia. Intereses de tipo económico y político incidieron para su disolución en 1830.

¹⁰². CONADE. **Ecuador en Cifras**. Secretaría General de Planificación, Quito, Junio, 1989.

¹⁰³. Muñoz, E., Vicuña, L. **Historia del Movimiento Obrero del Ecuador** en Historia del Movimiento Obrero en América Latina, Siglo XXI, México, 1984, p 201.

Durante la época republicana, inclusive en el presente siglo, el Ecuador continuó como un país eminentemente agrícola y artesanal. La producción agrícola, especialmente de la Costa fue, en los primeros años del siglo veinte, el soporte fundamental de la economía ecuatoriana. La incorporación de la producción industrial fue más bien lenta y tardía.

"A partir de la Primera Guerra Mundial de 1914 se inicia la industrialización del país ecuatoriano, con un tipo de industrialización incipiente, atrasada y dependiente que no ha sido superado hasta ahora" ¹⁰⁴.

En la década de los setenta el Ecuador experimentó importantes cambios debidos al surgimiento de nuevas condiciones productivas. Luego del período agroexportador que caracterizó al país hasta la década de los sesenta, la economía ecuatoriana alcanzó un importante auge con la explotación petrolera. El crecimiento del PIB entre los años 1950 a 1970 fue, en promedio, del 5.5% anual, en cambio, en la época petrolera, en el período de 1973-79 el PIB se incrementó con un promedio anual del 9.0%¹⁰⁵.

La época petrolera imprimió en el país un acelerado proceso de transnacionalización y despliegue industrial, con claras formas de dependencia tecnológica que en su conjunto produjeron cambios importantes en las condiciones de trabajo que de una u otra manera repercutirían en la salud de la población laboral, problemas que no eran enfrentados de manera correlativa por las instituciones del Estado. La industria manufacturera creció en un promedio anual del 13.1%, la construcción con 6.3% y la agricultura con 3.1%.¹⁰⁶.

El boom petrolero fue relativamente efímero por la inesperada baja de los precios del crudo. De 25 dólares el barril en 1985 bajó a 12.7 en 1986. A este problema se sumó la falta de control del gasto y el descenso de otros ingresos al arca fiscal, que en su conjunto marcaron el inicio de la crisis económica en el Ecuador. Para la década del ochenta la producción y exportación decrecen de manera sostenida, se incrementan las

¹⁰⁴. Muñoz, E. Vicuña, L. Op. Cit. p. 207.

¹⁰⁵. CEAS. **La crisis y su impacto en la salud**, mimeo, Quito, 1988.

¹⁰⁶. Ibid.

importaciones de materia prima, aumenta el endeudamiento externo y se dispara el proceso inflacionario. En 1983 el índice inflacionario alcanzó el 48.4%, a finales de 1988 el 58.2% y en 1992 llegó al 54%.

Las repercusiones en las condiciones de trabajo, salud y vida de la mayor parte de la población no se hicieron esperar. Se amplía la jornada de trabajo, cambian las formas de organización y división del trabajo, se deteriora la alimentación, recreación y vivienda de la población y se produce una importante disminución del gasto social, especialmente en el campo de la salud y la educación. Con ello se inaugura un proceso que caracterizará a las políticas gubernamentales de los años subsiguientes.

LA PRESENTE DECADA

De acuerdo al último censo de población y vivienda, para 1990 la población del Ecuador era de 9.648.189, con una población económicamente activa de 3.359.767 que representa el 44.0% de la general¹⁰⁷. Con un tasa de crecimiento para este mismo año de 2.6%, se estima que la población total del Ecuador llegaría en este año (1995) a los 11.934.000 habitantes¹⁰⁸. Como se verá más adelante, la mayor parte de esa población económicamente activa se quedará al margen de los servicios de salud laboral.

A igual de lo que sucede en otros países de América Latina, en el Ecuador también se intenta imponer el modelo neoliberal cuyos objetivos van encaminados a reducir el Estado, a privatizar la economía y, evidentemente, a transformar el sistema productivo. La devaluación de la moneda, la caída de los salarios reales y la disminución del poder adquisitivo son expresiones de esta política que agrava la situación de los trabajadores.

La estructura de los salarios en la actualidad es por demás compleja y no es el momento de analizarla. Para ilustrar lo señalado se tomará como referencia solamente el cambio que sufre el salario real en escasos dos años. Si se toma a los 40 mil sucres como referencia de valor equivalente entre el salario real y el

¹⁰⁷. INEC. **V Censo de Población y IV de Vivienda 1990**, Talleres Gráficos INEC, Quito, 1991.

¹⁰⁸. CEPAR. **Crecimiento poblacional y desarrollo socio-económico**, Temas poblacionales 2, Quito, 1990.

nominal en enero de 1992, para diciembre de 1993 el salario nominal era de 60 mil sucres y el real sólo de 31.277.50 (disminuido en el 50%)¹⁰⁹.

En estas circunstancias y de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos,

*"el consumo mensual de nutrientes para una familia de cinco miembros con ingresos equivalentes a 1.6 salarios mínimos vitales, estuvo por debajo del nivel básico de 100 durante 1992 y en lo que va del presente año...lo que confirmaría la preocupación de diversos sectores en el sentido de que el ajuste al que está sometida la economía causa estragos sociales, como contrapartida al éxito obtenido en los grandes indicadores económicos"*¹¹⁰

El denominado proceso de modernización, proyecto neoliberal del país, ha introducido mecanismos de flexibilización en el trabajo, expresados por aumento del trabajo por cuenta propia, disminución de las responsabilidades patronales, inestabilidad laboral, polivalencia en el trabajo, cambios en los ritmos de trabajo, prolongación de la jornada laboral, rotación de los puestos de trabajo e incremento del desempleo. En correspondencia con estos cambios estarán surgiendo nuevos patrones de morbilidad laboral que deberían ser estudiados para la implementación de medidas de prevención.

En 1988 el desempleo era de 7.0 de la PEA y el subempleo el 45.3%, cuatro años más tarde el desempleo se elevó al 8.5% y el subempleo al 52.5%¹¹¹. Estos datos permiten afirmar que si en los primeros años de aplicación del modelo neoliberal ya se encuentran efectos en la posibilidad de contar con un empleo fijo, en la actualidad la situación debe ser más grave. Para 1995 no existen datos a nivel nacional que den cuenta de esta realidad.

¹⁰⁹. CEPLAES, ILDIS. **Ecuador: Análisis de Coyuntura, perspectivas 1993**. Serie Ecuador, Análisis de Coyuntura 6, primera edición, Gráfica Araujo, Quito, 1993.

¹¹⁰. Diario Hoy, Ecuador, abril 1993, citado por CEPLAES, ILDIS, op. cit. p. 135-136.

¹¹¹. CEDATOS. **Cifras Claves, 1992**. En Páez, R. **La atención farmacoterapéutica en el Ecuador**, mimeo, Ecuador, 1995. p. 6.

La Salud y el Trabajo I

El desempleo, subempleo y cambios en los patrones de inserción laboral en los trabajadores de la burocracia es el fenómeno más notable de los últimos años. El proyecto de "modernización" del Estado condujo a una agresiva política de expulsión masiva de trabajadores del sector público, en correspondencia con la imposición de los intereses neoliberales de reducción del Estado que llegan desde afuera.

"Más de 30 mil personas han dejado el servicio público desde agosto de 1992 hasta julio de 1994, según información de la Secretaría Nacional de Desarrollo Administrativo (SENDA). De ellas 11.336 personas salieron sin ninguna indemnización porque simplemente no se los renovó el contrato...En medio de esta realidad están más de 30 mil personas que abandonaron sus puestos sin la capacitación adecuada para enfrentarse a un mundo laboral completamente diferente...se ha lanzado a la gente a la calle sin siquiera preocuparse de qué vivirán".¹¹²

Los mecanismos utilizados para esta expulsión, que continúa hasta el momento actual, son: la compra de renuncias, la supresión de partidas, terminación de las relaciones laborales, no renovación de contratos y la separación "voluntaria".

No se ha realizado todavía un estudio y peor un seguimiento de las personas que se han quedado sin trabajo. Por el testimonio de algunas personas se conocen los efectos de esta política laboral, uno de ellos afirma "entre los compañeros que salimos a uno le dio un infarto. Hay gente que se enfermó. Otro se suicidó porque fracasó en la vida privada y su esposa tuvo que comprarse una máquina y ponerse a coser, siendo economista"¹¹³.

El deterioro de los servicios públicos de salud es cada vez más evidente y se corresponde con esa tendencia que se había comentado, la disminución sostenida del gasto social debida, entre otras cosas, al compromiso de cubrir el servicio de la deuda externa.

¹¹². BLANCO Y NEGRO. ? **Dónde están los burócratas?**. Revista de Hoy, Año 1. No. 23, Ecuador, 2 de octubre de 1994, p.3.

¹¹³. Ibid. p. 2.

Cuadro N 1.- PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO GASTOS SOCIALES Y PAGO DE DEUDA (%)

SECTOR	1982	1992
Salud	8.97	8.23
Educación y Cultura	29.32	19.22
Pago de la deuda	23.22	28.47

Fuente: ILDIS. Informe Social, 1993.
Elaboración: O. Betancourt

La disminución del gasto social no es la única expresión del proyecto neoliberal, existen intentos de eliminar el "seguro de riesgos del trabajo" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que en cierta forma protege a los trabajadores que han sufrido algún grado de incapacidad.

Las condiciones básicas para la vida de importantes sectores de la población ecuatoriana son precarias. Tomando como referencia datos oficiales de la cobertura de servicios básicos se puede observar la dimensión del problema. Para 1992 sólo el 42.8% de la población del área rural y el 84.7% del área urbana cuentan con servicio de agua potable. Con la disponibilidad de alcantarillado sucede cosa similar, la población rural servida es del 38.9% y la urbana llega al 79.5%¹¹⁴. Existen 11.1 médicos y 3.4 enfermeras por 10.000 habitantes, muchos de los cuales se encuentran concentrados en las áreas urbanas, dejando desprotegidos a amplios sectores del campo. Los servicios de salud del sector público son escasos en relación a la demanda, los existentes cuentan con pocos recursos y la atención es de mala calidad, se necesita hacer ingentes esfuerzos para conseguir una cita. La situación se agrava para las clases populares porque desde hace algunos meses se han establecido tarifas para el cobro de la atención en los servicios públicos.

Los sectores populares

La información hasta aquí señalada corresponde a lo que recogen las instituciones oficiales con todas las limitaciones que eso conlleva. Las condiciones esenciales que como hemos señalado inciden en el proceso

¹¹⁴. CEDATOS. *Cifras Claves*, 1992, en Páez, R. op. cit. p. 17.

salud-enfermedad de las colectividades humanas no constan en estos datos. Igual cosa sucede con las múltiples expresiones de la vida comunitaria y de las organizaciones populares dirigidas al cuidado de la salud.

La realidad del país es amplia y compleja, Coexisten zonas de desarrollo empresarial de punta con otras de mediano desarrollo y amplias zonas muy atrasadas que aglutinan a importantes sectores de la población ecuatoriana. Con la finalidad de entender la situación epidemiológica y poder intervenir de manera adecuada, es necesario tener presente que en el Ecuador existen grupos sociales definidos que habitan en espacios socio-demográficos determinados. Los datos señalados en líneas anteriores hablan tan sólo de las expresiones terminales, sin considerar tampoco las diferencias que existen entre las distintas colectividades ni de los espacios socio-epidemiológicos. En base un complejo proceso de recopilación y procesamiento de amplia información nacional, el CEAS obtuvo múltiples índices que expresan el grado de deterioro de la vida de los distintos grupos sociales del Ecuador. El 41% de los cantones del país acumulan clases de inserción productiva extermadamente depauperada.

"En esta región el deterioro grave del consumo familiar ocurre en la mitad de los 114 cantones (de ellos el 52.9% padece de severo deterioro de la vivienda, el 40% de grave menoscabo educativo, el 37.1% muestra serias deficiencias en el consumo de servicios de salud y un igual porcentaje en el acceso a información en salud). El componente de salud poblacional también se encuentra afectado severamente en la región atrasada puesto que una elevada proporción de las unidades cantonales padece deterioro de dicho componente (21%), encontrándose mayormente registrado el deterioro grave de la morbilidad en menores (38.6% de los cantones) y el de la mortalidad infantil (en 31.4% de los cantones)"¹¹⁵.

UNOS POCOS INDICADORES DE LA SALUD DE LA POBLACION

No es el momento para realizar un análisis integral de la salud de la población del Ecuador. Existen investigaciones de distinto tipo que dan cuenta de alguna manera de esta realidad, lamentablemente se consideran solamente las expresiones terminales o los fenómenos aparentes. Pocas veces se trata la

¹¹⁵. CEAS. **Deterioro de la Vida**. CEAS-Corporación Editora Nacional, primera ed. Quito, 1990, p. 135.

esencialidad y los determinantes de la realidad sanitaria. Uno de los intentos más completos se encuentra en la publicación sobre el "deterioro de la vida" a la que hemos hecho referencia anteriormente.

Considerando las limitaciones que tienen las cifras oficiales, tomaremos algunos datos que se disponen en la actualidad. La mortalidad infantil continúa entre las más altas de América (36.9 por mil nacidos vivos en 1992), constituida fundamentalmente por las enfermedades estrechamente ligadas con las condiciones de vida (infecciosas del aparato digestivo, respiratorias y del período perinatal); la mortalidad materna con tendencia al ascenso, de una tasa de 1.5 en 1985 pasó a 1.7 en 1992¹¹⁶ que refleja de alguna forma el deterioro de las condiciones de la atención del embarazo y el parto. En el área rural, "más de 2 niños de cada 3 nacen sin atención profesional"¹¹⁷.

En la década que va de 1983 a 1992 se encuentra un sostenido y progresivo aumento de las defunciones por procesos crónico-degenerativos y de otras estrechamente relacionadas con las condiciones de vida y trabajo de la moderna sociedad. El cuadro siguiente, calculado como tasa de mortalidad específica por 100 mil habitantes demuestra que el número de muertes por esas causas no se debe al crecimiento de la población.

¹¹⁶. INEC. **Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones**. Talleres Gráficos del INEC, Quito, 1992. p. 395.

¹¹⁷. INEC, op. cit.

**Cuadro N 2.- COMPARACION DE TASAS SELECCIONADAS DE MORTALIDAD ESPECIFICA
ECUADOR, 1983-1992 (tasa x 100.000 hab.)**

CAUSA	1983	1992
Enfermedad hipertensiva	6.3	9.0
Infarto agudo del miocardio	13.5	18.2
Tumores malignos	46.8	50.0
Caídas accidentales	4.0	5.2

Fuente: INEC, Anuario estadísticas vitales 1992
Elaboración: O. Betancourt

ALGUNAS EXPRESIONES EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

A pesar de los avances de los últimos años, la producción teórica y la práctica sanitaria de nuestro país se encuentran fundamentalmente en el campo de la salud materno-infantil, de los problemas infecto-contagiosos, de las enfermedades crónico-degenerativas y metabólicas y siempre, centrados en el ámbito terapéutico y de manejo del paciente como individualidad.

Reconociendo la importancia y trascendencia de este quehacer sanitario, es necesario señalar que existen otros aspectos que se deben tomar en cuenta en el cuidado de la salud de la población.

Aunque sea de manera reducida, en los últimos años, la formación de recursos humanos, la investigación y la prestación de servicios de salud, tanto en instituciones públicas como privadas han incorporado al trabajo como un elemento de referencia en el abordaje de la salud.

Se analizan las condiciones del trabajo y los procesos peligrosos para la salud. Se realizan exámenes especiales a los trabajadores y se plantean medidas relativas a la protección contra las alteraciones a la salud

que devienen de una actividad laboral específica. En la generalidad de los casos, esta práctica se inscribe en los postulados, técnicas y objetivos de la salud ocupacional convencional.

En escasos sectores del Ecuador se intenta ver la problemática de la salud laboral con una visión más amplia, reconociendo que la población trabajadora, susceptible de enfermar o morir no es solamente el obrero industrial, pensando que cualquier persona que realiza una actividad laboral y bajo ciertas condiciones puede sufrir diferentes alteraciones en su salud.

Tradicionalmente se ha considerado que los problemas de salud relacionados con el trabajo se presentan exclusivamente en los trabajadores del sector fabril, de las pequeñas o grandes industrias. A eso se debe que a las disciplinas relacionadas con la salud de los trabajadores se les nomina como higiene y seguridad **industrial**, psicología **industrial**, toxicología **industrial**, etc. En la actualidad se está superando esta limitación, sin embargo, las instituciones públicas han centrado sus actividades en las fábricas. Unos pocos organismos no gubernamentales y la universidad han incursionado en espacios laborales de otro tipo (trabajadoras del campo, trabajadoras de oficina, artesanos, maestros, trabajadores de la salud, etc.)

En el Ecuador, a semejanza de lo que sucede en otros países de América Latina, existen importantes sectores laborales que no tienen las características del obrero industrial y en las que igualmente sus condiciones de trabajo son patogénicas. Es el caso de la "población que se encuentra bajo un régimen no valorizador", artesanos, pequeños productores agrícolas, pequeños comerciantes, trabajadores de la minería artesanal, empleados de las instituciones públicas, oficinistas y los trabajadores del llamado sector terciario (dependientes de centros comerciales, empleados de los servicios, etc.).

Las condiciones de trabajo, en cada uno de estos grupos son particulares y los problemas de salud son también específicos. Por ejemplo, las zoonosis e intoxicaciones por plaguicidas en los trabajadores del sector agropecuario; las múltiples alteraciones del aparato respiratorio, trauma acústico crónico, intoxicaciones mercuriales y otros problemas en los mineros del sur del país; las alteraciones osteomusculares, mentales y visuales en las trabajadoras de oficina son algunos de los problemas que reciben muy poca atención.

La Salud y el Trabajo I

Por diversas razones, el Ecuador es de los países más atrasados de América Latina en el campo de la salud de los trabajadores. Igual que en otras latitudes, las primeras expresiones del cuidado y protección de la salud de los trabajadores se encuentran en el campo legislativo, vinculadas especialmente a la seguridad social.

Como es sabido, Alemania e Inglaterra en épocas tempranas del siglo pasado incursionaron de manera importante en la prevención y protección de los trabajadores. En nuestro país tuvieron que pasar muchas décadas para que de forma lenta se incorporen al cuerpo legal disposiciones de esta naturaleza.

La seguridad social ecuatoriana promulga algunos componentes legales de higiene y seguridad en el trabajo en 1942 pero quedó como letra muerta por cerca de 22 años. Entró en vigencia recién en 1964 con la creación del Seguro de Riesgos del Trabajo¹¹⁸.

A partir de este año, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ingresa en el ámbito nacional con acciones relativas a la salud de los trabajadores por medio del seguro de riesgos del trabajo, "para lo cual se establece la prima de 1.5 por ciento del mensual sobre los sueldos y salarios imponibles para su financiamiento, la misma que está a cargo de los patronos públicos y privados. De esta manera se traspa la responsabilidad patronal establecida en el Código del Trabajo, en cuanto a los riesgos profesionales se refiere, al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social"¹¹⁹.

En la primera década de funcionamiento, la dependencia del IESS encargada de los "riesgos del trabajo" concentró sus acciones casi exclusivamente en actividades relacionadas con las prestaciones médicas y económicas. A partir de 1974 incorpora en sus programas contenidos de medicina del trabajo, higiene y seguridad laboral. Desde entonces es la institución que en el Ecuador más ha trabajado en este campo, siguiendo básicamente las orientaciones de organismos internacionales como la OIT y de la escuela de la salud ocupacional española.

¹¹⁸. Varios autores. **Plan Nacional de Seguridad y Salud de los Trabajadores**. Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, mimeo, Quito, 1994.

¹¹⁹. Cedeño, G. **Relaciones del seguro de riesgos profesionales en la prevención de riesgos**. Problemas actuales de los seguros de riesgos profesionales. AISS, Quito, 1982.

En la actualidad existen otras instituciones oficiales y organismos no gubernamentales que mantienen desde hace algunos años programas de investigación, docencia, capacitación y servicio en el área de la salud laboral. Es el caso del Ministerio de Trabajo (Departamento de Seguridad Industrial), universidades, Petroecuador y empresa privada. El Ministerio de Salud Pública se encuentra dando los primeros pasos para la estructuración de programas en este campo. En las páginas siguientes se detallarán algunos aspectos del quehacer institucional de la salud de los trabajadores.

Es notoria la falta de correspondencia entre las características y magnitud de los problemas y la respuesta estructurada en el campo de la salud de los trabajadores. Amplios sectores laborales se encuentran todavía al margen de las acciones existentes en el país encaminadas a estudiar e investigar las condiciones de los centros de trabajo, a detectar de manera temprana los problemas de salud, a transformar las condiciones patogenéticas y a prevenir de forma integral las molestias, lesiones, enfermedades y accidentes del trabajo. Muy lejos está todavía la posibilidad de generar una política nacional que incorpore los planteamientos de la salud laboral de nuevo tipo.

Lo que reportan las estadísticas oficiales

Si se desea conocer la situación de la salud de los trabajadores en el Ecuador nos topamos con la seria dificultad de no contar con elementos e información suficientes que permitan obtener una visión completa e integral del fenómeno.

En correspondencia con el grado de desarrollo de la salud ocupacional y con las formas de concebir el proceso salud-enfermedad de los trabajadores, los registros se circunscriben exclusivamente a las expresiones terminales de las relaciones causa- efecto (accidentes y enfermedades del trabajo). Inclusive en este campo la información es muy limitada y no refleja en absoluto la realidad de la salud de los trabajadores en el Ecuador. Para tener una idea integral sería necesario disponer de información relativa a las condiciones de vida y trabajo de la población laboral del país, a las múltiples expresiones de deterioro de la salud, a las políticas en este campo, a la manera como las organizaciones laborales participan en el conocimiento y

resolución del problema, en fin, a todas las dimensiones que en varias secciones de este trabajo hemos comentado.

Como se verá más adelante, la información es escasa y las acciones en este campo son igualmente insignificantes en relación a lo realmente sería la verdadera situación de salud de los trabajadores ecuatorianos.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos que concentra toda la información nacional, incluida la de salud, no cuenta con datos de accidentes y enfermedades del trabajo, peor con otras expresiones menos terminales de la salud de los trabajadores.

Tampoco se ha publicado ninguna información en el Departamento de Seguridad Industrial del Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos. Como el Ministerio de Salud no había incorporado en su política de salud ningún componente de salud de los trabajadores, no dispone de datos que den cuenta de la realidad sanitaria de la población laboral no cubierta por el IESS.

Los únicos datos disponibles son los obtenidos por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, institución más antigua en este campo.

Existe otro tipo de información relacionada con sectores específicos, resultado de algunas investigaciones realizadas últimamente por las universidades y unos pocos organismos no gubernamentales.

Como se podrá colegir, lo disponible corresponde a un sector reducido de la población trabajadora del país, la atendida por la seguridad social y la que ha sido objeto de investigaciones puntuales.

Para tener una idea se hará referencia a esta información disponible. En primer lugar la registrada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Cuadro N 3.- ACCIDENTES DEL TRABAJO SEGUN ACTIVIDAD ECONOMICA Y CIRCUNSTANCIA, IESS, 1990

CLASES DE ACCIDENTES							
ACTIVIDAD ECONOMICA	EN EL TRABAJO		COMISIONEN SERVICIOS		EN TRAYECTO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	
Agrc. caza, silvicultura y pesca	140	86.0	14	8.5	9	5.5	163
Explotación de minas y canteras	36	78.2	8	17.3	2	4.3	46
Industrias manufactureras	2223	93.6	54	2.2	98	4.1	2375
Electricidad, gas y A.P.	2	100	0	0	0	0	2
Construcción	209	82.9	19	7.5	24	9.5	252
Comercio mayor y menor	92	78.6	11	9.4	14	11.9	117
Transporte,almacenamiento y comunicación	233	85.3	18	6.5	22	8.0	273
Establecimiento, finanzas, seguros, bienes inmuebles	101	76.5	20	15.1	11	8.3	132
Servicios comunal social y Personal	336	27.0	88	7.1	147	11.9	1235
TOTAL	3372	86.0	232	6.0	327	8.0	3931

FUENTE Y ELABORACION: División Nacional de Riesgos del Trabajo, IESS

Recordando lo que se señaló anteriormente, Para una población general de 9.648.189 (INEC,1990) se tenía una población económicamente activa, PEA¹²⁰, de 3.359.767. Los 3.931 accidentes del trabajo registrados por el IESS corresponden al 0.11% de la PEA, cifra que debería ser analizada a la luz de la cobertura del IESS y de las particularidades del subregistro. La cobertura de esta institución alcanza aproximadamente al 30% de la PEA (1992).

¹²⁰. PEA es la población que interviene en la producción de bienes y servicios, en la que se incluyen los ocupados y desocupados.

Se debe pensar también que los casos de "accidentes del trabajo" reportados son generalmente sólo los de tipo traumático, de difícil ocultamiento o que tengan un importante nivel de gravedad. Los demás y que son la mayoría no son registrados ni reportados.

Si se observa con detenimiento el cuadro N° 3 se puede ver que en cada rama de actividad económica, los accidentes del trabajo ocupan el mayor porcentaje, en relación a los ocasionados en comisión de servicio y en trayecto.

Parecería que los sectores más afectados son los de la industria manufacturera con 2223 accidentes y la de servicios con 336 (primero y segundo lugar respectivamente).

Para tener una verdadera apreciación del sector más comprometido es necesario relacionar el número de accidentes registrados con el total de trabajadores que se encuentran en cada una de las ramas de actividad económica en ese año.

El cuadro N 4 permite obtener una visión más objetiva al respecto.

Cuadro N 4.- ACCIDENTES DEL TRABAJO SEGUN POBLACION EN CADA RAMA RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA, IESS, 1990

RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA	N	ACCIDENTES DEL TRABAJO	%
Agricult, caza, silvic.	1'035.712	140	0.13
Explota, minas, canter.	20.870	36	0.17
Industria manufacturera	370.338	2223	0.60
Electricidad, gas, agua	12.660	2	0.01
Construcciones	196.716	209	0.10
Comercio	476.730	92	0.01
Trans.almacena.comunic.	131.084	233	0.17
Establec.financ.segurs.	81.357	101	0.12
Servicios	835.129	336	0.04

FUENTE: INEC, División Nacional de Riesgos IESS

ELABORACION: O. Betancourt

En el grupo que más accidentes se han registrado corresponde al de la **industria manufacturera** (0.60%), pero el segundo lugar no se encuentra en los servicios como aparentemente reflejaban las cifras totales del cuadro N° 3. El sector de la **minería** (0.17%) es uno de los más comprometidos conjuntamente con el de **transporte** (0.17%). Y más bien, el de los servicios se encuentra entre los últimos, o si cabe el término, entre los de menor riesgo (0.04%).

Como se puede ver, en la práctica concreta de la salud de los trabajadores de un país se refleja la posición de la salud ocupacional convencional analizada en páginas anteriores. La información sobre problemas de salud de que dispone el IESS se refiere exclusivamente a los **accidentes y enfermedades del trabajo**, es decir, a procesos terminales de la patología laboral.

En lo que se refiere a las enfermedades del trabajo, la posibilidad de diagnóstico, registro y reporte es más crítica. Son muy pocos los casos que en la práctica médica se diagnostican como tales. La amplia mayoría de problemas de salud de los trabajadores son considerados como "enfermedades comunes".

Este fenómeno no es exclusivo del Ecuador. En la mayor parte de países, los denominados accidentes del trabajo superan el noventa y nueve por ciento de los problemas de salud relativos al mismo. En el campo de las denominadas "enfermedades profesionales" se reportan cifras muy bajas, bastante alejadas de la realidad sanitaria de los trabajadores.

Existe un abismo muy grande entre el reporte de las estadísticas oficiales sobre enfermedades del trabajo y la real magnitud de las mismas. En otros capítulos se analizaron varias razones.

El diagnóstico y registro reducido de las enfermedades del trabajo se puede encontrar en el número y tipo de enfermedades del trabajo calificadas por la Matriz del IESS en el lapso de seis años (1988-1993).

Cuadro N 5.- ENFERMEDADES DEL TRABAJO CALIFICADAS POR EL IESS 1988-1993

ENFERMEDAD	n
Sordera profesional	24
Brucelosis	4
Benzolismo	3
Silicosis	2
Tenosinovitis de los pulgares	1
Dermatitis	1
Sordera y silicosis	1
TOTAL	36

FUENTE: División Nacional de Riesgos IESS
ELABORACION: O. Betancourt

Las treinta y seis enfermedades del trabajo calificadas por la Matriz del IESS en ese período de tiempo reflejan que en promedio han sido tratadas como tales 6 enfermedades por año.

Si esta es la realidad del registro de los problemas de salud de los trabajadores realizado por la institución mejor organizada y con mayor trayectoria, será peor la realidad en otras formas de registro. Esto ratifica la visión poco integral de la salud de los trabajadores y su condición marginal. Existe para el futuro un enorme reto para los profesionales y técnicos de la salud laboral, instituciones, trabajadores y empleadores.

Algunas investigaciones realizadas por entidades públicas y privadas llenan de alguna forma el vacío del conocimiento de nuestra realidad.

Por citar la producción de los dos últimos años y sin que sean los únicos, se puede indicar lo encontrado por la Maestría de Salud Ocupacional de la Universidad Central del Ecuador, entre octubre de 1993 y enero de 1994 en una planta ensambladora de vehículos de la ciudad de Quito. Un porcentaje importante de trabajadores padecen de conjuntivitis (17.5%) y pterigium (21.6%), explicables por la exposición

a radiaciones de la soldadura y a múltiples sustancias químicas. En los estudios audiométricos se encontró que de 291 trabajadores estudiados, el 31.6% presenta manifestaciones de trauma acústico crónico, algunos de ellos con niveles de hipoacusia que alcanzan hasta los grados III y IV¹²¹.

El sufrimiento mental ocasionado por condiciones estresantes en los lugares de trabajo en mujeres de la industria de la confección, en servidoras públicas y en campesinas se demostró en un estudio realizado recientemente por el Centro de Estudios y Asesoría en Salud CEAS en 774 trabajadoras. Con la aplicación de Goldberg se encontró que el 36% de las empleadas públicas presentan valores de sufrimiento mental entre moderado y severo, el 49.2 de las obreras y el 41.7% de las campesinas¹²².

La Fundación Natura se ha preocupado de estudiar el impacto del uso de plaguicidas en una pequeña muestra de agricultores del Chota y en trabajadores de una floricultura. En estos grupos se determinó la actividad de acetilcolinesterasa y la presencia de sintomatología de intoxicación por organofosforados. Los niveles tóxicos de acetilcolinesterasa (subclínicos y de intoxicación aguda) alcanzaron al 30.9% de los agricultores estudiados y al 25.3% de trabajadores y trabajadoras de la floricultura¹²³.

Desde hace algunos meses el Proyecto Minería sin Contaminación (CENDA, COTESU, Projekt-Consult) se encuentra realizando diversos estudios para determinar el impacto ambiental ocasionado por la actividad minera en Zaruma y Portovelo. Este mismo proyecto y con el apoyo de profesionales de la empresa española Almadén realizó el examen médico especializado a 200 personas de esas localidades para determinar el efecto en la salud por el uso del mercurio en la amalgamación del oro. En este estudio se pudo detectar a varios trabajadores, inclusive niños, con serias manifestaciones de impregnación mercurial¹²⁴.

¹²¹. Betancourt, O. et al. **Condiciones de trabajo y salud en AYMESA**, Maestría de Salud Ocupacional-Sindicato y Comité de Empresa AYMESA, mimeo, Quito, 1994.

¹²². CEAS. **Trabajo, Mujer y Salud**. op cit.

¹²³. Oviedo, J. Bosano, F. **Vigilancia biológica de intoxicación por plaguicidas**, Fundación Natura, mimeo, Quito, 1992.

¹²⁴. Martínez, J., Santos, J. **Salud ocupacional, incidencia del mercurio en la región de Zaruma y Portovelo**. Fundación CENDA, COTESU, PROJEKT CONSULT, Ecuador, 1994.

Los programas de conservación auditiva del IESS, "desde 1976 hasta 1.988, cubrieron a 182 entidades, públicas y privadas, de diferentes ramas de actividad económica. Se examinaron 16.097 trabajadores expuestos al ruido, de los cuales 4.413 (27,4%) presentaron patología auditiva, clasificada de la siguiente manera: hipoacusia conductiva, presbiacusia, hipoacusia mixta, hipoacusia neurosensorial no profesional y profesional"¹²⁵. Estos datos contrastan con los que han sido calificados como enfermedades del trabajo en años posteriores y que constan en el cuadro N° 5.

Los estudios señalados estuvieron precedidos de medición ambiental de ruido e indican que en la mayoría de los centros laborales existen niveles que sobrepasan el límite permisible de 85 dB para 8 horas diarias de trabajo.

Por medio de otro tipo de programas de esta institución ha sido posible detectar problemas referidos a las alteraciones visuales, a la exposición a plaguicidas, plomo y solventes orgánicos, a las alteraciones broncopulmonares y a los problemas ocasionados por la exposición a radiaciones ionizantes, lamentablemente no se cuenta con información cuantitativa.

LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

Tres instituciones del Estado han sido a las que de manera principal les corresponde el cuidado de la salud de los trabajadores. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos.

Bajo esta consideración y por medio del decreto ejecutivo 2393 del 17 de noviembre de 1986 se creó el Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, integrado por representantes de las tres instituciones antes señaladas, a los que se suman los representantes de los trabajadores y de los empleadores.

Este Comité, por medio de las instituciones integrantes debe

¹²⁵Secaira Aquiles, Departamento de Medicina del Trabajo, IESS, Quito, 1994.

"coordinar las acciones ejecutivas de todos los organismos del sector público con atribuciones en materia de prevención de riesgos del trabajo..."¹²⁶.

Al ser las instituciones citadas las principales responsables de la prevención de los problemas de salud de los trabajadores, se comentará de manera sucinta la respuesta que cada una de ellas ha dado a las condiciones de trabajo y salud de la población laboral ecuatoriana.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Como se ya se señaló, el IESS como institución pública es de las pocas que ha realizado actividades estructuradas de salud de los trabajadores.

Con la creación de la División de Riesgos del Trabajo (1978) se afianzaron las funciones administrativas, normativas, técnicas y operativas del seguro de riesgos del trabajo. En la actualidad cuenta "con cinco Departamentos en Quito y con cuatro en Guayaquil para atender las necesidades técnico-administrativas, educativas y promocionales a nivel nacional". Para el cuidado a la población asegurada cuenta con 120 funcionarios, en los que se incluyen los técnicos y el personal administrativo¹²⁷, para todo el país.

Sería muy largo enumerar las actividades que esta institución realiza. Sólo a manera de ilustración se indicarán las principales acciones que se llevan a cabo por medio de los distintos departamentos.

Estudio e inspección de las condiciones de trabajo de los centros laborales; orientación, formación, educación y divulgación de la prevención; investigación y diagnóstico de las enfermedades del trabajo; asesoría a los centros laborales en el campo de la higiene, seguridad y medicina del trabajo; estudio y calificación de los accidentes del trabajo, etc.

¹²⁶. **Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo.** Registro Oficial número 565, Quito, noviembre de 1986.

¹²⁷. **Plan Nacional.** op. cit p.4.

Esta institución, entre otras cosas, cuenta con laboratorios y personal especializados para el monitoreo biológico y ambiental.

Al analizar la realidad de los registros de accidentes y enfermedades del trabajo se había comentado sobre la cobertura que ofrece el IESS a la población trabajadora. El escaso número de personal, los recursos limitados y la visión restringida de la relación salud y trabajo impiden que se llegue a amplios sectores de la población laboral para transformar sus condiciones de trabajo y salud. Sin embargo, es una institución a la que los trabajadores pueden recurrir sin mayor esfuerzo para aliviar los problemas que sufren por condiciones de trabajo peligrosas, derechos que serían difíciles de ejercer con los intentos privatizadores de la política neoliberal del actual gobierno.

Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos

Esta institución, por intermedio del Departamento de Seguridad Industrial y con escaso personal se encarga de la inspección, supervisión, aprobación de reglamentos y asesoría de los centros laborales en el campo de la seguridad e higiene del trabajo.

Estas actividades se realizan por medio de inspectores que en su mayoría son egresados de las facultades de derecho, con el respaldo y coordinación de los profesionales del Departamento.

En teoría, todos los problemas de los trabajadores no afiliados a la seguridad social, que son la mayoría, deberían ser resueltos en esta institución. En la práctica, son pocos los trabajadores que hacen uso de este derecho legal, primero por desconocimiento de este derecho y segundo porque las exigencias burocráticas son muy complejas, a lo que se suma la intervención de los abogados que intentan hacer arreglos superficiales, generalmente en perjuicio del trabajador.

Las inspecciones de los lugares de trabajo, al ser realizadas por personal de la rama del Derecho, no incluyen los aspectos específicos de la higiene y seguridad laboral ni lo relativo a los servicios médicos.

Como sucede en otros países, las instituciones públicas relacionadas con la salud de los trabajadores son las que ocupan las últimas prioridades en recursos y definición de políticas. A esto se suman, lamentablemente, algunas taras burocráticas en la que caen los servidores del Estado. Es necesario con la difusión y presión popular, alcanzar nuevas condiciones para que estas instituciones cumplan con la función que les corresponde.

Ministerio de Salud Pública

A pesar de ser miembro del Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, es de los pocos ministerios de América Latina que hasta el momento no ha definido ni ha llevado a la práctica una política o programa estructurado de salud de los trabajadores de alcance nacional.

Desde finales de la década de los 70 se han hecho varios intentos para incursionar en el campo de la salud de los trabajadores, primero con la División de Accidentes, Desastres y Salud Ocupacional que sin haber realizado actividades relevantes en esta área desapareció en 1983.

Posteriormente y como una demanda de los trabajadores y empleados de la planta central del Ministerio, por medio del Decreto 7288 del 31 de julio de 1987 se creó la División Nacional de Control de Seguridad e Higiene del Trabajo, dependiente de la Dirección de Recursos Humanos. El universo que debía cubrir esta dependencia era de aproximadamente 30 mil trabajadores y empleados del Ministerio de Salud Pública.

Entre otras cosas, por la falta de personal, la carencia de recursos y la ausencia de una política oficial de salud laboral la División no pudo llevar a cabo lo planteado en el espíritu del Decreto. Ni los mismos trabajadores del Ministerio tuvieron la oportunidad de ser beneficiarios de acciones de salud de los trabajadores. Dos personas, que además cumplían otras tareas de la Dirección constituían todo el personal. Siguiendo la misma suerte de sus antecesoras fue eliminada en 1993.

En un trabajo conjunto con la Maestría de Salud Ocupacional de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, la Dirección de Nacional de Epidemiología del MSP incluye un programa

de salud de los trabajadores. En el mes de abril de 1993 se trabajó en la elaboración de la **Historia de Salud Laboral** que se incluiría en la Historia Clínica Unica de los servicios de salud. Se aplicó la prueba piloto en una área de influencia del Subcentro de Salud de Chiriacu Alto y en base a eso se ha planificado la capacitación de los equipos de salud y su aplicación en otras unidades operativas. En este momento algunos egresados de la Maestría se encuentran cumpliendo funciones relativas al monitoreo de la salud de los trabajadores (vigilancia epidemiológica) y a la implementación de otro tipo de acciones que crearían las bases para una política de salud de mayor trascendencia.

En 1994 se crea la Dirección Nacional de Salud Ambiental en la que se incorpora igualmente un programa de "fomento, promoción y desarrollo de la salud de los trabajadores"¹²⁸, dirigido de manera especial a la población menos cubierta y a los propios trabajadores de las unidades operativas del MSP. Esta dependencia cuenta también con el apoyo de egresados de la Maestría de Salud Ocupacional. Hasta el momento se ha incursionado en el sector minero por medio de la capacitación a los profesionales de la salud que laboran en el austro ecuatoriano, lugar de los asentamientos mineros más importantes del país. Esta dependencia se encuentra trabajando con la Comisión Multisectorial de salud de los trabajadores, promovida por la OPS/OMS, en programas de difusión y sensibilización sobre monitoreo epidemiológico y atención básica en salud en distintas regiones del país.

A pesar de estos esfuerzos, todavía está muy lejano el momento en el que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador lleve a la práctica una política integral de salud de los trabajadores.

LA RESPUESTA EMPRESARIAL

El sector privado ha centrado sus esfuerzos en la medicina curativa. Los servicios médicos o de enfermería que existen en pocos centros laborales, a pesar de las obligaciones de ley, cuentan con profesionales de la salud (médicos o enfermeras) a tiempo parcial cuya actividad central sigue siendo la atención de los problemas de salud que surgen de la demanda espontánea.

¹²⁸. **Plan Nacional**.op.cit. p.6.

En el último cuerpo legal que se hizo referencia anteriormente, (Reglamento 2393) se expresan claramente las obligaciones de los empleadores en relación a los servicios de medicina del trabajo, los departamentos de higiene y seguridad y los comités paritarios de seguridad e higiene del trabajo. En la práctica se ha visto que estas disposiciones reglamentarias se cumplen en pocos casos y de manera parcial en las grandes empresas. Los trabajadores de las medianas y pequeñas se encuentran realmente al margen de cualquier acción dirigida a proteger su salud.

Poco se hace por la investigación y la prevención en el campo específico de la salud laboral. La mayor parte de problemas son atribuidos a condiciones ajenas al trabajo. Las cifras de enfermedades del trabajo calificadas por el IESS y revisadas en páginas anteriores es la mejor prueba de lo señalado.

En casos aislados existe un trabajo coordinado entre los servicios médicos y los departamentos de higiene y seguridad de las empresas, para ejecutar programas integrales de prevención y protección. Lo común es que cada quien marche por su lado, en ocasiones inclusive con posiciones antagónicas y competitivas.

Ultimamente y en correspondencia con el proceso de modernización, los seguros privados tienden a ingresar en este campo mediante la oferta de seguros para accidentes de trabajo. Se trata de pólizas de vida o accidentes que generalmente resultan difíciles de hacer efectiva por parte de los trabajadores y sólo consideran aspectos indemnizatorios. El modelo chileno que surgió en la década anterior y que se encuentra en plena vigencia, a pesar de las nefastas implicaciones en la salud pública, se ha convertido en el paradigma de las mentes privatizadoras del país.

LA RESPUESTA DE LOS TRABAJADORES

El mejoramiento de las condiciones de trabajo y el cuidado de la salud no han sido las preocupaciones centrales de los trabajadores.

Inclusive en los grupos organizados los esfuerzos han estado dirigidos a las reivindicaciones económicas. No cabe la menor duda que las condiciones de vida favorables (relacionadas de alguna manera con los niveles de ingreso) influyen en el buen estado de salud, pero se ha llegado al extremo de que ciertos grupos de trabajadores han preferido aceptar bonificaciones económicas o el apoyo para la creación del equipo de fútbol a cambio de la ausencia de medidas de protección en los centros laborales. La "monetización del riesgo" no es ninguna novedad en las políticas empresariales de muchos países.

En contraposición con lo señalado, algunas organizaciones han visto con especial interés el cuidado de su salud. Existen centrales sindicales y otras organizaciones que cuentan con centros especializados o con grupos de asesoría en salud de los trabajadores, es el caso del FUT, CEOLS, FUOS, Sindicato y Comité de Empresa de AYMESA, trabajadores de la salud, organizaciones femeninas, de mineros, etc. Como se señaló en las primeras páginas, una de ellas inclusive ha incorporado al contrato colectivo artículos que señalan con claridad la posibilidad de que los trabajadores, conjuntamente con sus asesores realicen estudios especializados en el centro laboral y en los trabajadores, a más de su reglamento de higiene y seguridad.

Situaciones similares se van generando en trabajadores de la salud, especialmente de los centros hospitalarios, haciendo funcionar los comités de seguridad e higiene del trabajo.

OTRAS INSTITUCIONES

En el país existen otras instituciones como Petroecuador, Ministerio de Industrias y Comercio, Ministerio de Agricultura, SECAP e Instituto de Normalización, que de una u otra forma se encuentran vinculadas con acciones relativas a la salud de los trabajadores.

Algunos organismos no gubernamentales han incursionado de manera importante en la investigación, asesoría, prestación de servicios y formación de recursos humanos. Es el caso del Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS, el Centro de Estudios de Salud de los Trabajadores, CEST, en Quito, el Centro de Investigaciones de Salud Ocupacional en Portoviejo, el Centro de Estudios Médico Sociales, CEMES, en Cuenca, por citar los de mayor trayectoria.

Ultimamente algunos grupos ecologistas también han demostrado interés en la salud de los trabajadores.

En unos casos las acciones se han concentrado más en la educación y capacitación de los trabajadores, en otros en la investigación y asesoría y en unos pocos en la prestación de servicios con equipos especializados. Todavía es difícil contar con el apoyo financiero para la adquisición de estos equipos que permitan ofrecer servicios multivariados. Igualmente, sólo en alguno de ellos se ha incorporado la metodología de la participación activa de los trabajadores en los procesos de investigación y de gestión.

El trabajo conjunto entre varias ONG's es una modalidad que ha surgido en los últimos años. Se vislumbra como una buena perspectiva para la actividad en este campo.

Ciertos organismos internacionales, dentro de los límites inherentes a sus condiciones, han puesto especial interés en apoyar el desarrollo de la salud de los trabajadores en nuestro país. La OIT se ha vinculado especialmente con el Ministerio del Trabajo y con el IESS; el Centro de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá, CIID, con ONG's en el campo de la investigación; y la OPS\OMS con el Ministerio de Salud. Este organismo ha promovido la elaboración, difusión y discusión del Plan Nacional de Salud de los Trabajadores que se encuentra en espera de su aprobación legal y aplicación.

LA EDUCACION EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

En correspondencia con el bajo nivel de desarrollo de la salud de los trabajadores del país, la formación de recursos humanos, la inclusión de contenidos específicos en el curriculum de los centros educativos ha sido poco frecuente. Tan serio es el problema que casi en todas las facultades de medicina del Ecuador no existen contenidos de medicina del trabajo, higiene y seguridad laboral en la formación de los profesionales de salud.

Hace diez años se comenzó a impartir una unidad de salud laboral en el Postgrado de Investigación y Administración en Salud. Con esos antecedentes y experiencia se creó la Maestría de Salud Ocupacional en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador. En el momento actual se cuenta con más de una decena de profesionales que han egresado y se encuentran vinculados especialmente a las instituciones del Estado, intentando apuntalar el fortalecimiento de la salud de los trabajadores del país.

Existe la cátedra de Salud de los Trabajadores en la Escuela de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de Quito, en la Universidad Católica de Cuenca la cátedra de Medicina del Trabajo y en la Universidad Tecnológica Equinoccial se imparten algunos cursos en la carrera de Ingeniería Industrial. El IESS el Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional, SECAP, y otras instituciones mantienen programas educativos de diversa duración y secuencia.

A pesar de estos esfuerzos, existe un gran abismo entre la magnitud de la problemática y la formación de recursos humanos, la capacitación a los trabajadores y empleadores. En los niveles de educación primaria y media no existe ninguna actividad que contemple la salud de los trabajadores. Más grave es la situación de los institutos de educación técnica que vinculan de manera permanente la educación con el trabajo. Recientemente en el Centro del Muchacho Trabajador se está experimentando una enseñanza con contenidos de esta área.

Para superar estas deficiencias, uno de los mecanismos sería incorporando la educación en salud de los trabajadores en los niveles de la enseñanza de pre-primaria, primaria y media.

VACIOS EN LA INVESTIGACION

Para tratar este aspecto conviene iniciar con una cita que hace referencia a la realidad de la investigación de la salud laboral en América Latina:

"En la publicación de la OPS\OMS Research in Progress 84-85 se pone de manifiesto que en ese período la Organización Panamericana de la Salud financió 335 proyectos de investigación, de los cuales sólo doce (3.6%) estaban relacionados con problemas de Salud Ocupacional. Así mismo, al revisar las publicaciones de los países latinoamericanos de habla hispana, registradas en el Index Medicus para esos dos años aparecen 13 publicaciones referidas a salud de los trabajadores, de los cuales 3 son reportes de casos, 2 son revisiones generales sobre un tema, 2 son artículos que describen la organización de la salud ocupacional en un país y 6 son investigaciones descriptivas sobre aspectos muy parciales de la realidad"¹²⁹.

En nuestro país y en la presente época la realidad es similar. Los pocos estudios realizados se enmarcan más bien en la recopilación y procesamiento estadístico de intervenciones rutinarias de los organismos oficiales, (la seguridad social, por ejemplo). Sobre estos estudios hemos hecho referencia en páginas anteriores. Han sido más bien las universidades y las ONG's las que han incursionado en la investigación en sectores específicos y sobre problemas puntuales.

En el caso de la industria de ensamblaje de automotores, de la salud de la mujer trabajadora y de los trabajadores de la salud, en investigaciones realizadas en estos últimos años por la Maestría de Salud Ocupacional de la Universidad Central y por el CEAS respectivamente, se han incorporado algunos planteamientos teórico-metodológicos diferentes a los que comúnmente se utilizan en las esferas oficiales y en otros sectores. Los resultados de la investigación de la salud de la mujer trabajadora y de los trabajadores de la

¹²⁹. Feo, O. **Metodología de la Investigación en Salud Ocupacional**, Organización Panamericana de la Salud, Programa Salud de los Trabajadores, mimeo, Venezuela, 1990.

salud se publicaron en los dos últimos años¹³⁰ y de la industria de ensamblaje se encuentra en fase de publicación.

Como la característica de estas investigaciones fue la participación activa de los y las trabajadoras, los resultados no sólo han servido para llenar los vacíos del conocimiento sino que han permitido elevar la conciencia sobre la necesidad impostergable de mejorar las condiciones de trabajo y el cuidado de la salud. Algunas acciones se han puesto en práctica de manera inmediata, otras han quedado en el proyecto de una acción continua de las organizaciones respectivas.

En esta misma línea y como un estudio pionero, un grupo de enfermeras ecuatorianas, dirigidas por un compañero argentino se realizó en el país un estudio sobre las condiciones de trabajo y salud en las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos en algunos hospitales de la capital¹³¹.

En años anteriores y en el Curso de Investigación y Administración en Salud de la misma Facultad de Ciencias Médicas, un grupo de egresadas realizó una interesante investigación sobre el asbesto y la salud de los trabajadores. Los resultados han servido para levantar la conciencia nacional sobre el peligro para la salud del uso de esta sustancia.

La Fundación Natura (ONG), el CISO y el Ministerio de Agricultura y Ganadería han realizado interesantes estudios en el campo de los plaguicidas. Acerca de la investigación de la primera institución hicimos referencia anteriormente, es interesante en este momento comentar sobre las investigaciones del Ministerio de Agricultura y del CISO. En el primer caso, se realizó la determinación de plaguicidas en la leche materna y en los alimentos de consumo frecuente de los habitantes de la Capital de la República, cuyos resultados influyeron, de alguna manera, en el control del uso indiscriminado de estas sustancias^{132,133}. El

¹³⁰. Breilh, J. et al. **Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental**. Salud Problema, No. 23, Primavera 93, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1993, p. 21-37.

¹³¹. Kohen, J. et al. **Salud y trabajo de las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de Quito**, Fundación Hacer, Quito, 1992.

¹³². Bolaños, M., Santacruz, X., Muñoz, O. **Determinación de Residuos de Pesticidas Clorados en Leche Materna**. Salud y Trabajo No. 12, Portoviejo, 1988, p.5.

¹³³. Bolaños, M. **Estudio de la contaminación por plaguicidas en los alimentos básicos constituyentes de la dieta media ecuatoriana**,

CISO, en cambio, se preocupó de efectuar una recopilación y procesamiento estadístico de las intoxicaciones por plaguicidas en la provincia de Manabí. Es este estudio uno de los pocos en el país¹³⁴.

La posibilidad que hemos tenido de intervenir en algunas de estas experiencias permite refrendar la importancia de la participación activa de los trabajadores, sin embargo, es necesario vencer algunas dificultades y limitaciones. Por si solo el modelo participativo no puede dar cuenta de toda la realidad, además, se deben utilizar tácticas adecuadas para que los sectores patronales no se opongan a las investigaciones de este tipo y para que los trabajadores planteen los cambios sin que ello signifique la pérdida de la fuente de trabajo.

Es necesario vencer las dificultades del tiempo de participación de los trabajadores y eso significa, para algunos momentos de la investigación, que abandonen sus tareas específicas, aspecto que no es aceptado por empresarios y directivos. En los casos que se deba investigar utilizando las horas marginales, resulta una carga pesada para los trabajadores que anhelan llegar a sus hogares.

La posibilidad de ingreso a los centros laborales es otro obstáculo que ha sido necesario vencer. Hemos tenido la oportunidad de constatar que en algunas ocasiones ni los mismos profesionales de la salud de las empresas tienen autorización para ingresar al área de producción. La escasez de fuentes secundarias de información, así como la poca disponibilidad de bibliografía amplia y oportuna son también serios limitantes.

MAG, CONACYT, mimeo, Quito, s/f.

¹³⁴. Terán, G. **Epidemiología de las intoxicaciones por plaguicidas químicos en la provincia de Manabí 1980-1986**. Salud y Trabajo, No. 12, Portoviejo, 1988.

BIBLIOGRAFIA

AYMESA. **Noveno Contrato Colectivo de Trabajo**, Quito, 1992.

Baker, E., Matte, T. **Surveillance of Occupational Illness and Injury**, en "Public Health Surveillance", Van Nostrand Reinholds, New York, 1992.

Betancourt, O. et al. **Condiciones de trabajo y salud en AYMESA**, Maestría de Salud Ocupacional-Sindicato y Comité de Empresa AYMESA, mimeo, Quito, 1994.

Betancourt, O. **La Salud en el Trabajo en el Ecuador, Notas para su Estudio**. Salud y Trabajo, No. 8-9, Portoviejo, abril-diciembre 1984.

Bianco, A. **Pequeña Historia del Trabajo**. Contrapunto, Buenos Aires, 1987.

BLANCO Y NEGRO. " **Dónde están los burócratas?**. Revista de Hoy, Año 1. No. 23, Ecuador, 2 de octubre de 1994.

Bolaños, M. **Estudio de la contaminación por plaguicidas en los alimentos básicos constituyentes de la dieta media ecuatoriana**, MAG, CONACYT, mimeo, Quito, s/f.

Bolaños, M., Santacruz, X., Muñoz, O. **Determinación de Residuos de Pesticidas Clorados en Leche Materna**. Salud y Trabajo No. 12, Portoviejo, 1988.

Braverman, H. **Trabajo y Capital Monopolista**. Nuestro Tiempo, México, 1978.

Breilh, J. "**Neoliberalismo en Pastilla, para Profesionales de la Salud**". Cuadernos de Salud Colectiva, Vol. 1, No. 4, Quito, 1991.

Breilh, J. **Epidemiología del Trabajo, Reflexiones Metodológicas para un Avance de la Línea Contrahegemónica**, mimeo, CEAS, Quito, 1992.

Breilh, J. et al. **Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental**. Salud Problema, No. 23, Primavera 93, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1993.

Breilh, J. **La Salud enfermedad como hecho social: Un nuevo enfoque**, en varios autores, **Deterioro de la Vida**, Primera edición CEAS-Corporación Editora Nacional, Quito, 1990.

Breilh, J. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación**, CEAS, Quito, 1994.

CEAS. **La crisis y su impacto en la salud**, mimeo, Quito, 1988.

CEAS. **Mujer, Trabajo y Salud**, Serie Mujer y Salud 1, Ediciones CEAS, Quito, 1994.

CEDATOS. **Cifras Claves, 1992**. En Páez, R. **La atención farmacoterapéutica en el Ecuador**, mimeo, Ecuador, 1995.

La Salud y el Trabajo I

Cedeño, G. **Relaciones del seguro de riesgos profesionales en la prevención de riesgos.** Problemas actuales de los seguros de riesgos profesionales. AISS, Quito, 1982.

CEPAR. **Crecimiento poblacional y desarrollo socio-económico,** Temas poblacionales 2, Quito, 1990.

CEPLAES, ILDIS. **Ecuador: Análisis de Coyuntura, perspectivas 1993.** Serie Ecuador, Análisis de Coyuntura 6, primera edición, Gráfica Araujo, Quito, 1993.

Colombia, Alba. **Vigilancia Epidemiológica Ocupacional.** mimeo, II Encuentro Nacional de Salud Ocupacional, Cali, 1987.

CONADE. **Ecuador en Cifras.** Secretaría General de Planificación, Quito, Junio, 1989.

Davini, M.C. et. al. **La investigación en el Area Educativa**" Serie Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, Washington, 1990.

Durao, A. y Faria, J. **"Formacao Profissional e Prevencao".** PREVENCAO Medicina do Trabalho e Seguranca, Lisboa, 1970.

Durao, Alvaro. **"A sensibilizacao dos futuros médicos pela Medicina do Trabalho".** Jornal do Médico, LXXIII (1452): 885-888, Dezembro, 1970.

Durao, Alvaro. **"La Educación de los Trabajadores y su Participación en los Programas de Salud Ocupacional"** Educ. Med. Salud, Vol. 21, No. 2, 1987.

Ecuador. Ministerio de Gobierno. **Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo.** Registro Oficial número 565, Quito, noviembre de 1986.

Feo, O. **Metodología de la Investigación en Salud Ocupacional,** Organización Panamericana de la Salud, Programa Salud de los Trabajadores, mimeo, Venezuela, 1990.

Fontan Jubero, P. **"El Papel del Profesor Dentro de Cuatro Posibles Modelos Educativos",** La Escuela y sus Alternativas de Poder, ed. Leal, Barcelona, 1978.

García, J.C. **La Categoría Trabajo en Medicina**. Salud y Trabajo, No. 5, Portoviejo, abril 1983.

Granda, E. **Vigilancia epidemiológica**, mimeo, CEAS, Quito, 1992.

Granda, E., Urrego, J. **Vigilancia epidemiológica: espacio, sujetos y acción**, ponencia, Sexto Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Octavo Congreso Mundial de Medicina Social, Guadalajara, 1994.

GTZ. **ZOPP, una Introducción al Método**, mimeo, Frankfurt, s/f.

Halperin, W. et al. **Public Health Surveillance**, Van Nostrand Reinhold, 1992.

Henao, S., Corey, G. "**sistema de vigilancia epidemiológica para población expuesta a plaguicidas inhibidores de la colinesterasa**". En Plaguicidas Organofosforados y Carbámicos, Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud, México, 1991

INEC. **Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y defunciones**. Talleres Gráficos del INEC, Quito, 1992.

INEC. **Anuario de recursos y actividades de salud**, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Quito, 1993.

INEC. **V Censo de Población y IV de Vivienda 1990**, Talleres Gráficos INEC, Quito, 1991.

Instituto Fronesis. "**Pobre la Educación de los Pobres**", Hoy, Quito, febrero 1992.

Kahan, E. **La Investigación Epidemiológica en Salud Ocupacional**, en Medicina Ocupacional en Israel, Centro de Estudios Cooperativos para América Latina, 1a. Ed, Jerusalem, 1989.

Karvonen, M. **Epidemiology in the context of occupational health**, en Epidemiology of Occupational Health, WHO Regional Publications, European Series No. 20, Copenhagen, 1986.

Kohen, J. et al. **Salud y trabajo de las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de Quito**, Fundación Hacer, Quito, 1992.

Kosík, K. **Dialéctica de lo Concreto**. Grijalbo, México, 1967.

La Salud y el Trabajo I

Laurell, A.C. (coord.) **Para la investigación de la salud de los trabajadores**, Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000 N° 3, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1993.

Laurell, A.C. **Trabajo y salud: estado del conocimiento**, en Debates de Medicina Social, OPS-ALAMES, 1a. ed., Edit. Non Plus Ultra, Quito, 1991.

Leavell, H.; Clark, E. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. McGraw Hill Co, New York, 1965.

Martínez, J., Santos, J. **Salud ocupacional, incidencia del mercurio en la región de Zaruma y Portovelo**. Fundación CENDA, COTESU, PROJEKT CONSULT, Ecuador, 1994.

Marx, K. **El Capital**, Tomo I, Vol. 1, Siglo XXI, 4a. ed., México, 1976.

Marx, K. **El Capital**, Tomo I, Vol. 2, 5ta. Edic, Siglo Veintiuno, México, 1979.

Mendes, R. **Saúde Ocupacional**. Epidemiología y Saúde, MEDSI, 3a edic, Río de Janeiro, 1992.

Menéndez, E. **Trabajo y Significación Subjetiva, Continuidad Cultural, Determinación Económica y Negatividad**. Mimeo, s/f. México.

Ministerio de Educación y Cultura. **"Educación y Trabajo, Lineamientos Básicos de una Propuesta Educativa"**. Centro de Artes Gráficas SECAP, Quito, 1991.

Ministerio de Educación y Cultura. **"Currículo Dinámico de Educación y Trabajo"**. Comisión Técnica Nacional de Educación y Trabajo, mimeo, Quito, 1992.

MSP. **Manual de Organización de las Areas de Salud**, Ministerio de Salud Pública, Primera ed. Quito, 1993.

Muñoz, E., Vicuña, L. **Historia del Movimiento Obrero del Ecuador** en Historia del Movimiento Obrero en América Latina, Siglo XXI, México, 1984, p 201.

Muñoz y Villamizar **"Sistema de vigilancia epidemiológica"**, mimeo, Bogotá, 1981.

La Salud y el Trabajo I

Neffa, J.C. **El proceso de trabajo y la economía de tiempo**. Centre de Recherche et Documentation sur L'Amérique Latine, Humanitas, Buenos Aires, 1990.

Noriega, M. **Organización Laboral, Exigencias y Enfermedad**, en Laurell C. (coord.), Para la investigación de la salud de los trabajadores, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000 No. 3, Washington, 1993.

Noriega, M., Villegas, J. **La investigación participante en la salud laboral**. Salud Problema No. 23, Primavera 93, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1993.

Noriega, M. y col. **En Defensa de la Salud en el Trabajo**, SITUAM, México, 1989.

OMS. **"Enseñanza y Formación Profesional en Higiene y Seguridad del Trabajo y en Ergonomía"**, Serie de Informes Técnicos 663, Ginebra, 1981.

OMS. **Atención primaria de salud**, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS. Suiza, 1978.

OMS. **Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria en Salud**. Serie de Informes Técnicos 690, Ginebra, 1983.

OPS/OMS. **"XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana"**. Salud de los Trabajadores. Washington, D.C. septiembre 1990.

OPS. **"Capacitación de los Trabajadores del Area Andina en Salud Ocupacional"**. Documento de trabajo, Bogotá, 1990.

OPS. **Plan de Acción sobre la Salud de los Trabajadores en el Area Andina, Proyecto Subregional**, Washington, 1990.

Oviedo, J. Bosano, F. **Vigilancia biológica de intoxicación por plaguicidas**, Fundación Natura, mimeo, Quito, 1992.

La Salud y el Trabajo I

Pazmiño, M. **"Reflexiones para una Educación Humanista, Científica, Popular y Progresista"**. UNE, Edicentro, Riobamba, 1992.

Ruiz, C., Galán, M., Marqués, F. **Metodología centinela. Redes de notificación voluntaria centinela en salud laboral**, Salud y Trabajo, No. 98, Madrid, 1993.

Samaja, J. **Triangulación Metodológica, pasos para una comprensión de la dialéctica de la combinación de métodos**. V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, mimeo, Buenos Aires, 1991.

Savchenko, P. **"Qué es el Trabajo?"**. Progreso, Moscú, 1987.

Seligman, P., Frazier, T. **Surveillance: The Sentinel Health Event Approach** en "Public Health Surveillance", Van Nostrand Reinhold, New York, 1992.

Terán, G. **Epidemiología de las intoxicaciones por plaguicidas químicos en la provincia de Manabí 1980-1986**. Salud y Trabajo, No. 12, Portoviejo, 1988.

Testa, M. **Pensar en Salud**, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1993.

Varios autores. **Vigilancia del medio y de las condiciones de salud en los programas de higiene del trabajo**. Informe de un Comité de Expertos de la OMS, Ginebra, 1973.

Varios autores. **"Alguna reflexiones sobre Vigilancia Epidemiológica"**, mimeo, CEAS, 1992.

Varios autores. **"Consulta Nacional Educación Siglo XXI"**, Documento Base, MEC, Quito, Enero 1992.

Varios autores. **"Modulo de Vigilancia Epidemiológica"**. FASBASE. Unidad de Análisis e Información Epidemiológica, MSP, mimeo, 1992.

Varios autores. **El Sistema de Vigilancia Epidemiológico Alimentario Nutricional (SISVAN)**. mimeo, Colombia, s/f.

Varios autores. **Manual Conocer Para Cambiar. Estudio de la salud en el trabajo**, primera edición, Universidad Autónomas Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, 1989.

Varios autores. **Plan Nacional de Seguridad y Salud de los Trabajadores**. Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo, mimeo, Quito, 1994.

Vasilachis, I. **Métodos cualitativos I, los problemas teórico-epistemológicos**, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1992.

Villegas, J., Ríos, V. **La investigación participativa en la salud laboral: el modelo obrero**. En Laurell C. (coord.), Para la investigación de la salud de los trabajadores, Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000 No. 3, Washington, 1993.

Weeks, J., Levy, B. **Preventing Occupational Disease and Injury**. American Public Health Association, Washington, 1991.

Yépes, Francisco y Col. **"La Salud en Colombia"**, Ministerio de Salud, Editorial Presencia, Bogotá, 1990.