

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES: EN LA BÚSQUEDA DE UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA

LIC. MABEL GRIMBERG *

INTRODUCCIÓN

En su mayor parte la producción sanitarista ha centrado los problemas de salud-enfermedad en la población y en variables demográficas tales como sexo, edad y distribución ecológica, consecuentemente los ejes de análisis han sido el ámbito del consumo y los comportamientos individuales (1). Las condiciones de trabajo y de vida de esta población y en particular la condición de trabajadores de la mayor parte de la misma no ha sido focalizada ni ponderada en el análisis.

Escindida de esta problemática, la salud de los trabajadores ha sido considerada objeto exclusivo de la «medicina laboral», mientras que los aspectos técnicos fueron adjudicados al ámbito de intervención de la «higiene y seguridad en el trabajo». Si bien notablemente escasa, la temática se encuentra bajo distintos órdenes de problemas y modos de tratamiento en la producción médico-epidemiológica y de ciencias sociales y salud básicamente en dos perspectivas. Por un lado una orientación que ha privilegiado la esfera del consumo y delimita conceptualmente los «estratos de menores recursos» en el marco de los análisis de estratificación social. Por otro, la perspectiva de medicina laboral/ocupacional centrandolo la problemática desde el enfoque del «riesgo laboral».

Las dificultades generadas dentro del propio campo médico y de ciencias sociales en lo relativo a la identificación de daños vinculados al trabajo, la carencia de sistemas de registro de información, la organización y la operatoria de los servicios médicos de fábrica, su relación con el control y la disciplina laboral, así como el papel de los trabajadores en relación a su salud, constituyen algunos de los aspectos desde los que se ha criticado y replanteado el problema.

Desde fines de la década de los sesenta, la medicina social y las ciencias sociales dedicadas al tema, en particular las corrientes latinoamericanas críticas a los enfoques predominantes, vienen desarrollando una producción teórica a partir de investigaciones empíricas en torno de la relación trabajo/salud. De éstas han resultado aportes teórico-metodológicos fundamentales para la comprensión del carácter social

* Licenciada en Ciencias Antropológicas. Docente de UBA. Becaria de Conicet. Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas. Fac. de Filosofía y Letras, UBACYT.

de los procesos de salud-enfermedad en la perspectiva de construcción de una «epidemiología crítica» (2). Embrionariamente también han puesto en marcha la posibilidad de construir herramientas que sustenten un tipo de práctica social diferente en relación a la salud de los trabajadores.

Con el objetivo de incorporar una perspectiva antropológica a la discusión en juego, se analizan los enfoques que a nuestro criterio resultan más significativos - centrado fundamentalmente en la producción latinoamericana-, para desde ahí replantear la problemática a partir de considerar la dimensión de construcción social de los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores. Previamente sin embargo, debe señalarse que la revisión sistemática de la bibliografía en esta temática para América Latina, enfrenta notorias dificultades derivadas en su mayor parte, de la dispersión de instituciones y grupos dedicados a éstos temas, de la ausencia de canales o medios de centralización y comunicación, y consecuentemente de la existencia de publicaciones de distinto carácter, en su mayor parte de circulación restringida.

Por todo ello nos parece conveniente sistematizar los aspectos más relevantes en cuanto a la temática y a las propuestas teórico-metodológicas, para desde ahí analizar los aportes y los problemas planteados.

1. LA CONSTRUCCIÓN MÉDICO-AMBIENTALISTA: DE LA MEDICINA DEL TRABAJO A LA SALUD OCUPACIONAL

Formulada como un área de «especialidad», la salud en el trabajo se configura en un objeto claramente diferenciado de aquel asignado a otra «rama» -la Salud Pública-, para la que se adjudicó el ocuparse del «hombre ...en relación con su ambiente en sociedad, fuera del lugar de trabajo, y en el que factores tales como la contaminación del aire y del agua, del ruido, la nutrición e infecciones pueden influir en su salud» (3)

Al interior de esta construcción se delinearon dos campos de práctica. Por un lado, la Medicina del Trabajo orientada hacia los aspectos clínicos de diagnóstico (exámenes médicos) y tratamiento de accidentes y enfermedades ocurrentes en el centro laboral. Por otro, el desarrollo de técnicas de seguridad y control ambiental en el lugar de trabajo, orientación entroncada en la disciplina correspondiente, la Higiene y Seguridad en el Trabajo asignada al campo de la Ingeniería.

Vista en su conjunto, este tipo de construcción se sostiene en una unidad de análisis: el trabajador individual, y en una visión monocausal que asocia determinados «agentes» de «carácter nocivo» a procesos patológicos específicos tipificados como «enfermedad profesional» (u «ocupacional») o «accidentes de trabajo». Desde una mirada centrada en lo individual y lo biológico, el enfoque reproduce y traslada al área laboral la concepción triádica del modelo médico dominante. Su resultado es la

concepción técnico-ambientalista del «riesgo laboral»: el «daño» ocasionado por un «agente» específico, fundamentalmente de carácter técnico, sobre un «huésped» -el trabajador- en un «ambiente» dado, el taller, la sección, etc.

En otros términos, centra en fenómenos puntuales aislables de carácter individual: la enfermedad «laboral» y el accidente de trabajo, postulando un «agente» externo o condición psicológica constitucional, orgánica u ocasionalmente psicogénica como «factor causal» de los mismos. Desde esta concepción entonces se considera «riesgos del trabajo» a aquellos elementos cuya «presencia» en el ámbito laboral implica un «potencial» de daño a la salud del trabajador; en tal sentido, los «riesgos» están constituidos por «agentes nocivos» puntuales «presentes» en el objeto, los medios o el ambiente de trabajo, cuando no implican a «factores» individuales («psicosociales») de los propios trabajadores. Las clasificaciones tradicionales discriminaron en físicos (ruido, luz, temperatura, aireación, etc.), químicos (solventes, derivados del benceno, hidrocarburos y otras sustancias), biológicos (materias orgánicas «específicas» de ciertos procesos de producción o «inespecíficas» según las condiciones de higiene, etc.).

Desde ahí, el problema básico ha sido la «exposición» desde el cual la operatoria se ha reducido a la identificación, en términos de medición, de tales «agentes» en el «ambiente de trabajo», y en una segunda instancia, a la búsqueda de corrección de su incidencia, tareas que han correspondido a la Higiene y Seguridad; mientras que la práctica médica se ha dirigido fundamentalmente a establecer la proporción de daño sufrida por la fuerza laboral tendiente a su rápido reintegro a las tareas productivas y a mediar en las negociaciones en torno a la compensación monetaria de carácter indemnizatorio.

El marco más ampliamente utilizado es el dado por el Comité Mixto OIT/OMS en 1950 que identificó el área bajo la denominación de: Salud Ocupacional, y la definió desde una serie de objetivos/tareas a desarrollar: «promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones»; «prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo»; «protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a la salud»; «colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo» (OIT-OMS, 1950).

Este tipo de proposiciones, si bien pone el acento en una orientación más preventiva que asistencial, presenta a nuestro criterio una serie de problemas básicos para la investigación y sobre todo para el diseño de políticas. Entre ellos, el uso del concepto de salud remitido a «bienestar», el no problematizar la concepción de «agentes perjudiciales», tampoco, y esto engloba a los dos señalamientos anteriores, el no conceptualizar el carácter social de la relación trabajo-salud (4).

Si bien la ambigüedad y desde ahí las dificultades conceptuales introducidas

por el uso del término «bienestar» han sido reconocidas dentro del propio campo médico, la práctica se ha dirigido más a marcar la variabilidad en el orden subjetivo que en el histórico social. El intento de M. Terris en su problematización de los conceptos de salud y enfermedad, consituye un claro ejemplo de las limitaciones de este reconocimiento al proponer que se incorpore a la consideración del «aspecto subjetivo», un aspecto «objetivo»: la «capacidad de funcionar» (5).

Con distinta gravitación estas orientaciones siguen presentes en los más recientes esfuerzos por superar la distinción entre salud pública, salud ocupacional y medicina del trabajo. En esta perspectiva, un intento por resolver las dificultades ha sido el proponer a la salud ocupacional como «salud pública dirigida a los trabajadores en comunidad (un establecimiento de trabajo, una región, una rama específica de actividad, etc.)» y circunscribir la última al trabajador «como individuo» y por tanto a los aspectos clínico-asistenciales (6).

Sin embargo, la focalización en el ambiente y el recorte exclusivo de dos indicadores: accidentes de trabajo y enfermedades «profesionales», ha dejado de lado la atención de condiciones de vida asociadas al trabajo tales como nutrición, vivienda, formas de trabajo complementarias, etc. Consideradas fuera de objeto, ámbito de «la salud pública», estas condiciones se «presentan» tan exteriores a la problemática del trabajo, como los «agentes» que se enuncian para el proceso laboral.

Las evidentes limitaciones de este enfoque no han sido superadas por intentos como los de ampliar la consideración a otros tipos de «factores de riesgo». En esta perspectiva el reconocimiento de la incidencia de variables que trascienden los aspectos meramente técnico-ambientales ha sido subrayado por especialistas como R. Méndes (1982) quien propone la inclusión -junto a aquellos de tipo físico, químicos, biológicos o ambientales- de «factores sociales y culturales» ampliando la visión del «riesgo laboral». En este sentido ha propuesto entender por «... riesgo laboral al conjunto de factores físicos, psíquicos, químicos, ambientales, sociales y culturales que actúan sobre el individuo... de cuya gravitación resultarían las enfermedades ocupacionales» (7).

No obstante, en la medida en que no se problematiza las propias bases de la concepción de «riesgo», el análisis se reduce a una sumatoria de «factores» sin jerarquización ni ponderación cualitativa. Lo común sigue siendo una concepción que fragmenta el proceso de trabajo a partir de la priorización de aspectos a los que se les atribuye un carácter meramente técnico.

Sin dejar de reconocer la importancia de este tipo de propuestas, cabe marcar su insuficiencia en la medida en que el énfasis conceptual por trascender lo meramente subjetivo, no se acompaña por la búsqueda de superar la concepción de lo social como un factor mas de carácter externo.

La recuperación de lo expuesto permite sintetizar:

a. Se mantiene en lo fundamental la concepción de riesgo, sustentado en los aspectos

técnicos.

b. La inclusión de los aspectos sociales y culturales como «factores» implica un reduccionismo que legitima y fortalece la visión tecnicista de la relación trabajo-salud.

c. El trabajador como individuo sigue siendo la unidad de análisis, con lo cual el colectivo de trabajo y las relaciones sociales que el trabajo implica quedan fuera del análisis y por tanto del debate. El problema es «técnico» y de «algunos individuos».

2. TRABAJADORES O «ESTRATOS DE MENORES INGRESOS».

Fuera del ámbito específico de la medicina laboral, o la salud ocupacional, la epidemiología y las ciencias sociales aplicadas a la salud desde una perspectiva estructural funcionalista han tratado el trabajo en términos empíricos bajo la categoría de ocupación, aplicando criterios de «estratificación social» para el análisis de la distribución diferencial de la enfermedad y la muerte (8).

Como surge claramente de la revisión realizada por Antonovsky (1967) la mayoría de esas investigaciones han puesto en evidencia una fuerte correlación entre «bajos estratos» o «clases bajas» y altas tasas de mortalidad y morbilidad. En su gran mayoría estos trabajos han utilizado los indicadores de «ocupación», «nivel de ingresos», subordinándolos junto a otros como «nivel educativo», «áreas de residencia», etc. en la categoría de «status socio-económico» (NSE) o «estrato social», a su vez se ha incorporado o combinado otros indicadores como «nivel de vida», «pobreza», «marginalidad» (9).

Una serie de investigaciones han correlacionado «estratos» y «categorías ocupacionales» (asalariados, trabajadores manuales/no manuales, etc.), a las tasas diferenciales de morbilidad, entre los que se han destacado los estudios sobre procesos coronarios y sobre todo aquellos referidos a problemas de «salud mental», a fenómenos vinculados al rendimiento, la aptitud física, la estatura de los grupos, etc. (10). Un número importante de estudios incluye el análisis desde variables culturales y sociales como por ejemplo los procesos de socialización diferencial, la incidencia de las «motivaciones, «actitudes» y «hábitos» de consumo en ciertos procesos de salud-enfermedad. Se ha utilizado el concepto de «estilo de vida» y su influencia en la exposición a determinados riesgos de enfermar (11).

En América Latina tal como indican diferentes revisiones bibliográficas ésta producción ha sido marcadamente reducida. Siguiendo los criterios planteados por OPS/OMS en la Bibliografía Latinoamericana de Ciencias Sociales aplicada a Salud (12), E. Nunes revisó un total de 1663 publicaciones efectuadas entre 1950 y 1979 (13). El estudio discrimina cuatro temáticas principales: Medicina Tradicional, Servicios de Salud, Proceso Salud-Enfermedad y Formación de Recursos Humanos,

la temática seguida se encuentra ubicada en los subtemas de la tercer categoría, Proceso Salud-Enfermedad.

El análisis efectuado muestra que el conjunto de la categoría genérica Proceso Salud-Enfermedad representa el 28.2% de total de la producción valorada. A su vez entre los subtemas de la categoría el estudio de los «Aspectos sociales de la Salud Mental ocupó el primer lugar (27,8%), seguido por los «Aspectos sociales de la desnutrición, el desarrollo y el crecimiento» (23.3%), «Salud-Enfermedad y la Sociedad» (15,4%) y «Factores sociales determinantes de la Morbilidad y Mortalidad» (14.6%). (14).

Estos estudios son socioeconómicos de carácter descriptivo en los que se utilizan indicadores para establecer relaciones causales simples. Una serie de estos estudios utilizan una combinación de indicadores como «ocupación», «fuente principal de ingresos», «nivel de instrucción», «nivel de instrucción», «vivienda» y «barrio» para diferenciar niveles socioeconómicos, construir los estratos y establecer relaciones simples con la mortalidad (15). En la misma línea uno de los más importantes trabajos es el de Celis y Navas sobre patología de la pobreza que muestra una mortalidad diferencial entre los casos del Hospital General (trabajadores del campo, desempleados, subempleados y trabajadores eventuales) y aquellos de Compañías de seguros (16).

En términos generales la mayor parte de estos estudios se ha caracterizado por:

- a. La búsqueda de «correlación de variables» a través de la asociación estadística entre «recursos» y morbilidad/mortalidad diferencial, en términos de «estratos»; o entre «recursos» u «ocupación» con variables como «rendimiento», estatura, etc.
- b. La unidad de análisis es el individuo aún cuando se efectúen consideraciones sobre aspectos colectivos. Si bien se construyen indicadores socio-económicos, estos se relacionan más a los niveles de ingreso y estructura de gastos que a las condiciones de vida.
- c. El recorte conceptual de la esfera del consumo, en particular, del consumo médico, el acceso a los servicios, las modalidades de la demanda de atención, las características de la relación médico-paciente, independizando del marco de relaciones sociales más amplio del cual resulta.

Como sostiene J.C. García (1983) ha predominado un tratamiento empirista y naturalizado del trabajo reducido al indicador de ocupación, y subordinado en términos analíticos al ámbito del consumo y los comportamientos individuales. La consideración de los trabajadores queda diluida en los «niveles socioeconómicos bajos» o de «menores ingresos», o en una terminología más reciente, en los «sectores populares urbanos» o «pobres urbanos» (17).

La incidencia de la ocupación y sobre todo de los aspectos que hacen a la vinculación entre las condiciones de trabajo y las condiciones de vida no forman parte del problema y de su análisis. En la medida en que no se efectúan relaciones con la

estructura de clases y sus cambios, o los mecanismos culturales operantes el resultado es la simplificación analítica y el descriptivismo. Si bien cabe reconocer diferentes modalidades o estilos de consumo aún al interior de los «estratos más pobres» en el marco de diferentes «estrategias», su análisis no puede pensarse fuera del proceso histórico específico del que resulta.

3. EL TRABAJO COMO PRINCIPAL ASPECTO DE ANÁLISIS.

En este punto nos ocupamos de aquellos trabajos que, provenientes de varios campos disciplinarios y de distintos enfoques teóricos-metodológicos colocan como central la vinculación entre trabajo y salud. Sus diferencias sin embargo justifican el tratamiento por separado de estas orientaciones.

3.1. LA PERSPECTIVA MULTICAUSAL DEL «RIESGO LABORAL»: ESTUDIOS MÉDICO-TÉCNICOS.

Como se indicara, en términos analíticos y explicativos la medicina del trabajo dominante ha reducido la vinculación trabajo/salud a una relación exclusivamente técnica, concibiendo el trabajador como individuo «expuesto» a una serie de «riesgos del trabajo», elementos generalmente puntuales, aislables, materiales, cuya «presencia» en el ámbito laboral implica un «potencial» de daño a la salud del trabajador. Las limitaciones del enfoque sobre todo en su marco explicativo tecnicista y monocausal ha sido puesto de evidencia por una serie de intentos de ampliar la consideración del «riesgo laboral» a otros tipos de «factores», al mismo tiempo que analizar la concurrencia simultánea de los mismos en la generación de enfermedad. Así se ha planteado que «... la interrelación y los efectos que producen esos factores dan lugar a la enfermedad ocupacional. Pueden identificarse riesgos relacionados globalmente con el trabajo en general, y, además, algunos riesgos específicos de algunos medios de producción» (18). Este autor a su vez propone la utilización del «mapa de riesgo laboral» como instrumento de prevención y «adecuada atención» de accidentes y enfermedades ocupacionales y la inclusión en los servicios de salud a la comunidad del servicio de salud ocupacional.

No obstante, la búsqueda por identificar «riesgos específicos» de trabajo en unidades laborales o ramas de la producción sigue siendo la característica predominante de los estudios de medicina ocupacional. En los últimos años se ha intentado producir conocimiento y avanzar en la prevención de ciertos riesgos específicos a nivel de rama y empresa e incluso de región. Estos estudios mantienen en términos teóricos la visión de «agentes nocivos» e implementan técnicas toxicológicas o

epidemiológicas según el alcance del trabajo. La revisión efectuada permite distinguir los siguientes tipos:

a) Estudios técnicos de «riesgos» específicos cuya unidad de análisis es el puesto de trabajo, entre estos se encuentran trabajos como el efectuado en Brasil para analizar el gasto energético en telefonistas, los estudios sobre efectos de la exposición a «humos/vapores metálicos» en operarios de soldadura, sobre los efectos del trabajo con pantallas en Brasil (19). En Argentina la Dirección Nacional de Higiene y Seguridad, en algunos casos en colaboración con el CEIL-CONICET ha efectuado estudios de carácter técnico sobre los efectos del trabajo en VDT (DNHS, 1987) y sobre los riesgos de los Estibadores del Puerto (DNHS, 1986).

b) Otra línea en esta orientación está constituida por una serie de investigaciones de metodología epidemiológica centradas en el estudio de «agentes tóxicos» entre las que se ubican la de Briseño sobre la intoxicación por mercurio en Venezuela y Hassan en Nicaragua; una serie de trabajos sobre pesticidas realizados en distintos países, como los de Orellana, Benzerik y Chediack, para México y Centroamérica. Sobre asbestos se destacan los realizados por el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud/OPS, Nova, J. y Demner para Colombia y Rosario en una empresa dominicana de asbesto-cemento. Sobre benceno como el de Silva para la industria petroquímica en Brasil (20).

En Argentina se ha realizado este tipo de estudios como el efectuado por la DNHS sobre asbesto (Pr. diagnóstico, DNHS, 1989), otro tipo de trabajos focalizados en los efectos del ruido entre trabajadores del vidrio (21).

c) Desde otro ángulo, otros estudios incorporan al informe técnico un análisis económico-social más amplio. Entre ellos se ubican por ejemplo el estudio realizado por Olaya, Molina y Torres sobre enfermedades pulmonares en la industria textil, en el que proponen la utilización de variables del proceso de producción como marco contextual de la enfermedad y la utilización de la «dimensión subjetiva» como instrumento para detectar y describir problemas de salud. R. Méndes ha estudiado la relación entre accidentes de trabajo y la magnitud de las empresas. Otros trabajos han focalizado en aspectos de la organización del trabajo como es el trabajo por turnos (22).

En estos planteos pueden detectarse tres tipos de críticas al enfoque dominante:

a) se reconoce explícitamente la incapacidad de la medicina laboral clásica para generar instrumentos de información/ conocimiento de la problemática.

b) se evidencia un frontal rechazo a la visión monocausal de agente - patología intentándose desde ahí, ampliar y extender la visión del «riesgo».

c) se critica la visión meramente técnica de los «riesgos», de ahí la inclusión de «lo social» o «lo cultural».

Estos trabajos expresan un importante esfuerzo de constatación de la relevancia de los problemas de la salud de los trabajadores, de su difusión y gravedad, en el

contexto más amplio de las zonas urbanas industriales en las que se encuentran radicadas las empresas. En términos generales, estos estudios revelan el desarrollo de daños en grupos de trabajadores «directamente expuestos», y en general la gravedad de condiciones de inseguridad e insalubridad de la industria y su extensión a la población mayor.

En su mayor parte ponen de manifiesto que la problemática de salud de los trabajadores está directamente relacionada a un conjunto de aspectos entre otros: - políticas empresarias que no atienden el tema de higiene y seguridad o bien su atención es mínima o formal y transgreden sistemáticamente la legislación vigente; - retraso de reglamentaciones legales e incumplimiento por parte del Estado de las funciones de regulación y fiscalización sobre estos temas; - relativa importancia dada por las organizaciones sindicales frente a reivindicaciones como el salario; - desconocimiento de su relevancia por parte de los trabajadores.

Si bien debe admitirse como ciertos la mayoría de estos señalamientos, e incluso como elementos básicos para la descripción y caracterización de una situación en todo diagnóstico, ellos no son suficientes para el análisis y la explicación. En este sentido debe reconocerse que no se efectúa un análisis de variables económico-políticas que justamente enmarcan las estrategias empresarias, por ejemplo de las modalidades de contratación, uso y asignación de la fuerza de trabajo, y dentro de estas de la relación tecnología-fuerza de trabajo, las particularidades de la organización y división social del trabajo, etc., o de otras variables económico-políticas de mercado, etc. Las estrategias empresarias no pueden entenderse como meros actos de voluntad de los actores.

De igual manera, tanto las modalidades o los cambios en el accionar de los organismos estatales, así como las orientaciones de las prácticas de las organizaciones sindicales y los trabajadores de base deben ser objeto particular de análisis, ya que en unas y para otras se revelan relaciones de poder y modelos ideológicos que no pueden quedar como «dados» y sin problematización. Centrar el planteo en el «desconocimiento» de sus riesgos por parte de los trabajadores conduce inevitablemente a priorizar acciones verticales de control y modificación del ambiente, sin participación, y acciones también verticales de formación, al no partir de los saberes y prácticas construidos en la propia experiencia de los mismos. De todas maneras, debe subrayarse que las acciones colectivas -que revelan justamente conocimiento de los riesgos- que han tenido y tienen como objeto de la reivindicación condiciones de trabajo relacionadas a problemas de salud, han supuesto luchas y trabajosos procesos de negociación para conseguir su reconocimiento como derecho.

Globalizando se observa que se mantienen aspectos claves del enfoque clásico:

- a. Se sigue poniendo la mirada en el individuo, no en el sujeto colectivo de trabajo,
- b. Se mantienen las categorías básicas de la medicina dominante tales como la noción de enfermedad laboral, la visión de «riesgo» y en términos generales, la metodología

sigue priorizando una relación técnica entre trabajo y salud.

c. El daño, la enfermedad, sigue siendo el objeto de atención sin considerar los procesos de desgaste, o se los diluye bajo la caracterización de síntomas, «síndromes» o «estados» «inespecíficos». No hay propuestas teórico-metodológicas que supongan una real diferenciación del enfoque dominante.

d. Si bien representa una visión de carácter más amplio que incluye aspectos tradicionalmente excluidos, se limita a incorporar estos aspectos como «factores de riesgo» más, sin problematizar las bases de la concepción. El análisis se reduce a una sumatoria de «factores» sin jerarquización ni ponderación cualitativa.

e. No se evidencia una problematización teórica del trabajo ni por tanto un esfuerzo de construcción de categorías. Al no efectuarse un análisis específico de los procesos de producción, de las modalidades del proceso de trabajo, los «riesgos» aparecen como externos a la propia actividad social y a las modalidades de su organización. El carácter social de estos procesos no está definido, relativizándose en planteos multi-causales.

f. El rol del Estado y los procesos operantes en las prácticas obreras no tienen lugar en el análisis. El problema queda planteado en términos de voluntad política o en términos de conocimiento.

Como bien observa A.C. Laurell, esta ausencia de problematización de las categorías médicas utilizadas y su no articulación a categorías referidas a lo social, y en particular al trabajo, se torna un obstáculo para la reflexión crítica de la propia práctica. Si todo el proceso de producción de conocimiento está colocado como lo «dado» la posibilidad de generar propuestas no reproductoras de los modelos dominantes es evidentemente escasa (23). Al igual que las nociones de salud, enfermedad y trabajo, también la práctica se sitúa en el orden de «lo dado» y tal como se manifiesta en las acciones centradas exclusivamente en la búsqueda de encuadre legal para las demandas obreras o en la priorización de la intervención de especialistas de parte en las negociaciones obrero/patronales, ejes que parecieran ser lo característico en estas prácticas.

3.2. LA PERSPECTIVA DE LA RELACIÓN TRABAJO-SALUD

En los últimos quince años se han desarrollado numerosos intentos en América Latina por superar las concepciones biológicas y técnico-ambientalistas dominantes, tal esfuerzo consistió en desplazar la mirada de la enfermedad como fenómeno biológico individual, para dirigirla al proceso social e histórico del cual ésta no sería sino una expresión particular (24). En su mayor parte esta producción proviene del campo de la medicina social y su origen debe buscarse en la intención de profundizar teóricamente el carácter y la determinación de los procesos de salud-enfermedad a nivel colectivo.

Así se ha afirmado que la salud de los trabajadores es un punto de llegada... «resultado de una reflexión previa de orden teórico» en torno del problema de «... los mecanismos específicos por los cuales lo social se traduce en enfermedad» (24). Desde tal perspectiva se ha buscado reconceptualizar el problema formulándose la categoría del Proceso de Salud-Enfermedad como social e históricamente determinado por las condiciones de trabajo y de vida en una sociedad. Se plantea por tanto, a las Ciencias Sociales en un lugar central no solo para el análisis del contexto socioeconómico y político de los procesos de salud-enfermedad, sino como principal instrumental teórico metodológico para el estudio del proceso salud-enfermedad colectivo al que se propone como un «nuevo objeto de conocimiento» diferenciado del objeto de la medicina ocupacional (24).

En este sentido se sostiene que «... hay un vínculo íntimo entre el trabajo y la salud, que no se agota en algunos factores de riesgo ambientales y externos, y determinadas enfermedades». Se parte de que el trabajo es a la vez un «modo biológico-psicológico de vivir» (24).

A su vez, J. C. García 1 ha propuesto considerar el carácter bifacético del trabajo (trabajo abstracto- trabajo concreto) en su relación con los procesos de salud-enfermedad. Para ese autor, ello permitiría superar la forma empirista y naturalizada con la que la medicina ha tratado el trabajo, afirmándolo como categoría histórica. La distinción entre «trabajo abstracto» -productor de valor- y «trabajo concreto» -productor de valores de uso- permitiría el análisis del gasto energético como aspecto cuantitativo, y el uso específico del cuerpo como aspecto cualitativo, este modelo de análisis incorpora las estrategias específicas de uso de capital. Un aspecto de particular importancia es a nuestro criterio la propuesta de considerar como interrelaciones desde el proceso salud-enfermedad, trabajo y desempleo, es decir no trabajo coercitivo.

En esta perspectiva el objeto de estudio entonces, deja de ser la enfermedad para definirse por Laurell como «proceso de desgaste y reproducción». Desde esta definición se plantea la construcción de categorías analíticas una de las cuales es precisamente la noción de «proceso de producción» que permite estudiar la lógica de acumulación (proceso de valorización) y su medio- el proceso laboral- como un modo específico de trabajar-desgastarse, así como las estrategias de explotación y de resistencia, que determinan patrones específicos de reproducción.

Estos planteos surgen básicamente de un proceso de investigaciones específicas llevadas a cabo por el equipo de la Maestría de Medicina Social en UAM-Xochimilco, México. Es justamente el propósito de analizar el carácter social de la salud-enfermedad lo que está presente en el estudio de los procesos de producción y los patrones de desgaste y de reproducción según grupos ocupacionales en México (25).

Este trabajo realizado sobre fuentes secundarias, pone de relieve la hetero-

geneidad de los procesos laborales en la industria y la articulación con distintos patrones de desgaste, a los que se explica como resultado de también distintas estrategias de extracción de plusvalor.

En esta perspectiva, se realizaron estudios específicos por sectores de actividad o en centros laborales orientados a analizar los patrones de desgaste y los perfiles patológicos. Rodríguez Ajenjo y otros (26) mostraron que la funcionalidad estratégica asignada por el Estado al sector energético y las formas de relación establecidas entre el sindicato y la empresa, han conformado modalidades históricas de los procesos de trabajo de los que resultan problemáticas de salud en los trabajadores, el análisis de tipo histórico se constituye en pieza clave de la explicación de los procesos observados. Dos aspectos resultan importantes, el primero es que el estudio se realiza a demanda sindical desde un proceso de lucha reivindicativa, el segundo es la activa participación de los trabajadores en el desarrollo del estudio.

M. Echeverría y otros pusieron en evidencia en la Diesel Nacional de México (DINA, sector automotriz) la correlación entre un perfil patológico de stress y fatiga y el aumento de la productividad, proceso a su vez resultante del incremento de la intensidad del trabajo en una clara situación de inestabilidad laboral (27).

En términos generales estos estudios focalizan en los distintos aspectos de los procesos de trabajo para desde ahí establecer su relación con los procesos de desgaste y daño. Una gran parte de los mismos se han efectuado por convenio con organizaciones sindicales e intentan combinar distintas técnicas para datos primarios como secundarios, incluso mediciones de laboratorio. Más recientemente se han llevado a cabo estudios implementando modificaciones de la metodología propuesta por el Modelo Obrero Italiano, algunos de los cuales fueron expuestos en el Coloquio sobre Crisis, Procesos de Trabajo y Clase Obrera realizado en Xalapa, México 1986 (UAM. Xochimilco, 1986) (28).

Fuera de México, grupos y centros de estudios han desarrollado importantes líneas de investigación en países como Brasil, Chile y Ecuador. En Brasil el grupo de trabajo del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) se ha diferenciado de las propuestas de México desde dos cuestiones teórica y metodológicas. Por un lado, en términos conceptuales se ha puesto énfasis en considerar el proceso de trabajo como parte de una categoría más amplia, la de las «condiciones de vida». Por otro, en lo metodológico se ha señalado la importancia de reconsiderar la metodología epidemiológica, en particular la construcción de indicadores para fortalecer el peso de constatación del análisis estadístico.

Por otra parte, un conjunto de trabajos producidos por la Universidad de Minas Gerais y la Escola de Saude Publica, Instituto de Medicina Social, UFRJ, iniciaron una importante línea de investigación que enfatiza la necesidad de generar categorías teóricas y nuevos modelos de análisis comenzando a implementar abordajes interdisciplinarios. En la Universidad de Minas Gerais un equipo interdisciplinario coor-

dinado por Campos analizó los cambios en los procesos de trabajo y su relación con las modificaciones presentados en la salud en un período de aceleración del proceso capitalista. (29)

Desde la Escola de Saude Publica se han desarrollado una serie de estudios de carácter teórico-metodológico e empíricos, entre otros un trabajo exploratorio sobre la salud de los trabajadores, un estudio sobre accidentes de trabajo, y una experiencia de análisis interdisciplinario en un centro laboral que implica la intervención de distintos campos (epidemiología, medicina, historia, sociología, antropología, ingeniería, etc.) y la participación activa de los trabajadores (30).

En Chile el equipo del Programa de Economía del Trabajo (PET) ha desarrollado una serie de investigaciones entre las que sobresale un trabajo sobre la crisis y su relación con las enfermedades de los trabajadores (31). Este estudio muestra como la reestructuración de los procesos de trabajo impacta los patrones de morbilidad y considera el conjunto de la situación de la población trabajadora es decir empleo y desempleo. Un aspecto importante consiste en que revela que si bien en general la crisis afecta las condiciones de morbilidad del conjunto de los trabajadores, el modo de inserción de cada sector ocupacional en el proceso productivo supone un impacto diferencial en relación al tipo de patología. Por lo que es posible establecer patrones diferentes entre quienes fueron expulsados de la producción, aquellos insertos en actividades paralizadas por la crisis y quienes trabajan en sectores a los que las políticas monetaristas favorecían. Mientras en los dos primeros grupos los problemas de salud mental eran predominantes, en el último este lugar era ocupado por accidentes de trabajo y daños producidos por posturas inadecuadas y esfuerzo físico.

Otro tipos de trabajos de este Programa lo constituyen estudios interdisciplinarios por rama entre otros de la industria gráfica, cuero y calzado, industria eléctrica, textiles y vestuario (32). Como se indica, en esta Serie de Estudios Sectoriales se intenta una línea de investigación y al mismo tiempo de servicio al movimiento sindical, de manera de lograr un conocimiento integrado del conjunto de las problemáticas del sector, destacándose la participación de las organizaciones sindicales en su desarrollo. El mérito de estos estudios reside en la articulación de un análisis histórico de los procesos económicos de la industria, los principales cambios en los procesos de trabajo y su relación con los problemas de salud-enfermedad. Es de destacar al mismo tiempo, la incorporación de los procesos sindicales y de la historia de la organización.

Si bien los ejes básicos de estas propuestas son válidos, debe reconocerse que el énfasis puesto en mostrar el carácter estructural de los procesos de salud-enfermedad ha unilateralizado esta producción en los procesos económico-sociales (y sobre todo en la determinación económica). El juego de los procesos ideológicos y políticos, las demandas obreras en torno de la salud, las negociaciones obrero-patronales, las visiones de la salud y de las enfermedades de los propios trabajadores o su propia experiencia en estos procesos, aun no han ocupado un lugar relevante en el análisis.

Y esto resulta de fundamental importancia si consideramos que se formulan objetivos que en sus aspectos mas significativos, dependen de la práctica, de las opciones de los propios trabajadores: «... no se trata de luchar contra la posibilidad de contraer determinadas enfermedades sino establecer el control obrero colectivo sobre las condiciones desgastantes» (25).

De manera quizás un tanto esquemática, podríamos resumir:

- a. se consideran las condiciones económico-sociales de los procesos de salud-enfermedad y se relativiza el análisis de los servicios (funciones prácticas) asistenciales o preventivos.
- b. si bien se parte de la «experiencia» y del «saber obrero» para el proceso de investigación, y se propone un proceso conjunto (investigadores-trabajadores) de producción de conocimiento, no se problematiza en términos teóricos el saber y la práctica obrera, y por tanto no se los constituye en objeto específico de estudio.
- c. de ello resulta a su vez, que si bien una gran parte de estos trabajos se realiza a partir de convenios por demandas de organizaciones sindicales, la constitución de estas en objeto de estudio no está contemplado, tampoco el análisis de sus iniciativas autónomas en el resguardo de las mismas, las concepciones y las prácticas sindicales, así como los procesos de negociación más amplios entablados en el marco de las relaciones laborales.
- d. La práctica de los empresarios y los términos de la relación en torno de la salud, las políticas estatales y en particular el accionar concreto del Estado, no se plantean como objeto de estudio.

4. EN LA BÚSQUEDA DE UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA

Las reflexiones efectuadas al mismo tiempo que reafirman la necesidad de estudios que centren la problemática de la salud de los trabajadores en el análisis de su vinculación a las modalidades de los procesos de trabajo y las condiciones de vida resultantes, pone de manifiesto la relevancia de generar un marco más amplio que incluya las prácticas sociales desarrolladas en relación a los mismos. Es en ese sentido que consideramos que la problematización del concepto salud-enfermedad constituye un eje prioritario de reflexión teórica, el punto de partida ineludible para responder globalmente al problema.

Este punto de partida es entonces, concebir la salud y la enfermedad como momentos de un mismo proceso histórico-social. Desde esta orientación entonces, no puede aceptarse pensar la salud y la enfermedad como polos o estados individuales en oposición, por el contrario partimos explícitamente de suponerlas expresiones de un proceso más amplio que «se desenvuelve al interior de la polaridad mayor vida-muerte y en el ámbito no de las individualidades sino de las colectividades» (33). Sin

embargo, es importante remarcar que el aspecto de determinación social de los procesos de salud-enfermedad de ninguna manera agota la inclusión de lo social. En este sentido, no es lo social actuando o imponiéndose desde afuera, por el contrario al decir de C Laurell «el mismo proceso biológico humano es social. Es social en la medida en que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico» (24).

En esta línea, para el análisis de los procesos de salud-enfermedad, consideramos útil distinguir al menos tres dimensiones:

- (a) una dimensión de manifestación psicobiológica,
- (b) una dimensión económico-política
- (c) una dimensión de construcción social.

Desde (a) la expectativa de vida, las condiciones nutricionales, la construcción somática, las distintas maneras de enfermar y morir, los patrones de desgaste, así como los diversos problemas de salud mental entre otros, constituyen algunos de los indicadores.

Desde (b), los procesos de salud-enfermedad constituyen emergentes de las condiciones de trabajo y de vida en un momento histórico dado. En estas condiciones se articulan variables de carácter económico, social y político.

Desde (c), los procesos de salud-enfermedad, constituyen una construcción social, también resultado de un proceso histórico determinado.

Es en esta perspectiva que proponemos que la categoría proceso salud-enfermedad no se reduce a la consideración de la dimensión psico-biológica ni su explicación puede limitarse a la economía-política, es fundamental resaltar que los procesos políticos e ideológicos forman parte del mismo. Esta propuesta puede resumirse en los siguientes términos:

- a. La determinación fundamental en los procesos de salud-enfermedad en los trabajadores está dada por las modalidades de su proceso de trabajo, considerado como relación social. Desde éste, el salario condiciona el acceso a los bienes y medios de subsistencia conformando así los procesos de consumo y en términos generales las condiciones de vida.
- b. Las diferentes modalidades de los procesos de trabajo y las formas de vida asociadas hacen emerger procesos de desgaste y daño diferencial que se manifestarán empíricamente en distintos tipos de enfermedades y patologías dominantes, en una mortalidad diferencial, en condiciones nutricionales, en determinadas problemáticas de salud mental, etc.
- c. Los procesos de salud-enfermedad no solo constituyen emergentes estructurales de las condiciones indicadas; son, al mismo tiempo, una construcción social que implica determinado tipo de relaciones sociales. Estos procesos entre los trabajadores se desarrollan desde un escenario de relaciones de complementariedad y conflicto, de procesos de demanda, de presión y negociación, entre diferentes actores sociales, y

fundamentalmente desde una red variable de relaciones de fuerza que no se reduce al ámbito estricto de la fábrica o del taller.

d. En el saber y la experiencia de los trabajadores, operan procesos ideológicos que se expresan en un conjunto heterogéneo/contradictorio de percepciones, creencias, actitudes y prácticas, procesadas históricamente. Las características de este procesamiento resultarían determinantes en el contenido y el alcance de sus acciones, demandas y respuestas en torno a la salud y la enfermedad.

Desde la dimensión de la construcción social entonces, el proceso salud-enfermedad comprende la articulación (como condicionamiento recíproco) entre las representaciones y las prácticas desarrolladas por distintos actores sociales. En una mayor precisión, proponemos que las representaciones incluyen los procesos interrelacionados de percibir, categorizar y significar (otorgar sentido) privilegiando esta última -la significación- como condición básica de todo proceso social. A su vez, las prácticas comprenden los modos de acción, tanto las formas espontáneas u organizadas, individuales o grupales, formales o informales.

Los diferentes usos del término «construcción social» hace necesario distinguir nuestra posición de otras perspectivas teóricas fundamentalmente de aquellas que central el concepto en el eje de lo cognitivo-discursivo, privilegiando los procesos empíricos de interacción social conciente entre actores individuales (34). Esta focalización en la «situación de interacción» implica, simultáneamente, la exclusión teórica de los procesos estructurales en los que se despliega.

En su mayor parte estos planteos realizan un doble movimiento por el cual, mientras se efectúa una dicotomización entre sociedad e individuo, se concreta una priorización teórica sobre los segundos a los que se propone desarrollando distintas estrategias, manipulando situaciones, optando según criterios racionales. A partir de ahí, el análisis se focaliza en la construcción del mundo social desde el marco de la intersubjetividad, y la capacidad de los individuos de optar, de decidir, en fin, de desarrollar estrategias en su favor.

Al mismo tiempo, si bien se admite la posibilidad de relaciones de desigualdad, esta se centra exclusivamente en las relaciones interpersonales, la dimensión del poder queda diluida bajo la consideración de «transacciones» desde el interés individual, a las que se postula como secuencias de interacción «sistemáticamente gobernadas por la reciprocidad» (35).

Desde el análisis de las prácticas de los trabajadores, se abren una serie de interrogantes referidos fundamentalmente al lugar de las determinaciones sociales más generales y a su relación con las estrategias de los actores sociales.

- La implementación de «plus» por trabajo riesgoso o nocturno, los premios a la producción o al presentismo,
- trabajar con continuidad horas extras de manera de realizar una jornada laboral permanente de 12 horas diarias,

- las indemnizaciones a las pérdidas corporales o funcionales por accidentes de trabajo o enfermedades, ¿pueden ser considerados como expresiones del poder del capital? Y, su aceptación y búsqueda por parte de los trabajadores ¿puede seguir valorándose como «vender su salud»? Pero, a su vez, estas demandas y acciones... ¿pueden ser interpretadas en términos de acciones de manipulación del marco jurídico? o explicado desde el desarrollo de las estrategias de los actores? O como se ha explicado desde otras posiciones, serían expresión de la dominación ideológica? Si es posible pensar que los trabajadores «optan» e incluso luchan por conseguirlos cabría indagar entre otras cuestiones ¿qué otras opciones se presentan? ¿qué tipo de mecanismos operan en estas opciones? y sobre todo ¿qué sentido tienen para los trabajadores?

Sin embargo, también cabe plantear una serie de interrogantes a propuestas que como las de Bourdieu (36), plantean las prácticas como «ejecución» o «reinterpretación» de «habitus». Definido como un «sistema de disposiciones durables y transponibles a nuevas situaciones», como «estructuras estructuradas predisuestas a funcionar como estructuras estructurales», el «habitus» es en esta propuesta, fuertemente productor, generador de prácticas.

Pero al mismo tiempo es «un producto» de los condicionamientos, una «interiorización» de las determinaciones sociales que tiende a reproducir. Este sentido de la determinación social remite al carácter de clase y las condiciones sociales que de ella se derivan. El «habitus» no solo es la condición de las prácticas, sino del conjunto de lo que denomina el «estilo de vida», diferenciador de grupos y sectores de clase. En esta «estructuración» de las prácticas cotidianas fundaría su anclaje de la dominación de clase.

Si bien se plantea que la práctica no sólo reproduce las condiciones sociales de vida, sino que simultáneamente las transforma, al privilegiar teóricamente la categoría de «habitus» esta propuesta reduce los alcances del concepto de práctica social y la diluye en la potencia reproductora del «habitus». El énfasis del modelo en la interiorización de estructuras y en la posibilidad de cambio de las condiciones sociales, reduce el lugar teórico de aquellos aspectos de las prácticas sociales que remiten a la resistencia, al cuestionamiento, a la ruptura o la transformación.

Este tipo de dificultades nos conducen a precisar que:

- a. los modos de representación se expresan en líneas de acción de distinto tipo, en demandas, en propuestas de solución, en técnicas terapéuticas, etc. además de los fenómenos discursivos.
- b. éstos modos de representación se constituyen en prácticas sociales, desde procesos de interacción social modelados históricamente por el carácter de las relaciones de clase.
- c. a su vez, los modos de representación configuran y delimitan los alcances y el sentido de las prácticas sociales.
- d. las condiciones de estas establecen la posibilidad de reproducir, impugnar o

transformar los modelos ideológicos vigentes.

En términos generales, los procesos de salud-enfermedad han supuesto la construcción de saberes y prácticas que no son patrimonio exclusivo de la medicina. Por el contrario, en su construcción social han operado mecanismos de apropiación, reelaboración y reinterpretación, tanto al interior del propio campo médico cómo entre distintos actores sociales, en cuyo proceso se ha ido constituyendo un modelo hegemónico de saber y práctica en relación a los problemas de salud-enfermedad (37). Referido en particular a los trabajadores su operatoria, concretada en prácticas y demandas, pone al descubierto modalidades de relaciones sociales estructuradas desde la hegemonía de las clases dominantes, expresándose en procesos de interacción (transacción) entre diversos actores sociales en los que se juegan variables relaciones de fuerza (38).

Estas modalidades de transacción deben remitirse a una categoría teórica: la de hegemonía para dar cuenta de un proceso contradictorio de poder por el cual «ningún orden social dominante y por tanto ninguna cultura incluye o agota toda la práctica humana, toda la energía humana y toda la intención humana» (39).

La salud de los trabajadores constituye entonces desde esta concepción, un espacio de relaciones de poder, cuyo análisis a nuestro criterio permite dar cuenta de:

- relaciones de dominación/subordinación en las que el poder de una clase o sector de clase se construye, se mantiene, se innova a través de complejos mecanismo de coerción/consenso.

- una relación social activa por parte de ambos términos componentes (dominantes/subalternos), un proceso, no un sistema o estructura.
- las relaciones de poder no cubren la totalidad de los aspectos de la vida y la práctica social, implican espacios/zonas de independencia, de autonomía.
- las prácticas y demandas de los trabajadores en relación a los problemas de salud en el trabajo ponen al descubierto no una historia del consenso, sino por el contrario, una historia del conflicto y la contradicción. Una historia que en definitiva implica demandas, negociaciones, concesiones, en los marcos y reproduciendo los modelos vigentes, así como resistencia, cuestionamientos y rupturas cotidianas con los mismos.

Tal como propusimos en otro trabajo (40), la significación de la salud y la enfermedad, la significación del trabajo y de su control, es el eje que creemos base para la construcción de un nuevo objeto de estudio y práctica: el control por parte de los trabajadores de las condiciones que desgastan, enferman y matan.

NOTAS Y BIBLIOGRAFIA

(1) J.C. GARCÍA: «La categoría trabajo en la medicina» En: Cuadernos Médico-Sociales, 23. Rosario, 1983.

(2) LAURELL, A.C.: **El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud.** Era. México, 1983.

LAURELL, A.C.: «El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina» En: **Cuadernos médico sociales.** 37, Rosario, 1986.

(3) MÉNDES, R.: «Salud ocupacional. Un área prioritaria en la salud de los trabajadores». **Bol. OPS.** 93.6, 1982.

(4) Véase GARCÍA, J.C.: 1983.

(5) TERRIS, M.: **La revolución epidemiológica y la medicina social.** Siglo XXI, México, 1980.

(6) MARCOUX, F.: «Medicina del trabajo» En **Lecturas en materia de Seguridad Social: Medicina del Trabajo.** IMSS. México, 1982.

(7) MENDES, 1982.

(8) Ver revisión de: ANTONOVSKY: «Social Class, life expectancy and overall mortality» en: **Milbank Memorial found Quaterly** 45: 37, 1967.

Otras revisiones son REITER, R.: **Class in Epidemiology Research.** School of Public Health, Berkeley, 1985.

SYMES. y L. BERKMAN: «Social class, suceptibility and sickness» en: **Am. J. Epi** 104:1, 1976.

(9) Ver los estudios clásicos contenidos en: Susser M. y W. Watson: **Sociology in Medicine.** Oxford Univerty Press, London, 1971.

En términos generales las investigaciones muestran diferencias importantes en la aplicación de conceptos, criterios e indicadores que ha permitido discriminar distintos tipos; por ejemplo el modelo del sistema oficial de registros estadísticos de Gran Bretaña que toma ocupación y calificación ocupacional; el modelo de Hollingshead y Redlich que combina ocupación, ingresos, nivel educativo y prestigio; el modelo de Gaffar construido sobre 5 variables ocupación, instrucción, fuente principal de ingresos, calidad de la vivienda, y calidad del barrio; los modelos de la «pobreza» y

la «marginalidad» que a las anteriores incorporan variables culturales. Ver MENENDEZ, DI PARDO, R. «El concepto de clase social en la investigación de la problemática salud enfermedad» Papeles de la Casa Chata 1 (1): 53, 1986.

(10) SUSSER and WATSON. Op. Cit.

MORRIS, J.N.: «Occupation and coronary heart-disease». Arch intern.Med. 104, 903.1959.

Sobre salud mental ver BAGLEY, C.: «Clase ocupacional y síntomas de depresión». En Soc. SCI & Medicine, Survey. Universidad de Survey Guilford. Dto. de Sociología.

HOLLINGSHEAD, A. y F. REDLICH: *Social Class and Mental Illnes. A Community Study*, John Wiley and Sons, N. York, 1958.

DUFF, R. y A. HOLLINGSHEAD: *Sickness and Society*. Harper and Row, NY. 1968. Sobre rendimiento un ejemplo elocuente lo constituye un estudio de 7000 niños de 7 a 11 años, a partir de la Encuesta Nacional de Salud en EEUU entre 1963 y 1965. En el mismo se correlacionó el nivel de ingresos y el rendimiento en lectura y escritura, obteniéndose «diferencias significativas» entre un nivel de ingresos y el siguiente. M. TERRIS, 1980.

(11) Sobre socialización diferencial ver:

BERNSTEIN, B.: *Social Class and linguistic development. A theory of social learning*. The Free Press, Glencoe. 1961.

Para estilos de vida: MECHANIC, D.: *Medical Sociology*. The Free Press, N. York, 1968.

(12) BADLEY, R. y otros: *Bibliografía Latinoamericana sobre ciencias sociales aplicadas a la salud*. OPS/OMS. Washington. 1980.

(13) NUNES, E. *Tendencias y Perspectivas de las investigaciones en ciencias sociales en salud en América Latina*. Doc. presentado a la Reunión de Cuenca. Ecuador, 1983.

(14) Esta categoría cubre los siguientes subtemas: *Salud-Enfermedad y Sociedad*.

Factores sociales determinantes de la morbilidad y mortalidad. Aspectos sociales de la nutrición, el desarrollo y el crecimiento de la salud mental, de las enfermedades infecciosas, de las enfermedades tropicales, de las enfermedades crónicas, de las enfermedades genéticas, de los accidentes de tránsito. La relación entre el trabajo y la S-E. Método y Técnicas aplicados a la salud.

(15) CORDEIRO H.A. y otros: «Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad». En *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 84, 1976.

FLORES, R. y otros «Mortalidad por niveles económicos en la ciudad de México» En **Salud Pública de México**, V. (6): 865, 1963.

MARTÍNEZ, P.G.: «Diez observaciones sobre la mortalidad en México». En **Salud Pública**. Vol. 12 (1)» 37. 1970.

LEAL, R. et al. 1985. «Mortalidad diferencial en el Distrito Federal, 1987» **Salud Pública**, 27 (4): 308.

(16) CELIS y NAVAS: «Patología de la pobreza». **Revista médica del Hospital General** 33: 120; 1970.

(17) En nuestro país ver LLOVET, J.: **Servicios de salud y sectores populares. Los años del Proceso**. Cedes. Bs.As., 1984.

(18) BADÍA MONTALVO: «Salud ocupacional y riesgos laborales». En: **Bol OPS**. 98, 1, 1985.

(19) GÓMES, J. y MOZES, J.: «Dispendio energético en actividades de telefonistas». En **Rev. Bras. saude ocup.** 12 (47) julio-set, 1984.

COLACIOPPO, S. 1985.

MARRIOTT, I. y STUCHLY, M.: «Aspectos de saude relacionados con operao de terminis de video». En **Saude & Trb.** 1 (2) 82-93, 1987.

(20) BRISEÑO: **Políticas de salud y contaminación mercurial**. UAM-X, Méx. 1984.

HASSAN y otros: «Mercury poisoning in Nicaragua». **International Jour Health Serv.** 11 (2), 1981.

CHEDIAK: «Breves reflexiones sobre trabajo, transferencia de tecnología y sus repercusiones en el medio ambiente y la salud» En: **Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud**. 20. 1981.

BENZEKRI: «La problemática de los plaguicidas en el sector agronómico». En: **Rev. Centroamericana de Ciencias de la Salud**. 20 1981.

NOVA, JAIRO y DEMNER, S.: **La industria del asbesto en Colombia**, OPS, Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. Memorias Reunión sobre Asbesto y Salud 1987.

ROSARIO, C.: **Estudio de salud de los trabajadores de la fábrica dominicana de asbesto-cemento idem**.

ALMEIDA WALDEMAR; y otros **Ecotoxicología y seguridad química**. Centro Panamericano de Econología Humana y Salud, México, 1987.

SILVA, E.: «Avaliao epidemiologica dos controles des exposicion e de efeitos do beneno na Petroquimica». En **Rev. Bras saude ocup.** 13(52): 60-7 1985.

- (21) VIVES y otros Influencia del ruido en as condiciones de trabajo. En **Primeras Jornadas interdisciplinarias sobre Condiciones de Trabajo**. CEIL-OIT. Bs. As., 1983.
- (22) OLAYA, M.; MOLINA, G.; TORRES, Y.: «Enfermedades pulmonares en la industria textil» Bol OPS. 1988.
MENDES, R.: «Importancia das pequenas empresas industriais no problema de accidentes do trabalho em Sao Pablo». UPS, Sao Pablo, 1975.
IBASE Saude e trabalho no brasil. Vozes. Petropolis, 1982.
FERRERIRA, LEDA L: Trabalho em turnos: temas para discussi Rev **Bras Saude ocup.** 58(15) 1987.
- (23) LAURELL, 1988.
- (24) LAURELL, A.C. «El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina». **Cuadernos médico Sociales**. 37. Rosario, 1986.
Para el Estudio de la Salud en su relación con el Proceso de Producción. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellin. Colombia. 1987.
- (25) LAURELL y MARQUEZ. **El desgaste obrero en México**. Era, Mexico, 1983.
- (26) RODRIGUEZ AJENJO y otros: «Proceso de trabajo y condiciones de salud de los trabajadores expuestos a riesgo eléctrico». En **Rev. Latinoamericana de Salud**. vol. 1 No2 1981.
- (27) ECHEVERRÍA y otros, «El problema de la salud en la DINA» **Cuadernos Políticos**. 26. 1980.
Ver entre otros J. ROMERO y otros **Proceso de producción y patrones de desgaste en la maquila electro-electrónica**. UAM-X, Mex, 1986.
- (28) Ver LAURELL Proceso de trabajo y salud en Sicartsa
ALVEAR GALINDO, VILLEGAS y RÍOS CORTÁZAR: Condiciones de trabajo y salud de las costureras. Sindicato 11 de setiembre.
LOZANO ASCENCI, R. y NORIEGA, M.: Un método para el estudio de la relación trabajo y salud: el caso de los trabajadores de tierra de Aeroméxico.
TOVALÍN AHUMADA, H. y LASCANO RAMÍREZ, F.: Proceso de desgaste y perfil patológico en operaciones de ruta-100.
TAMEZ GONZÁLEZ, S. y otros: Influencia del trabajo por turnos en las condiciones de trabajo, de vida y de salud.

(29) CAMPOS, F. y otros **Produção e saúde**. Fundação de desenvolvimento de pesquisa. Belo Horizonte, 1982.

POSSAS, C. **Saúde e trabalho**. Graal, Rios de Janeiro, 1981.

(30) TAMBELLINI, A.M

Contribução a análise epidemiológica dos acidentes de trânsito. Tesis de Doctorado. Campinas. 1972.

«O trabalho e a doença». En R. GUIMARÃES (ed) **Saúde e Medicina no Brasil**, Graal, Rio de Janeiro, 1978.

Acidentes de trabalho: o estudo de suas determinações sociais. Health in the factory: a methodological essay. Ponencia al 2º Simposio Internacional de Epidemiología Ocupacional, Montreal, Agosto 1982.

(31) ECHEVERRÍA, M: **Enfermedades de los trabajadores y crisis económica PISPAL-PET**, Santiago, 1983.

(32) ECHEVERRÍA, M. y otros **Industria Textil y del Vestuario en Chile. Condiciones de Trabajo, tecnología y salud. Evolución económica y situación de los trabajadores. Organización sindical: historia y proyecciones**. Colecciones estudios sectoriales. Nº 4. 3 tomos, PET. 1987.

ERRAZURIZ, A. y otros **Industria eléctrica: 1960-1985**. Coleccion Estudios Sectoriales Nº 3, PET. 1986.

WEINSTEIN, J. **Cuero y Calzado: crisis económica y accion sindical**. Coleccion Estudios Sectoriales Nº 2, PET, 1985.

(33) FRANCO, S. «La salud y el trabajo». En: **Cuadernos médico sociales**. 35. Rosario, 1986.

(34) Véase entre otros

JODELET, D: «La representación social: fenómenos, concepto y teoría». En: S. MOSCOVICI, Comp. **Psicología Social II, Pensamiento y vida social y problemas sociales**. Paidós, Barcelona, 1986.

BERGER y LUCKMAN, **La construcción social de la realidad**. Amorrortu, Bs. As., 1979.

GOFFMAN, E.: **Estigma**. Amorrortu, Bs. As., 1973.

(35) BARTH, F.: **Los grupos étnicos y sus fronteras**. FCB. 1976.

(36) BOURDIEU, P.

- **Le sens pratique**. Ed. de Minuit, Paris, 1980.

- «Espacio social y génesis de las clases». En: Espacios de crítica y producción, N° 2, F y L. UBA, Bs. As., 1985.

(37) MENENDEZ, E.L. «El modelo médico y la salud de los trabajadores». En: BASAGLIA F. y otros **La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud.** Nueva Imagen, México, 1978.

«Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud». En **Cuadernos Médico Sociales.** 33. Rosario, 1985.

(38) Ver GRIMBERG, M «La construcción social de la salud-enfermedad en trabajadores de la industria gráfica». En: Etnia. N° 34. Olavarría, Argentina, 1988. «Internalizar y resistir. Prácticas y demandas de salud. Los trabajadores gráficos». En **Cuadernos Médico Sociales.** 49-50. Rosario, 1989.

(39) WILLIAMS, R.: **Marxismo y Literatura.** Península, Barcelona, 1980:147.

(40) GRIMBERG, M.: «Saber médico, saber obrero y salud: los trabajadores gráficos». En: **Cuadernos Médico Sociales.** N° 45, Rosario, 1988.