





# **LA SALUD LABORAL EN EL SIGLO XX Y EL XXI:**

De la negación al derecho a la salud  
y la enfermedad

Primera edición, Septiembre 2016

© Escuela Nacional Sindical

Calle 51 N° 55-78, Medellín

Tel: (4) 513 3100

fondoeditorial@ens.org.co

www.ens.org.co

ISBN: 978-958-8207-72-8

### **Editores:**

**Oscar Gallo:** Historiador y magister en Historia Universidad Nacional de Colombia. PhD. en Historia Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil).

**Eugenio Castaño:** Licenciado en Ciencias Sociales, magíster en Historia y Candidato a Doctor en Historia de la Universidad Nacional.

### **Traductores:**

**Diana Grisales Ochoa (portugués):** La recuperación de los cuerpos para el capital: la rehabilitación profesional durante la dictadura militar brasileña (1964-1985) y Luz sobre el fenómeno de un corazón aparentemente infatigable . La fatiga de la clase obrera en Colombia, 1898-1946.

**Victoria Estrada (Francés):** Estadística y muerte industrial: la fabricación del número de víctimas de la silicosis en las minas de carbón en Francia, de 1946 hasta nuestros días

**Brenda Isabel Steinecke Soto (alemán):** Nuevos riesgos para la salud en un capitalismo flexible . Respuesta de los sindicatos en Alemania

**Ana Isabel Jaramillo (italiano):** De Salud, seguridad, ambiente de trabajo en el siglo XX: el caso italiano.

**Corrección de estilo:** Felipe González

**Coordinación editorial:** Minkalabs - Agencia digital

Para esta publicación la Escuela Nacional Sindical contó con el apoyo de la Confederación de Sindicatos Alemanes (DGB)

Para más información comuníquese a [www.ens.org.co](http://www.ens.org.co)

Facebook: [escuelanacionalsindicalcolombia](https://www.facebook.com/escuelanacionalsindicalcolombia), Twitter: @ENSColombia

y en Youtube: Escuela Nacional Sindical

La Escuela Nacional Sindical autoriza la reproducción parcial de esta publicación citando la fuente. Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente las de la ENS.

## CONTENIDO

### PREFACIO

LA SALUD LABORAL EN EL SIGLO XX Y EL XXI: de la negación al derecho a la salud y la enfermedad . . . . .	7
---	---

### INTRODUCCIÓN

LA SALUD LABORAL EN EL SIGLO XX Y EL XXI: de la negación al derecho a la salud y la enfermedad <i>Óscar Gallo y Eugenio Castaño</i> . . . . .	11
---	----

### Parte I

#### DE LA NEGACIÓN AL DERECHO A LA SALUD Y LA ENFERMEDAD . . . . . 29

De líneas rectas y renglones torcidos: el reconocimiento de la neumoconiosis de los mineros del carbón en España (1930-1944) <i>Alfredo Menéndez Navarro</i> . . . . .	31
---	----

La legislación sobre accidentes y enfermedades del trabajo. Un parteaguas en las relaciones laborales en Argentina (1915-1955) <i>Karina Inés Ramacciotti</i> . . . . .	65
--	----

El “entre” de la diferenciación sexual y la división del trabajo: el programa médico de la hoja sanitaria de la IWW en Chile. 1924-1927 <i>Nicolás Fuster Sánchez y Pedro Moscoso Flores</i> . . . . .	101
---	-----

Estadística y muerte industrial: la fabricación del número de víctimas de la silicosis en las minas de carbón en Francia, de 1946 hasta nuestros días <i>Paul André Rosental y Jean Claude Devinck</i> . . . . .	141
---	-----

La recuperación de los cuerpos para el capital: la rehabilitación profesional durante la dictadura militar brasileña (1964-1985) <i>Ana Beatriz Ribeiro Barros Silva</i> . . . . .	191
---	-----

### Parte II

#### EL FACTOR HUMANO EN LA INDUSTRIA. . . . . 217

Luz sobre el fenómeno de un corazón aparentemente infatigable. La fatiga de la clase obrera en Colombia, 1898-1946 <i>Óscar Gallo</i> . . . . .	219
---	-----

«¡Buscad al hombre!»: La problematización del factor humano en la explicación de los accidentes de trabajo. Argentina, entre la actualidad y la historia, 1920-1970 <i>Victoria Haidar</i> .....	253
Cuerpos y almas para el trabajo: la sicologización del asalariado en Colombia, 1958-1968 <i>Eugenio Castaño González</i> .....	285
Parte III	
<b>DERECHOS, LUCHAS Y REALIDADES</b> .....	315
Salud, seguridad, ambiente de trabajo en el siglo xx: el caso italiano <i>Franco Carnevale</i> .....	317
Una mirada a la salud en el trabajo en el capitalismo actual en perspectiva histórica <i>Enrique Rajchenberg S.</i> ....	345
Nuevos riesgos para la salud en un capitalismo flexible. Respuesta de los sindicatos en Alemania <i>Klaus Pickshaus</i> .....	369
La red VidaViva. Estrategias sindicales para enfrentar nuevas formas de control en el lugar de trabajo <i>Mara Lira</i> .....	387
Acción colectiva por el derecho a la salud en el trabajo: el caso de ASOTRECOL <i>Mauricio Torres-Tovar, Jairo Ernesto Luna-García, Jorge Parra y Paige Shell Spurling</i> .....	413
COLOMBIT: ¿Un caso de responsabilidad social frente al retiro del asbesto? <i>Jairo Ernesto Luna García, Carlos Julio Castro Fraume y Guillermo Villamizar</i> .....	443
Condiciones de trabajo, exigencias psicosociales y salud en población latinoamericana <i>Viviola Gómez Ortiz y Arturo Juárez García</i> .....	473

## PREFACIO

### **LA SALUD LABORAL EN EL SIGLO XX Y EL XXI: De la negación al derecho a la salud y la enfermedad**

En Colombia, en las últimas cuatro décadas, ha habido avances significativos en el campo de la historia de la salud/enfermedad. Aun así, si se compara nuestra producción con las más ricas de América Latina (Brasil, México y Argentina), se ve aún como inaplazable la tarea de seguir impulsando estos estudios en nuestro medio. Máxime al tratarse de un campo complejo y rico, en el cual queda mucho por hacer.

Este campo se ha renovado en sus formas de interrogar, en sus métodos, en sus objetos de estudio. Esto ha hecho que se aborden nuevas problemáticas y que se abarque nuevos periodos y marcos espaciales más amplios. Hasta hace poco, por ejemplo, prácticamente no existía el interés de los historiadores profesionales en la historia de la medicina del trabajo. Al menos para Colombia, se trata de un campo relativamente nuevo en historia. Debo señalar, en su orden, tres trabajos pioneros: Libia Restrepo de Quintero, *La práctica médica en el ferrocarril de Antioquia 1875-1930* (Medellín, Universidad Nacional de Colombia, tesis de Maestría en Historia, 1992); el de Oscar Gallo Vélez, *Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña: el caso de la empresa minera El Zancudo 1865-1948*, (Medellín, Universidad Nacional de Colombia, tesis de Maestría en Historia, 2010); y el de Jairo Luna García, *Configuración de la Salud Obrera en la Tropical Oil Company: Barrancabermeja 1916-1951* (Bogotá, Universidad Nacional de Colombia,

Facultad de Medicina, tesis de Doctorado en Salud Pública, 2011). Estas tres tesis se caracterizan por ser estudios de caso, es decir por haber investigado específicamente una empresa y su región de influencia. Los autores han continuado en sus búsquedas. En sus trabajos más recientes se hacen evidentes las transformaciones de la historiografía concerniente a la relación entre salud y trabajo.

Los nuevos estudios abarcan problemas más complejos. Se ocupan de la inserción de cada problemática específica en marcos internacionales y en la historia general del mundo laboral. Sus autores y autoras están conectados con redes de investigación que organizan eventos internacionales donde se confrontan resultados de muy diversas regiones del mundo y que ya no se limitan a los estudios históricos, sino que los utilizan para actualizar las problemáticas y aportar nuevos argumentos a la defensa de los derechos laborales.

Todo esto le ha dado impulso a una nueva manera de hacer historia de la relación entre salud y trabajo. Y este libro que presento es una buena muestra de ello. Los trabajos que lo componen se ocupan de una variedad representativa de naciones (Alemania, Argentina, Brasil, Colombia, Chile, España, Francia, Italia) y en sus periodizaciones, abarcan gran parte del siglo XX. Y no se dedican exclusivamente a los problemas históricos, sino que logran inscribirlos en el problema general de las luchas internacionales por el derecho a la salud en el mundo laboral.

Los focos de interés que abarcan nos muestran que el campo de estudio se ha enriquecido en puntos de vista. Las políticas, las instituciones de salud y las legislaciones dirigidas al mundo laboral son los aspectos tradicionalmente tratados en este campo historiográfico. Aquí hacen parte de una gran gama de problemas y se las estudia en la medida en que ayudan a entender otros asuntos y sobre todo los que surgen cuando la interrogación se hace desde el presente de las luchas de los trabajadores.



Los estudios reunidos ponen diversos énfasis en aspectos poco convencionales de la historia social. Primero, los trabajadores, su salud mental, el factor humano, los accidentes de trabajo. También es evidente un énfasis en los cuerpos de los trabajadores con estudios centrados en la fatiga y la rehabilitación profesional. En cuanto a aspectos políticos, destacan los que se enfocan en la relación capital/trabajo y la salud ocupacional en distintos regímenes, incluso en los no democráticos. Un aspecto importante y de gran actualidad es el de los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y sus víctimas, sin dejar de lado el estudio del riesgo, la seguridad y las condiciones de trabajo. Figuran aspectos sociales poco tratados como la cuestión del género y la división sexual del trabajo; las luchas de los trabajadores por el derecho a enfermarse, a recuperar la salud, a ser indemnizados y a trabajar en condiciones favorables. En este mismo sentido, no se dejaron de lado las resistencias a las estrategias de control del espacio laboral, ni el derecho a la salud ni la polémica sobre el controvertido uso del asbesto y sus víctimas, en Colombia y en el mundo.

Si se buscara un hilo conductor para la diversidad de aportes que contiene este libro, habría que hacerlo por el lado del derecho, la medicalización y el carácter transnacional de los problemas. En el mundo globalizado, inevitablemente, conquistas aparentemente locales tendrán, tarde o temprano, algún impacto en los lugares más alejados. En cuanto a esto, los textos reunidos en este libro generan preguntas acerca de los procesos de modernización y de estandarización de normas en el mundo laboral, pero también interrogantes acerca de las relaciones entre logro de derechos laborales y proceso de globalización.

La novedad de estas contribuciones es fácilmente visible en el importante recurso a muy diferentes fuentes de archivo y publicaciones de los periodos estudiados. Su situación en la vanguardia de lo que se está haciendo actualmente en historia y otros campos de saber sobre de las relaciones entre salud y mundo laboral es evidente en la lectura juiciosa que los autores

y autoras han hecho, no solamente de artículos de revistas y libros especializados, sino también de tesis universitarias. Esto último muestra que se van perfilando verdaderas escuelas en esta área cuya fecundidad presente y futura está fuera de toda duda y que, por eso mismo, en un futuro no muy lejano se podrá emprender investigaciones comparadas sobre de las relaciones entre salud y trabajo que abarquen diversos continentes y países.

Este libro constituye una herramienta original, por cuanto en él se asume el saber histórico, no como curiosidad de anticuarios, sino como una producción de nuevos conocimientos orientada a repensar en todas sus facetas los problemas de la relación salud/mundo laboral de los trabajadores latinoamericanos y europeos y de las luchas sindicales de la actualidad.

*Jorge Márquez Valderrama.*

*Historiador.*

*Profesor titular.*

*Facultad de Ciencias Humanas y Económicas*

*Universidad Nacional de Colombia.*

*Medellín, 9-9-2016*

# INTRODUCCIÓN

## **LA SALUD LABORAL EN EL SIGLO XX Y EL XXI: de la negación al derecho a la salud y la enfermedad**

*Óscar Gallo<sup>1</sup>*

*Eugenio Castaño<sup>2</sup>*

La Escuela Nacional Sindical realizó entre el 23 y el 26 de noviembre de 2015, el I Encuentro Internacional de Salud y Trabajo en Colombia. Dicho evento contó con la participación de expositores de Argentina, Chile, Perú, Brasil y Alemania. Los temas tratados en esa ocasión fueron: derechos en salud, espacios y mecanismos de defensa de derechos, negociación colectiva, accidentalidad y enfermedades laborales y riesgos sicosociales. Al finalizar el evento se planteó la posibilidad de realizar un libro que problematizara la cuestión de la salud laboral en Colombia y América Latina. Con esa idea en mente procedimos a realizar la convocatoria entre los participantes del encuentro y extender la invitación a colegas de diferentes lugares del mundo o investigadores que, por su trayectoria intelectual, considerábamos podían aportar a la reflexión.

- 
- 1 Historiador y magíster en historia de la Universidad Nacional de Colombia, Doctor en Historia de la Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil). Actualmente coordina el área temática de salud laboral de la Escuela Nacional Sindical. Correo electrónico: [investigacionssaludtrabajo@ens.org.co](mailto:investigacionssaludtrabajo@ens.org.co). Más información en: <http://orcid.org/0000-0002-7567-2464>
  - 2 Historiador y magíster en Historia de la Universidad Nacional de Colombia y candidato a Doctor en Historia de la misma institución. Investigador de la Escuela Nacional Sindical. Correo electrónico: [memoriahistorica@ens.org.co](mailto:memoriahistorica@ens.org.co)

Como compiladores, nuestra formación de historiadores dibujó el horizonte en el que queríamos que se desarrollaran algunas de las contribuciones al libro. Sin embargo, por fuera de toda obstinación gremial o endogamia intelectual consideramos oportuno extender la convocatoria a demógrafos, economistas, médicos, politólogos, periodistas y sicólogos. La propuesta parte de los siguientes supuestos:

Primero, la perspectiva histórica no es puramente teórica o ilustrativa, y el poder de los «archivos es impresionante» (Rosner y Markowitz, 2009).

Segundo, las enfermedades tienen historia al contrario del asombro o el encantamiento; de hecho, desde el punto de vista clínico, las enfermedades ocupacionales son el resultado del silencioso proceso de deterioro corporal después de décadas de trabajo, de ahí que no sea posible hacer una suerte de fotografía de las enfermedades ignorando su historicidad.

Tercero, en Colombia y en América Latina no se ha publicado ningún libro sobre la salud laboral desde una perspectiva interdisciplinar; en una frase, se trata de una novedad editorial, en un país en el que todo lo que tiene que ver con el tema está dominado por el derecho y la medicina. Además, en nuestra opinión la interdisciplinariedad era el único medio para entender que la salud y la enfermedad son fenómenos biológicos, sociales y culturales. Dicho de otra forma, únicamente mediante una perspectiva interdisciplinar es posible comprender que el problema de la salud y la enfermedad es individual, epistemológico y sociocultural (Márquez, 2014).

Cuarto, aceptar que el fenómeno patológico no se reduce a lo estrictamente biológico era reconocer que la solución a cualquiera de sus facetas dramáticas depende de la capacidad de investigar y actuar al mismo tiempo en campos como la medicina y la historia o la psicología y la economía. En una frase, concordábamos con Diego Armus (Palmer y Armus, 2010: 35) en que

la salud y la enfermedad comportan un territorio en que los médicos no son los únicos jugadores o expertos.

Quinto, la reflexión sobre el problema de la salud/enfermedad en el mundo del trabajo debía intentar ser global. Y en ese sentido, por un lado, insinuar la importancia de pensar la salud laboral en un contexto de circulación, flujo y transferencia global de formas de gestión y organización del trabajo. Por el otro, la convocatoria y la ubicación de los artículos debía permitir, en lo posible, entender las similitudes y diferencias de los procesos históricos, las transformaciones del trabajo y los escenarios de lucha en cada contexto específico.

De acuerdo con estas cinco premisas, las contribuciones fueron organizadas en tres partes, tituladas así: De la negación al derecho a la salud y la enfermedad; El factor humano en la industria; Derechos, luchas y realidades.

Las dos primeras partes plantean un análisis histórico sobre temas tan diversos como las neumoconiosis, la legislación laboral, las estadísticas laborales, la rehabilitación de los trabajadores accidentados o enfermos, las enfermedades sexuales, la sicotecnia o la fisiología y la sicología industrial.

En *De líneas rectas y renglones torcidos: el reconocimiento de la neumoconiosis de los mineros del carbón en España. 1930-1934*, Alfredo Menéndez Navarro examina cómo interactuaron los «modelos y debates internacionales sobre la silicosis» y «las especiales circunstancias políticas nacionales» en el difícil camino por la identificación médica y legal de los daños causados por el polvo de carbón. En este sentido, se pueden destacar el consenso internacional acerca del riesgo de la inhalación del polvo de sílice en desmedro de la aceptación de los riesgos de otros polvos inhalados en el mundo laboral. Al punto que los médicos españoles suscribieron la hipótesis de la inocuidad del polvo de carbón. Consecuencia de la revisión del convenio de la OIT sobre enfermedades profesionales, la Segunda República en 1936 legisló

*avant la lettre* extendiendo la lista de enfermedades reconocidas con la inclusión de la antracosis. Durante el primer franquismo, Menéndez identifica un momento de continuidad con el pasado republicano que concluye en 1941 cuando «se suscriben las directrices internacionales que restringían el campo de intervención exclusivamente a la silicosis». Lo restrictivo de esta política *cercenó* «todo aliento preventivo» en favor de la compensación económica de los enfermos, pero eso no fue obstáculo para que la propaganda del régimen franquista buscara encauzar sectores combativos de la minería mediante la publicidad de las bondades de su política social.

En *Estadística y muerte industrial: la fabricación del número de víctimas de la silicosis en las minas de carbón en Francia, de 1946 hasta nuestros días*, Jean-Claude Devinck y Paul-André Rosental analizan «las causas, las modalidades y los efectos sociales de la fabricación de series estadísticas sesgadas» sobre la silicosis, concluyendo que detrás de la «minimización de la tragedia de la silicosis subyacen las estrategias de opacidad estadística implementadas por las explotaciones hulleras». En una frase, corresponde a una estrategia de gestión empresarial en que la ciencia se vuelve funcional a los intereses del capital. Entender cómo se ha objetivado la silicosis a través de las cifras estadísticas, es a su vez una razón para volver sobre el uso contemporáneo de la cifra en las ciencias sociales. En ese sentido, más que la «deconstrucción» de las categorías de análisis estadístico, la propuesta es dimensionar el juego de fuerzas institucionales, sociales y políticas que determinan su definición y su medición. Destacamos que según lo planteado por Devinck y Rosental en el artículo incluido en este volumen, una característica estructural de la historia de las enfermedades laborales en Francia es «el carácter aproximativo y la calidad lamentable de los datos cuantitativos» tanto en entreguerras como en la actualidad.

Llama la atención en este artículo la mención al uso empresarial de otras estrategias para escapar a la responsabilidad financiera por la enfermedad laboral. Una de ellas consistía en

contratar mineros marroquíes por cortos periodos de tiempo, apenas se enfermaban eran deportados. Otra estrategia utilizada fue el endurecimiento de los mecanismos de aceptación y rechazo de las indemnizaciones, cuya consecuencia fue el estímulo de «un sistema de micro-transacciones». Así, después de 1946 la silicosis fue «rápidamente interiorizada por los mineros como un evento previsible en sus carreras» que podía garantizar pensión a los beneficiarios en caso de muerte y una alta probabilidad de salir de la mina, estrategia esta «de desesperanza e impotencia».

En *La legislación sobre accidentes y enfermedades del trabajo. Un parteaguas en las relaciones laborales en Argentina (1915-1955)*, Karina Inés Ramacciotti examina los debates parlamentarios que condujeron a la formulación de la ley 9688 de 1915 sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Su objetivo es identificar las razones y el contexto social y político que permitió el paso de la beneficencia al derecho a la salud. Para la autora, la Ley 9688 es un *parteaguas* en la legislación argentina en tanto «la mirada del contrato de trabajo como un tipo de relación jurídica con características particulares comenzó a instalarse y constituyó un quiebre en la historia de la legislación laboral».

En el artículo *El entre de la diferenciación sexual y la división del trabajo: el programa médico de la Hoja Sanitaria de la IWW en Chile, 1924-1927*, Nicolás Fuster Sánchez y Pedro Moscoso Flores reflexionan sobre el papel de la Hoja Sanitaria de la Industrial Workers of the World (IWW) en la difusión de un programa médico en el que trabajo y sexualidad «se imbrican para dar forma a procesos de individualización del obrero moderno». De acuerdo con Fuster y Moscoso, la Hoja Sanitaria se inscribe en Chile en una tradición que se remonta a la prensa anarquista del siglo XIX, cuyo objetivo era «alimentar la intelectualidad de las masas». Órgano de difusión del Comité Sanitario de la IWW y posteriormente publicación del Policlínico Obrero Nocturno, la Hoja Sanitaria pretendió difundir entre los obreros «conocimientos de higiene, salud mental, educación sexual, enfer-

medades infecto-contagiosas (ETS, tuberculosis, viruela, rabia, pediculosis, sarna, tifus exantemático, etc.), temas de pediatría y puericultura, nutrición, salud buco-dental, entre otros».

En *La recuperación de los cuerpos para el capital: la rehabilitación profesional durante la dictadura militar brasileña 1964-1985*, Ana Beatriz Ribeiro Barros centra su atención en la dictadura militar, resaltando su contexto y sus características. A partir de lo anterior, analiza cómo la desregulación laboral, la disminución de la capacidad adquisitiva, entre otros aspectos, vinieron de la mano con el incremento de la productividad experimentada en esos años, sumado al aumento de la accidentalidad laboral y enfermedades profesionales, además de la implementación de una política de rehabilitación profesional como una forma de readaptar la mano de obra a los dispositivos laborales.

Óscar Gallo en *Luz sobre el fenómeno de un corazón aparentemente infatigable. La fatiga de la clase obrera en Colombia, 1898-1946*, analiza el fenómeno de la fatiga en el mundo del trabajo y sus discontinuidades respecto de otras dolencias finiseculares, como fue la neurastenia. La objetivación de la fatiga se constituye en un elemento de análisis sumamente valioso en tanto permite vislumbrar la manera como se experimentó un tránsito de lo fisiológico del asunto a uno eminentemente psicológico y sociológico. El tránsito de lo fisiológico a lo psicológico y sociológico puede ser visto de acuerdo a lo expresado por el autor como una especie de paso de la metáfora del motor humano a la del factor humano.

Por su lado, Victoria Haidar en «¡Buscad al hombre!»: *la problematización del factor humano en la explicación de los accidentes de trabajo. Argentina, entre la actualidad y la historia, 1920-1970*, aborda el fenómeno de la accidentalidad laboral en Argentina durante gran parte del siglo XX, mostrando cómo el concepto del factor humano se constituyó en una matriz de análisis para objetivar este tipo de problemáticas a la luz del registro psicológico y social. La preocupación por los índices de accidentalidad desde el



enfoque del factor humano no se preocupó por las condiciones ambientales de los sitios de trabajo sino por la presunta predisposición existente en los trabajadores, en la tendencia a cometer errores y en su biotipología. Más allá de que la tipología y predisposición han entrado en desuso como elemento explicativo, Haidar resalta el hecho de que el error humano continúa existiendo como un coeficiente explicativo de la accidentalidad laboral, sumado a otros elementos como la distracción y los defectos sistémicos.

Finalmente, Eugenio Castaño en *Cuerpos y almas para el trabajo: la sicologización del asalariado en Colombia, 1958-1968*, examina la forma en que a partir de la segunda mitad del siglo XX comenzó a llevarse a cabo un proceso de análisis de los comportamientos de la población obrera en Colombia, tomando como base el discurso psicológico y psicoanalítico. Si a comienzos del siglo XX los obreros eran objeto de señalamientos desde los discursos moral-religiosos, si se habían identificado algunas dolencias mentales que aquejaban a un tipo de individuos dedicados al trabajo intelectual, como la neurastenia, a partir de la segunda mitad del siglo, el análisis se hizo más detallado. La mayor importancia otorgada a la vida privada y a los discursos del inconsciente, propios de un psicoanálisis incipiente en Colombia durante las décadas de los cincuenta y sesenta, permitieron desarrollar todo un arsenal de patologías y presuntos complejos que aquejaban a los proletarios, en especial a los sindicalistas.

En el artículo *Salud, seguridad, ambiente de trabajo en el siglo XX: el caso italiano*, Franco Carnevale centra su análisis en el papel jugado por el movimiento sindical italiano en las reivindicaciones por un sistema de atención en salud preventivo mucho más amplio en beneficio de los trabajadores italianos. Luego de la segunda guerra mundial, y pese a la situación desventajosa de Italia en comparación con otros países europeos, esta lucha obrera se va a centrar en los principales centros industriales, como Turín. Los debates entre médicos y organizaciones obreras se fueron centrando alrededor de la necesidad de

profundizar en temas vinculados con la medicina laboral y el tratamiento de nuevas enfermedades profesionales. Durante la segunda mitad de la década del setenta, este movimiento por la salud de los trabajadores irá perdiendo ímpetu producto de las crisis económicas y del contrataque de la patronal. El texto de Carnevale explora los cambios sucedidos a comienzos de la década del noventa a raíz de los vínculos establecidos con la Unión Europea, los cuales amplían las obligaciones de tutela de seguridad a los empleadores. Este tipo de acciones se ajustaron a un contexto marcado por la apertura de los mercados y el flujo continuo de migrantes.

El artículo *Una mirada a la salud en el trabajo en el capitalismo actual en perspectiva histórica* de Enrique Rajchenberg, se interesa, en primer lugar, por las condiciones de precarización que en el ámbito laboral se experimentan a escala planetaria. Para él, esta situación obedece a un contexto marcado por la creciente irrupción de las lógicas neoliberales, las cuales tienden a responsabilizar al individuo por las problemáticas sociales y económicas experimentadas en el mundo contemporáneo. Para dar cuenta de este último asunto, el texto realiza un recorrido por el modo en que se ha configurado el trabajo industrializado en México, así como las formas de solidaridad, la modernización de las relaciones laborales a través de lo que el autor describe como la teoría del riesgo y de las indemnizaciones. No obstante, el paulatino resquebrajamiento de las formas de solidaridad en el mundo del trabajo también se ha visto reflejado, según lo planteado por Rajchenberg, en las discusiones y acciones políticas y gubernamentales alrededor de la salud laboral.

En el artículo *Nuevos riesgos para la salud en un capitalismo flexible. Respuesta de los sindicatos de Alemania*, Klaus Pickschaus revela la manera en que la configuración de un capitalismo flexible en el mundo del trabajo, la precarización y la austeridad han impactado la salud de los trabajadores en las últimas décadas. En relación con este último aspecto, el incremento de los riesgos sicosociales por factores como la intensidad laboral tuvo

como correlato, en primer lugar, la irrupción de nuevas estrategias de gestión; en segundo lugar, el autor muestra la forma en que irrumpen las exigencias sindicales en torno a la creación de nuevas regulaciones que promueven estándares de protección y precaución sicosocial en los entornos laborales.

Con el artículo *La Red Vida Viva. Estrategias sindicales para enfrentar nuevas formas de control en el lugar de trabajo*, Mara Lira reflexiona sobre las modificaciones acaecidas en el mundo del trabajo durante los últimos años. Dicho fenómeno estuvo marcado por la creciente desregulación, precarización, tercerización laboral, además de la incorporación de las estrategias toyotistas en las empresas contemporáneas. En ese contexto, analiza la forma en que el sindicalismo brasilero opuso resistencia a este tipo de dispositivo administrativo, además de mostrar el modo en que se comenzó a implementar, de manera muy incipiente, una estrategia reactiva orientada a atender los padecimientos físicos y síquicos en los lugares de trabajo. Frente a un panorama marcado por la monetarización del sistema de salud, Lira orienta la discusión hacia los alcances obtenidos con la creación de ciertos espacios de reflexión colectiva sobre la salud laboral, la necesidad de su desmercantilización, humanización y colectivización, como fue el caso del programa *Vidaviva*. Adicionalmente, da cuenta de los retos impuestos por dicho programa, sus desafíos, formas de implementación en diferentes países, entre ellos Colombia, como una manera de fortalecer las estrategias sindicales desde las bases.

Con el artículo *Acción colectiva por el derecho a la salud en el trabajo: el caso de Asotrecol*, Mauricio Torres Tovar, Jairo Ernesto Luna, Jorge Parra y Paige Shell Spurling analizan la manera en que la implementación de las estrategias de desregulación y precarización, por medio de algunas estrategias normativas, como la ley 50 de 1990 y la ley 100 de 1993, acarrearón un enorme impacto en la vida y la salud de los trabajadores de empresas como Colmotores Asociados. Frente a un escenario como este algunas organizaciones emprendieron acciones reivindicativas

de derechos laborales y de la lucha por la salud colectiva, dentro de una estrategia de politización marcada por varios periodos abordados en detalle por los autores. Esta dinámica de movilización por el derecho a la salud se vio reflejada en el hecho de que incluso trabajadores enfermos se agruparan y defendieran sus derechos, como fue el caso de la Asociación de Trabajadores Enfermos de Colmotores (ASOTRECOL). De manera que la segunda parte del artículo versa sobre los conflictos, las demandas, los daños a la salud de los trabajadores de dicha empresa, y sobre las circunstancias que propiciaron la creación de la asociación y sus formas de agrupación colectiva.

En el artículo titulado *Colombit: ¿un caso de responsabilidad social frente al retiro del asbesto?* Jairo Ernesto Luna García, Carlos Julio Castro Fraume y Guillermo Villamizar indagan por el fenómeno del asbesto, su incorporación dentro de la economía industrial, su valor como material de construcción y, por supuesto, el papel de dicho material en la salud de los trabajadores que se ven expuestos a él. De igual forma, los autores describen la influencia del asbesto en la economía colombiana a través del devenir histórico de empresas como Colombit S.A. y las prácticas en el manejo del asbesto y los consiguientes riesgos que ha comportado su manipulación. Este último aspecto se ve reflejado en la forma como los autores dan cuenta de las respuestas gubernamentales frente a dichos riesgos, los conflictos suscitados con la empresa frente a las reclamaciones de los obreros por unas mejores condiciones de salubridad y seguridad social, como la pensión especial por alto riesgo.

En el artículo *Condiciones de trabajo, exigencias psicosociales y salud en población Latinoamericana*, Viviola Gómez Ortiz y Arturo Juárez García analizan la importancia de las enfermedades psicosociales en esta región del mundo, dentro del cuadro de riesgos profesionales durante los últimos años. Esta situación va de la mano con las propias condiciones laborales desiguales y excluyentes, las cuales ponen en evidencia, por un lado, la relación entre esfuerzo y recompensa, esto es, la forma en que

la precarización y la informalidad laboral conllevan una serie de consecuencias que se advierten en el plano de la salud. Por otro lado, dichas condiciones generales de salud de los trabajadores latinoamericanos también se manifiestan en las altas tasas de mortalidad experimentadas en la región.

De la lectura de los artículos incluidos en este volumen se puede concluir que a lo largo del siglo XX hubo importantes cambios en la manera como se percibieron el trabajo, los riesgos y la salud en el mundo del trabajo. Aunque no desconocemos la existencia de avances y retrocesos en el reconocimiento y la aceptación de la salud/enfermedad de los trabajadores, consideramos que el título *La salud laboral en el siglo XX y el XXI: de la negación al derecho a la salud y la enfermedad*, reflexiona sobre el proceso de cambio social y legislativo que se produjo a lo largo del corto siglo XX.

En efecto, investigaciones realizadas en diferentes países han comprobado la paridad legislativa que imperó en las primeras décadas del siglo XX. Así, entre 1910 y 1920, los países de América Latina, sin excepción, crearon legislaciones sobre accidentes de trabajo, de la misma forma que lo habían hecho Alemania (1884), Austria (1887), España (1900), Francia (1898) Noruega (1894), Italia (1898), Holanda y Suecia (1901), Luxemburgo (1902), Bélgica (1903), Inglaterra (1906), Hungría (1907), Serbia (1910), Suiza (1911), Rumania (1912) y Dinamarca (1920). Así, legislaron sobre accidentes de trabajo Guatemala (1906), El Salvador (1911), Perú (1911), Colombia (1915), Venezuela (1915), Cuba (1916), Chile (1916), Panamá (1916), México (1917), Brasil (1919), Uruguay (1920), Ecuador (1921), Bolivia (1924) y Costa Rica (1925). Aun cuando existen diferencias, podemos afirmar que, así como en España y Francia, la ley de accidentes instauró el principio de riesgo profesional y convirtió a las empresas en responsables económicas al aceptar el principio de reparación financiera de los accidentes de trabajo (Rodríguez y Menéndez, 2006; Rosental, 2009).

No obstante, el caso argentino analizado por Ramacciotti es interesante porque incorporó además en esta primigenia ley social, enfermedades profesionales tales como la neumoconiosis, tabacosis pulmonar, antracosis, siderosis, saturnismo, hidrargirismo, cuprismo, arsenicismo, oftalmía amoniaca, sulfocarbonismo, hidrocarbunismo, fosforismo, infección carbunclosa, dermatosis, anquilostomiasis, brucelosis. Anticipándose de esa forma más de treinta años a otros países como Colombia y casi una década a las disposiciones de la OIT sobre enfermedades profesionales. Aunque las interpretaciones de la legislación de accidentes de trabajo eran muy elásticas y las enfermedades podían eventualmente ser consideradas accidentes por algún tribunal de justicia, esa situación no parece haber sido la más común.

Aunque la lista de enfermedades profesionales incluidas en la ley argentina es muy amplia, ninguna generó tanta polémica en el ámbito internacional y el local como las neumoconiosis, en particular la silicosis. De hecho, la relevancia de esta enfermedad profesional puede ser apenas comparada con la que tuvo la anquilostomiasis en el Segundo Congreso Internacional de Enfermedades Profesionales, realizado en Bruselas en 1910 con la participación de más de siete países europeos y Perú (Úbeda y Correal, 1914: 11). No es del caso detenernos en las causas del difícil proceso de reconocimiento médico-legal, pero se pueden mencionar, en primer lugar, la dificultad médica para diferenciar la silicosis de la tuberculosis (Rosner y Markowitz, 1991). En segundo lugar, la resistencia empresarial al reconocimiento de una enfermedad incurable y de alto costo económico. En tercer lugar, la extensión de la enfermedad entre los trabajadores mineros del mundo; las investigaciones citadas por Menéndez muestran cómo en Inglaterra y Gales, en las décadas centrales del siglo XX, esta enfermedad causó 1.200 muertes anuales y 4.500 nuevos casos cada año. En el caso de Francia, Devinck y Rosental sugieren que entre 1946 y 1958, al menos 78.775 mineros solicitaron indemnización por silicosis mientras que se puede hablar alrededor de 40.000 muertos para el periodo 1946-

1986. Situaciones similares parecen haberse vivido en otros lugares del mundo. Es el caso de Bélgica (Geerkens, 2009), Chile (Vergara, 2005), Colombia (Gallo y Márquez, 2011), Estados Unidos (Rosner y Markowitz, 2006), Japón (Thomann, 2009), Sudáfrica (Breckenridge, 2015).

Los análisis históricos sobre la silicosis ayudan a comprender la situación que actualmente se vive en el mundo y en Colombia con respecto al asbesto (Carnevale, 2007; Mendes, 2001; Menéndez Navarro, 2007; Tweedale y Hansen, 1998), pero también aplican a otras enfermedades profesionales. En ese sentido, se pueden identificar al menos seis posiciones típicas en los debates nacionales acerca del reconocimiento de las enfermedades laborales: i) la nocividad del producto no está confirmada por los datos que tienen los empresarios en la época y la región; ii) las empresas han asumido el liderazgo en la investigación, pero los resultados no son tan claros; iii) la incertidumbre y la controversia, no pueden ser considerados como una razón para la eliminación de los productos o reducir la exposición de los trabajadores; iv) la ciencia necesita un proceso lento y sinuoso de acumulación de datos antes de que las pruebas concluyentes sean entregadas a las autoridades (Rosner y Markowitz, 2009); v) las estadísticas sobre la situación no sugieren alto impacto en la población trabajadora, situación que se explica normalmente por la invisibilidad o la intencionada opacidad de las cifras; vi) la complejidad de las patologías puede confundir a los expertos y los casos diagnosticados ser consecuencia de otras enfermedades. En cualquier caso, se ha tratado de evitar los costos de la atenuación o eliminación de los riesgos o de reparación, rehabilitación o indemnización.

A la preocupación por las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo se sumó en la primera mitad del siglo XX el interés médico y estatal por la profilaxis de las denominadas enfermedades sociales. Alcoholismo, tuberculosis, enfermedades venéreas y mortalidad infantil hicieron parte del registro de la «higiene social» en diferentes lugares del mundo. Lo plan-

teado por Fuster y Moscoso para el caso chileno sugiere que la preocupación por dichas enfermedades no fue exclusiva de la burguesía sino que hizo parte de una idea generalizada que asociaba salud y progreso. En otros lugares del continente americano se daría una situación similar. Así, en Brasil, por ejemplo, la prensa obrera se convirtió tanto en instrumento de lucha como en mecanismo de difusión del discurso médico sobre las enfermedades sociales, las enfermedades sexuales y las *ciencias* de la buena descendencia y la crianza (Bertucci, 1997). Fuster y Moscoso intentan explicar la coincidencia con la burguesía en su preocupación por el adecuado funcionamiento del órgano social y el carácter colectivo de las enfermedades en un proceso de medicalización que traspasa las fronteras de clase, siguiendo la línea de pensamiento de Michel Foucault. Pero podemos sugerir que los obreros pudieron hacer de la salud un aliado estratégico en su lucha. Para el caso brasileiro, como sugiere Liane Bertucci (1997: 217), la salud de la familia, de los hijos y de los jóvenes era la promesa de la lucha en el futuro.

Los artículos que conforman la segunda parte del libro tienen en común la pregunta por la manera como la dimensión psicológica del trabajador se incorporó al análisis del mundo del trabajo y la gestión del riesgo laboral. En este sentido se puede destacar el papel creciente de la psicología industrial, la sicofisiología, la sicotecnia y el psicoanálisis en los procesos de gestión o administración. Sobre todo, son interesantes porque evidencian el descubrimiento de aspectos como la fatiga industrial en un contexto de tránsito del motor humano al factor humano. Lo positivo y lo negativo de este proceso no puede ser analizado en el espacio de esta introducción, sin embargo, sugerimos pensar las *biotipologías* de la accidentalidad, la fatiga industrial y los complejos del proletariado en asocio con el reconocimiento de los riesgos sicosociales del mundo del trabajo. Aunque también se puede pensar como parte de un proceso que comenzó reconociendo lo humano que había en la industria y avanza actualmente hacia la gestión de las motivaciones, emociones, deseos, pensamientos, creencias y actitudes en función del rendimiento



de las empresas. Todo esto en el marco de un neoliberalismo que ha hecho al hombre un empresario de sí mismo (Laval y Dardot, 2013).

La idea de desplazamiento o discontinuidad propuesta por el título de la negación al derecho es problematizada con más fuerza en la tercera parte del libro. Varios de los artículos coinciden en que el capitalismo flexible y las nuevas formas de gestión o control en el lugar de trabajo trajeron consigo una agudización de los problemas de salud y en muchos casos un retroceso en lo derechos adquiridos a lo largo del siglo XX. Pickshaus, Lira y Gómez, y Juárez, son claros en este sentido. Si en la primera mitad del siglo el intervencionismo social y el auge del Estado benefactor permitió la consolidación de la legislación laboral, en la segunda el encogimiento del Estado en el marco de las políticas neoliberales de los años 1990 puso y tiene en riesgo los derechos adquiridos. El pesimismo, sin embargo, ha sido sustituido por un papel activo del sindicalismo alemán o acciones de investigación-participación como las sugeridas por Vida Viva, que evocan, sin lugar a dudas, el movimiento obrero italiano de los años 1960 con sus preocupaciones y esfuerzos por democratizar la salud en el trabajo, cuestión discutida por Franco Carnevale. Por otro lado, las asociaciones de trabajadores enfermos son un indicador de ese re-hacerse de la clase trabajadora global que, rompiendo con los modelos marxianos o polanyianos, se moviliza y protesta en la actualidad en razón de la marginalización y exclusión del sistema capitalista (Silver, 2016)

No queremos terminar esta introducción sin dar las gracias a quienes aceptaron la invitación a participar en este libro, incluso aquellos que por diferentes razones no pudieron concluir a tiempo su aporte. Unos y otros manifestaron un gran interés y disposición desde un comienzo.

Agradecemos a la Escuela Nacional sindical por permitirnos la organización, la coordinación y la edición del libro. A la Confederación de Sindicatos Alemanes (DGB) por apoyar con recursos este proyecto editorial.

## Referencias

- Bertucci, L. M. (1997). *Saúde: arma revolucionária, São Paulo, 1891-1925*. Campinas: Centro de Memória, Unicamp.
- Breckenridge, K. D. (2015). Conspicuous disease: The surveillance of silicosis in South Africa, 1910–1970. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(S1), 15–22. <http://doi.org/10.1002/ajim.22505>
- Carnevale, F. (2007). Amianto: una tragedia di lunga durata. Argomenti utili per una ricostruzione storica dei fatti più rilevanti. *Epidemiol Prev*, 31(4), 53–74.
- Gallo, Ó., & Márquez, J. (2011). La enfermedad oculta: una historia de las enfermedades profesionales en Colombia, el caso de la silicosis, 1910-1950. *Historia Crítica*, (45), 114–143.
- Geerkens, E. (2009). Quand la silicose n'était pas une maladie professionnelle. Genèse de la réparation des pathologies respiratoires des mineurs en Belgique (1927-1940). *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 56, 127–141.
- Laval, C., & Dardot, P. (2013). *La nueva razón del mundo: ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona: Gedisa.
- Márquez, J. (2014). Historia de la salud y la enfermedad. In C. Biernat & K. I. Ramacciotti, *Historia de la salud y la enfermedad* (pp. 51–68). Buenos Aires: Biblos.
- Mendes, R. (2001). Asbestos and disease: state-of-the-art review and a rationale for urgent change in current Brazilian policy. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 07–29. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100002>
- Menéndez Navarro, A. (2007). Alice A Fight for Life (1982) y la percepción pública de los riesgos laborales del amianto. *Revista de medicina y cine*, 3(2), 49–56.
- Palmer, S., & Armus, D. (2010). Historiographical reflections on health and medicine in the Latin America: A conversation with Diego Armus. *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 35, 19–38.
- Rodríguez, E., & Menéndez, A. (2006). Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939. *Archivos de Prevención Y Riesgos Laborales*, 9(2), 81–88.
- Rosental, P.-A. (2009). De la silicose et des ambiguïtés de la notion de “maladie professionnelle.” *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 56(1), 83–96.
- Rosner, D., & Markowitz, G. (1991). Consumption, Silicosis, and the Social Construction of Industrial Disease. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 481–498.
- Rosner, D., & Markowitz, G. (2006). *Deadly Dust: silicosis and the on-going struggle to protect workers' health* (2nd ed.). Ann Arbor MI: The University of Michigan Press.

- Rosner, D., & Markowitz, G. (2009). L'histoire au prétoire. Deux historiens dans les procès des maladies professionnelles et environnementales. *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 56, 227–253.
- Silver, B. (2016). The Remaking of the Global Working Class. Retrieved August 22, 2016, from <https://roarmag.org/magazine/the-remaking-of-the-global-working-class/>
- Thomann, B. (2009). L'hygiène nationale, la société civile et la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle au Japon (1868-1960). *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 56, 142–176.
- Tweddale, G., & Hansen, P. (1998). Protecting the workers: the Medical Board and the asbestos industry, 1930s-1960s. *Medical History*, 42(4), 439–457.
- Úbeda y Correal, J. (1914). *El III Congreso internacional de enfermedades profesionales (Bruselas 10-14 septiembre de 1910)*. Madrid: Imprenta de la Sucursal de la Minuesa de los Ríos.
- Vergara, A. (2005). The recognition of silicosis: Labor Unions and Physicians in the Chilean Copper Industry, 1930s-1960s. *Bulletin of the History of Medicine*, 79(4), 723–748.



**PARTE I**  
**DE LA NEGACIÓN AL DERECHO A**  
**LA SALUD Y LA ENFERMEDAD**



# DE LÍNEAS RECTAS Y RENGLONES TORCIDOS: el reconocimiento de la neumoconiosis de los mineros del carbón en España (1930-1944)<sup>1</sup>

Alfredo Menéndez Navarro<sup>2</sup>

## Un nuevo acercamiento para un viejo riesgo: La mirada trasnacional a los riesgos neumoconióticos

Aunque las neumoconiosis parecen haber desaparecido de la memoria colectiva como amenazas a la salud de los trabajadores en muchos países, la patología respiratoria derivada de la inhalación de distintas sustancias pulvígenas ha sido la principal causa de muerte en el trabajo durante el siglo XX. En las décadas centrales de la centuria, la neumoconiosis de los mineros del carbón —una de las patologías derivadas de la inhalación de polvos de carbón— fue la responsable de 1.200 fallecimientos anuales

---

1 Este trabajo es una versión traducida y revisada de mi capítulo *Du déni à la flatterie: la reconnaissance de la pneumoconiose du houilleur comme maladie professionnelle en Espagne* (1930-1944), incluido en Rainhorn (2014). Esta investigación ha sido financiada gracias al apoyo otorgado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España al proyecto «Políticas de salud, investigación científica y riesgo entre la Gran Guerra y el final del franquismo» (HAR2014-51859-C2-1-P).

2 Catedrático de historia de la ciencia en la Universidad de Granada. Correo electrónico: amenende@ugr.es

en Inglaterra y Gales, con 4.500 nuevos casos diagnosticados cada año en Gran Bretaña (McIvor y Johnston, 2007). Aun tratándose de una clara subestimación, las estadísticas oficiales francesas registraron entre 800 y 1.000 fallecimientos anuales de mineros del carbón por silicosis entre 1955 y 1985. Entre 1946, una vez establecida como enfermedad profesional en Francia, y 1958, 78.775 mineros del carbón solicitaron indemnización por silicosis en ese país, con medias anuales que oscilaron entre los 5.000 y 7.780 casos indemnizados (Rosental y Devinck, 2007).

La identificación médica y legal de los daños causados por el polvo de carbón no ha sido, como en otros muchos riesgos laborales, un proceso obvio ni sencillo. Desde la obra seminal del Rosner y Markowitz (1991), la historiografía ha puesto de manifiesto el rico entramado de factores científicos, sociales, políticos y económicos que han mediatizado a nivel nacional la identificación de estos riesgos y la adopción de medidas preventivas y compensadoras frente a ellos (Derickson, 1998; Vergara, 2005; McIvor y Johnston, 2007; Menéndez Navarro, 2008; Devinck y Rosental, 2009; Geerkens, 2009; Thomann, 2009; Mackova y Rosental, 2009; Gallo Vélez y Márquez Valderrama, 2011; McCulloch, 2012; Rainhorn, 2014).

La reciente historiografía, inspirada desde la perspectiva transnacional, ha destacado el papel clave desempeñado por los organismos y agencias internacionales en la identificación y abordaje de los riesgos laborales, destacando el protagonismo de la silicosis en este entramado internacional (Rosental, 2008). Los modelos de abordaje de las enfermedades profesionales a lo largo del siglo XX estuvieron íntimamente condicionados por las influencias y competencias establecidas por agencias como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Liga de Naciones o la Organización Mundial de la Salud. Los modelos transnacionales propuestos, destinados tanto a la mejora de la salud de los trabajadores como a nivelar la competitividad internacional de los sectores afectados, fueron objeto de apropiación



y negociación en los escenarios locales, añadiendo un nuevo factor explicativo a los seculares procesos de reconocimiento y lucha contra estos riesgos en los distintos ámbitos nacionales (Cayet, Rosental y Thébaud Sorger, 2009).

El reconocimiento de la neumoconiosis de los mineros del carbón en España y la adopción de medidas de protección social proporcionan un ejemplo adecuado para explorar esta singular dinámica de interacción entre los modelos y debates internacionales sobre la silicosis y las especiales circunstancias políticas nacionales. El objeto de este trabajo es contribuir al enriquecimiento de la fragmentaria visión historiográfica de este proceso. Para ello prestaré especial atención a la recepción en nuestro país del consenso científico internacional que dificultó el reconocimiento del carácter lesivo del polvo de carbón. Este consenso fue cuestionado en España en dos escenarios políticos excepcionales. El primero, durante las etapas finales de la Segunda República (1931-1936), un periodo en el que las dinámicas transnacionales inspiraron la legislación social y laboral en combinación con el protagonismo del movimiento obrero en la vida política española. En los meses previos al estallido de la Guerra Civil (1936-1939), el gobierno del Frente Popular recogió las aspiraciones de los sindicatos mineros y declaró la silicosis y la antracosis como enfermedades indemnizables en la Ley de Enfermedades Profesionales republicana de 1936, yendo más allá de la propia convención de la OIT de 1934. El segundo escenario corresponde al periodo autárquico del régimen franquista tras la finalización de la contienda. En un contexto de aislamiento internacional y autoexclusión de la OIT, el Ministerio de Trabajo franquista procedió en 1944 a la inclusión de la minería del carbón en el seguro de silicosis. A diferencia de otros países del entorno, esta medida respondió a la necesidad de atender a un colectivo laboral como el de los mineros del carbón, clave para el autoabastecimiento energético nacional. Aunque el uso propagandístico de las medidas de política social no fue ajeno a otros países, en la España franquista se convirtió

en un elemento constitutivo del modelo, deseoso de mostrar a la población española la secular vía hacia la «justicia social» del nuevo régimen al margen de sus limitados efectos sobre la población laboral asegurada.

El trabajo se basa fundamentalmente en el estudio de la literatura médica española sobre el tema y en los valiosos materiales del archivo histórico del Instituto Nacional de Previsión, conservados en Madrid. Así mismo, he prestado atención a la cobertura mediática que el régimen franquista dispensó al seguro de silicosis y al reconocimiento de la silicosis en los mineros del carbón como enfermedad indemnizable, con especial atención a la prensa asturiana.

## **Consensos internacionales y cuestionamientos locales: el debate en España sobre la inocuidad del polvo del carbón**

A comienzos del siglo XX, un conjunto de factores técnicos, científicos y sociales contribuyeron a poner en primera línea el papel etiológico del polvo industrial. La mecanización y la intensificación de los regímenes de trabajo en la minería, la accesibilidad y generalización de las exploraciones radiológicas como método diagnóstico, la creciente capacidad de movilización del movimiento obrero y el auge del reformismo social devolvieron a las condiciones de trabajo su protagonismo causal (Bufton y Melling, 2005; Melling, 2010).

La celebración en una década de tres reuniones internacionales de expertos consagradas a este tema auspiciadas por la *Commission internationale permanente pour l'étude des maladies du travail* (Lyon, 1929) y, especialmente, la OIT (Johannesburgo, 1930, y Ginebra, 1938), convirtieron a la silicosis en un objetivo estratégico del debate transnacional. La revisión en 1934 del convenio sobre reparación de enfermedades profesionales de la OIT contribuyó al pleno reconocimiento de la silicosis como

enfermedad indemnizable y alentó la adopción a nivel nacional de medidas de compensación frente a ella (Cayet, Rosental y Thébaud Sorger, 2009).

Estas reuniones internacionales se enfocaron en el carácter dañino del polvo de sílice y contribuyeron a minimizar la capacidad patogénica de otros polvos inhalados en el medio laboral, en particular el polvo de carbón. La denominada antracosis o *black lung* fue mayoritariamente concebida como un mero proceso de acumulación de polvo de carbón en los pulmones sin efecto patogénico, otorgando todo el protagonismo causal de los problemas respiratorios observados en los mineros del carbón al inevitable polvo de sílice inhalado en las diversas tareas extractivas (Derickson, 1998; McIvor y Johnston, 2007).

Los autores médicos españoles que abordaron el problema de la silicosis de los mineros del carbón durante los años treinta suscribieron mayoritariamente la tesis del carácter inocuo del polvo de carbón. Frente a las noticias sobre casos de antracosis presentes en buena parte de las topografías médicas asturianas publicadas en los años veinte (García Fernández, 2005), los estudios publicados en los años treinta consideraron la antracosis como un mero hallazgo histológico, sin relevancia patológica, otorgando todo el protagonismo causal de las alteraciones pulmonares observadas en los mineros del carbón al polvo de sílice inhalado. La mayoría de los trabajos fueron adelantados por especialistas en enfermedades pulmonares y tisiólogos del norte de España con experiencia en la atención a mineros del carbón.

El primer acercamiento monográfico al tema fue publicado en 1933 por dos médicos asturianos: Plácido Álvarez Buylla, jefe clínico del hospital Provincial de Oviedo, y Joaquín Pumarino Alonso, médico de la compañía Sociedad Duro Felguera, una de las principales empresas mineras asentadas en Asturias. Basados en su prolongada experiencia clínica con trabajadores del sector, los autores suscribían las tesis internacionales sobre la inocuidad del polvo de carbón. No habían diagnosticado ni

un solo caso de neumoconiosis entre los denominados «picadores», es decir, los encargados de extraer el carbón. Por el contrario, el riesgo era evidente para los denominados «barrenistas», encargados de excavar con martillos perforadores en las rocas ricas en sílice que rodeaban las vetas de carbón (Álvarez Buylla y Pumarino Alonso, 1933).

En el mismo sentido se expresó Roger Jalon Lassere (1941), director del Dispensario Antituberculoso General de Oviedo, que publicó a comienzos de los años cuarenta los resultados de su experiencia clínica con 247 mineros del carbón estudiados entre 1933 y 1940. Los dispensarios antituberculosos habían mejorado sustancialmente sus dotaciones de personal y recursos técnicos tras la nacionalización que llevó a cabo en 1931 el gobierno republicano, lo que contrasta con el pobre equipamiento de los servicios médicos de las empresas mineras. Las disponibilidades de medios diagnósticos, como los rayos X, y la experiencia clínica y epidemiológica adquirida, permitieron a los tisiólogos reivindicar su competencia en el abordaje de las neumoconiosis (Molero Mesa, 2001).

Los trabajadores examinados en el dispensario de Oviedo, todos con más de cinco años de dedicación al carbón, fueron divididos en tres grupos en función de los niveles de exposición al polvo. En el primer grupo se incluyeron los mineros de interior que realizaban labores en ambientes con presencia de polvo de carbón y de sílice; en el segundo se incluyeron los picadores, expuestos más intensamente al polvo de carbón; y en el tercero, se contemplaron los barrenistas, expuestos de forma más directa e intensa al polvo de sílice. Los mineros fueron sometidos a examen clínico, pruebas de laboratorio y estudio radioscópico, y a más de la mitad de ellos se les practicó una radiografía de tórax. La incidencia de silicosis registrada fue de 23,8% del total de estudiados, aunque las diferencias entre los grupos 2 y 3 resultaron contundentes: solo cuatro de los 67 picadores estudiados padecían el problema (menos del 6%), frente a casi el 69%

registrado entre los barrenistas (52 entre los 76 casos de mineros estudiados). Dado el prolongado periodo de dedicación a las minas de los picadores diagnosticados, la conclusión del tisiólogo fue que la incidencia de la silicosis entre los mineros del carbón solo debía ser considerada «en los obreros barrenistas o perforadores de piedra, y en los demás obreros de interior que lleven muchos años de oficio (más de treinta años de profesión en nuestro caso)». Además, constató la baja incidencia de tuberculosis entre los picadores, lo que a su juicio avalaba el carácter protector del polvo de carbón frente a la infección tuberculosa (Jalon Lassere, 1941).

La visión restrictiva del problema impuesta por los tisiólogos apenas fue cuestionada desde otros ámbitos asistenciales, académicos u oficiales a lo largo de los años treinta. Destacados especialistas en medicina del trabajo como Antonio Oller Martínez (1934), principal impulsor de la especialidad en España (Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro, 2003), suscribió las concepciones sobre la antracosis aprobadas en la Conferencia de Johannesburgo. En el mismo sentido se expresó su colaborador Felipe García Triviño (1931), que desarrolló una amplia labor publicista en torno a las neumoconiosis a comienzos de los años treinta y participó en reuniones internacionales de primer nivel como el VI Congreso Internacional de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, celebrado en Ginebra en 1931. A pesar de su interés inicial en los efectos patogénicos de todo tipo de polvos industriales, su trabajo acabó limitándose a la silicosis (García Triviño, 1933; 1934). Otro destacado especialista como Vicente de Andrés Bueno (1935), médico de la Compañía de Ferrocarriles del Norte y miembro fundador de la Sociedad Española de Medicina del Trabajo, llevó a cabo en 1934 una visita a las cuencas carboníferas de Asturias y León. En ella recolectó abundante información a través de la realización de encuestas a los médicos de minas de la zona. Las respuestas obtenidas reflejaban una baja incidencia de silicosis entre la población minera, limitando el riesgo a la inhalación de polvos de

sílice por parte de los barrenistas y negando valor patológico al acumulo pulmonar de polvo de carbón hallado con frecuencia en las autopsias de mineros fallecidos en accidente.

A pesar del consenso dominante y de la ausencia de registros estadísticos, no faltaron voces críticas y estimaciones que mostraban un panorama más pesimista. Jesús Lartitegui Arenaza (1933, 1934), especialista en medicina del trabajo que ejercía en las minas de hierro de Vizcaya, estimaba en cerca de 100.000 el número de trabajadores expuestos al riesgo de silicosis en España a comienzos de los años treinta. En su opinión el problema era especialmente relevante en la minería del carbón y del hierro, dada la dimensión de los colectivos laborales expuestos y el elevado contenido en sílice de las rocas que rodeaban las vetas de carbón en las minas asturianas y en el alto porcentaje de sílice presente en el mineral de hierro explotado en la cuenca vizcaína. Juan Dantín Gallego (1936), responsable de la enseñanza de Higiene y Seguridad del Trabajo en la Escuela Social de Madrid, realizó en 1936 la primera estimación provincial de trabajadores expuestos, señalando tanto el volumen de obreros como el contenido en sílice libre manipulado en las distintas industrias de riesgo. Como puede apreciarse en la Figura 1, los contingentes laborales más numerosos se encontraban en las cuencas hulleras de Asturias y León (con más de 37.000 expuestos) y en las minerías metálicas onubense y vizcaína (con cifras de expuestos superiores a 14.000). No obstante, la consideración del porcentaje de sílice libre como principal factor de riesgo otorgó mayor visibilidad al problema en las industrias cerámicas, con porcentajes cercanos al 50%, o a la minoritaria minería del oro de Rodalquilar (Almería), con porcentajes de sílice libre superiores al 75% (Dantín Gallego, 1936).

**Figura 1**

**Distribución provincial de trabajadores expuestos al riesgo de silicosis (1933)**

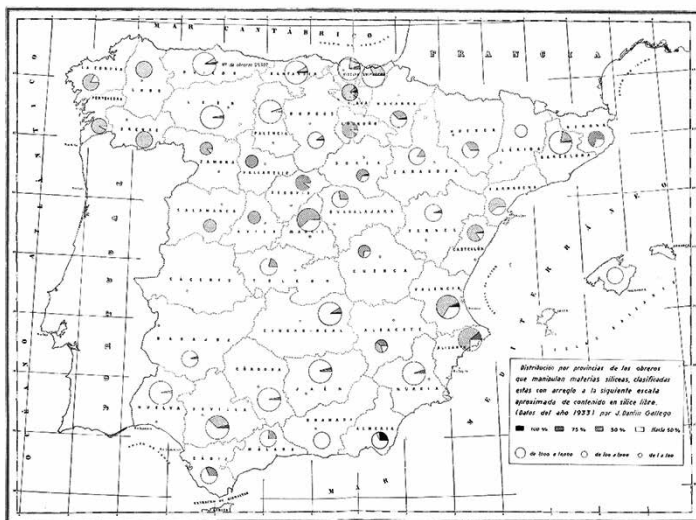


Figura 2ª — La intensidad de tono indica el contenido en sílice libre, y el tamaño de los círculos, el número de obreros que la manipulan.

Fuente: Dantín Gallego (1936).

Únicamente desde la Inspección de Sanidad Minera se cuestionó el consenso internacional y se reivindicó la necesidad de atender al riesgo generado por la inhalación del polvo del carbón. Este organismo dependiente de la Dirección General de Sanidad había sido creado en 1926 para supervisar las campañas de lucha contra la anquilostomiasis en las cuencas mineras españolas, especialmente del sur y sureste peninsular. Las campañas se desarrollaron con notable éxito hasta comienzos de los años treinta, cuando la anquilostomiasis fue prácticamente erradicada de las minas españolas (Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro, 2006). La desaparición de este problema sanitario permitió a la Inspección ampliar sus competencias a otros problemas de salud emergentes en el ámbito minero. En 1935,

el inspector Francisco Morayta Serrano (1936) llevó a cabo un amplio estudio sobre el estado sanitario de los obreros de las minas de carbón españolas. El informe recogía la situación de 128 explotaciones carboníferas repartidas por todo el país —incluyendo las principales cuencas hulleras como la asturiana, la leonesa y la de Puertollano, en el centro peninsular— en las que se empleaban 33.393 hombres y 601 mujeres. El trabajo combinaba datos procedentes de la observación directa junto a la información suministrada por los profesionales médicos empleados en esas 128 explotaciones. Respecto a las condiciones de trabajo de interior, el inspector destacaba las altas concentraciones de polvo de carbón y sílice existentes en las galerías de arranque. Aunque no proporcionó datos estadísticos, Morayta señaló la elevada frecuencia de casos de silicosis y de antracosis registrados entre la población minera. «Casi podría hacerse la afirmación —señalaba el autor— de que todo viejo minero de carbón está afecto de antracosis». A pesar del consenso médico en sentido contrario, Morayta defendió la concepción de la antracosis como una enfermedad profesional causada exclusivamente por la inhalación de polvo de carbón. En ello pareció pesar su amplia experiencia profesional en la cuenca minera de Puertollano, donde había observado numerosos casos de antracosis en individuos con relativamente cortas exposiciones laborales.

### **Consenso *avant la lettre*: la ley de enfermedades profesionales republicana (1936)**

La tramitación parlamentaria de la Ley de Enfermedades Profesionales promulgada por el Gobierno de la Segunda República en julio de 1936 representó el primer cuestionamiento radical sobre la inocuidad del polvo de carbón que venía siendo sustentada por expertos y autoridades laborales. La inspiración en las directrices de la OIT, que informaron el impulso a la legislación laboral durante el llamado «bienio progresista», se combinó con la participación obrera en el proceso de elabora-



ción de la citada ley, lo que posibilitó una propuesta más comprensiva de los riesgos pulvígenos.

Las primeras disposiciones frente a la silicosis se adoptaron durante el periodo republicano. Fueron medidas asistenciales y preventivas alejadas de las políticas sociales impulsadas por la OIT y limitadas a la minería del plomo del sur español, en particular al distrito de Linares-La Carolina (Jaén). Este fue el sector respecto al cual, a mediados de los años veinte, se habían reportado los primeros casos de silicosis, surgimiento favorecido por la introducción generalizada de la perforación mecánica. En 1935 se creó el Patronato de Lucha contra la Silicosis, financiado parcialmente por la patronal a través del denominado Consorcio del Plomo en España (Menéndez Navarro, 2008). El Patronato puso en marcha en Linares en 1935 el primer centro especializado contra la silicosis en España. Hasta comienzos de 1939, cuando suspendió temporalmente su actividad como consecuencia de la Guerra Civil, el dispensario atendió y reconoció a un millar de mineros, estimando la incidencia de silicosis en más del 50% de los trabajadores de interior del distrito Linares-La Carolina (Leal y Leal, 1943).

También el pequeño sector de la minería del oro concitó la atención de los responsables laborales. En 1935, la Caja Nacional del Seguro de Accidentes del Trabajo (CNSAT), organismo responsable de gestionar el seguro de accidentes laborales, llevó a cabo un estudio médico en las minas de Rodalquilar (Almería), explotadas desde 1930 por una compañía británica (Hernández Ortiz, 2005). La introducción de la perforación mecánica a comienzos de los años treinta permitió quintuplicar la producción, pero a la vez detonó la emergencia virulenta del problema de la silicosis, cuya incidencia fue estimada en un 35% de los trabajadores de interior. Todos los perforistas con cinco años de dedicación estudiados presentaban signos de silicosis y la mitad de ellos había fallecido ese mismo año (Ramallal Rumbo, 1940).

El debate sobre la necesidad de una ley de enfermedades profesionales permitió el cuestionamiento de esta visión tan restrictiva del problema de las neumoconiosis y, de la mano de las presiones obreras, reconsiderar la capacidad lesiva del polvo de carbón. El compromiso republicano con la mejora de las condiciones de trabajo de la población obrera se había reflejado en la aprobación en 1932 de la nueva ley de accidentes en la industria y en la extensión en 1931 de la legislación compensadora a la actividad agrícola (Martínez Pérez, 1992). En 1932, el gobierno republicano ratificó el Convenio de 1925 de la OIT concerniente a la reparación de enfermedades profesionales, lo que estimuló el debate político y social en torno a la necesidad de una ley específica. El Consejo de Trabajo (1934), organismo asesor del Ministerio de Trabajo, involucró en el debate a diversos agentes sociales a través de una encuesta a la cual respondieron nueve asociaciones empresariales y corporaciones industriales, ocho asociaciones obreras (entre ellas el sindicato mayoritario de la minería del carbón asturiana) y un particular (Vicente de Andrés Bueno). El tema más controvertido fue la lista de enfermedades a incluir. Las organizaciones empresariales abogaron por limitar la lista de enfermedades a las recogidas en el mencionado convenio de 1925 de la OIT (intoxicación por plomo y por mercurio y carbunco). Por su parte, los sindicatos obreros defendieron una lista mucho más amplia. El Sindicato Minero de Asturias reivindicó la necesidad de contemplar las neumoconiosis y, de forma singularizada, la antracosis (Consejo de Trabajo, 1934). En noviembre de 1935, el Consejo de Ministros autorizó la remisión a las Cortes de la ratificación del convenio de enfermedades profesionales de la OIT de 1934, que amplió significativamente el listado de patologías contempladas (*Gaceta de Madrid*, 1935).

La victoria del Frente Popular en las elecciones de febrero de 1936 fue determinante para vencer las resistencias políticas y empresariales al proyecto de ley, que entró en el parlamento en junio de ese año mediante Decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión (1936). La propuesta del Ministerio

superó el listado de enfermedades contempladas en la propia revisión del convenio de la OIT de 1934, en la que la silicosis había sido por vez primera contemplada como susceptible de indemnización, añadiendo de forma novedosa la antracosis. La tramitación parlamentaria amplió la lista de enfermedades y permitió la futura cobertura de nuevas patologías. En el apartado de industrias cubiertas, para las neumoconiosis se consignó: «toda industria u operación que exponga al riesgo de silicosis», y de forma explícita, «las industrias y trabajos del carbón» (Congreso de los Diputados, 1936). La ley fue aprobada el 7 julio de 1936, apenas unos días antes del estallido de la Guerra Civil, lo que dificultó su desarrollo reglamentario y aplicación (Ley de Enfermedades Profesionales, 1936).

## **La vuelta a la ortodoxia internacional: el seguro de silicosis durante el primer franquismo**

A pesar de la imagen de ruptura con el pasado republicano promovida por el régimen franquista y el abandono de la OIT en 1939, las primeras medidas contra la silicosis adoptadas tras la Guerra Civil tuvieron un marcado acento continuista. En octubre de 1940, el Ministerio de Trabajo remitió al Instituto Nacional de Previsión (INP), organismo encargado de gestionar los seguros sociales, un proyecto de extensión del seguro de accidentes del trabajo que comprendería de forma amplia las distintas neumoconiosis. El proyecto estaba inspirado en el Fuero del Trabajo (1938), texto clave para entender la política social del nuevo régimen y su apuesta por los seguros sociales como principal instrumento de encuadramiento social junto a la represión (Pons Pons y Vilar Rodríguez, 2012; Molinero, 2006). No obstante, también reconocía como antecedente la ley republicana de enfermedades profesionales. De hecho, el proyecto incluía un listado comprensivo de riesgos causados por los polvos de origen mineral, vegetal y animal, y contemplaba un amplísimo plantel de industrias de riesgo. Además, el proyecto prestaba especial atención a la prevención, apostando por

los medios técnicos de supresión del polvo, la provisión de mascarillas, la creación de instalaciones de lavabos y duchas en los centros de trabajo y el establecimiento de exámenes médicos previos y periódicos. De forma novedosa, el proyecto obligaba a las empresas con más de 100 trabajadores a crear un «servicio médico de reconocimiento y prevención de la neumoconiosis» atendido por un médico especialista. Además, imponía a los empresarios de sectores de riesgo la obligación de ampliar el seguro de accidentes para dar cobertura a las neumoconiosis (Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión,<sup>3</sup> 1940a).

La comisión de expertos del INP encargada de valorar el proyecto señaló la conveniencia de emplear un concepto más restrictivo de neumoconiosis y de reducir la lista de las industrias de riesgo. También expresó serias reservas sobre el impacto que tendría la puesta en marcha de los reconocimientos médicos, tanto por el coste y la necesidad de profesionales y medios de diagnóstico como por los efectos derivados de la posible declaración de incapacidad de los obreros. Además del elevado coste de las indemnizaciones, se generaría un problema de «paro forzoso», dadas las dificultades para reubicar en labores sin riesgo a los enfermos de neumoconiosis, e incluso un problema de «alta política sanitaria» para hacer frente al tratamiento de los afectados. A pesar de la ausencia de estadísticas fiables, la comisión no tenía dudas de la magnitud del problema, que en el caso de la silicosis alcanzaban «cifras verdaderamente alarmantes» (Archivo INP, 1940).

Las recomendaciones del INP solo fueron asumidas parcialmente por el Ministerio de Trabajo, que en marzo de 1941 dictó normas para la prevención e indemnización por silicosis como enfermedad profesional (1941). Las normas contemplaron en su cobertura a casi todas las actividades expuestas al polvo mineral, incluido el carbón, y excluyeron los trabajos con riesgo de inhalación de polvos vegetales y animales. Las prescripciones

---

3 En adelante, Archivo INP.

preventivas y las indemnizaciones no sufrieron variación respecto al proyecto original.

La llegada en mayo de 1941 de José Antonio Girón de Velasco (1911-1995) al Ministerio de Trabajo transformó sustancialmente al abordaje del problema de las neumoconiosis en España, potenciando la dimensión compensadora en detrimento de la preventiva y, paradójicamente, suscribiendo las directrices internacionales que restringían el campo de intervención exclusivamente a la silicosis (Menéndez Navarro, 2008). En septiembre de 1941 se dictó el decreto por el que se establecía el Seguro de Silicosis (1942), cuyo reglamento se aprobó en noviembre de 1942 (*Boletín Oficial del Estado*, 1942). A diferencia de las normas de marzo de 1941, el seguro de silicosis nació con una cobertura extremadamente restrictiva. Amparado en la supuesta necesidad de priorizar las industrias más afectadas, el seguro se aplicó solo a tres sectores de riesgo: las minerías del plomo, del oro y las industrias cerámicas. Sin duda, las ausencias más llamativas fueron la minería del carbón y la del hierro. Además de su limitada cobertura, el seguro contribuyó a invisibilizar otras neumoconiosis que, en consonancia con el consenso internacional vigente, cedieron todo el protagonismo etiológico al polvo de sílice. Desde este punto de vista, no solo la antracosis de los mineros del carbón quedó excluida de la cobertura del seguro sino también el ampliamente reconocido riesgo de contraer silicosis por parte de los barrenistas que perforaban los frentes de avance en roca sílicea en las minas de carbón. Aunque las autoridades laborales no desconocían este hecho, confiaban en que los casos de silicosis aparecidos en los sectores no incluidos en el seguro fuesen indemnizados como accidentes de trabajo.

¿Cómo fue recibida la exclusión del seguro de silicosis en las cuencas carboníferas? No resulta sorprendente la ausencia de crítica en la prensa, sometida como el resto de medios de comunicación al férreo control del régimen franquista (Sevillano Calero, 1998). *La Nueva España*, periódico editado

en Oviedo desde diciembre de 1936 por la Falange Española, prestó cobertura a la aprobación de las normas de marzo de 1941 y la creación meses más tarde del seguro de silicosis, que fue presentado como un ejemplo más de la magnanimidad y de los desvelos sociales del régimen (*La Nueva España*, 1941; 1942; 1942a). Sin llegar a cuestionar su exclusión del seguro, algunas noticias destacaron la incidencia del problema en el sector del carbón, señalando a los mineros del carbón y del plomo como los colectivos más expuestos tras los trabajadores del granito (*La Nueva España*, 1942b).

Algunas agrupaciones locales asturianas del sindicato único, el llamado sindicato vertical, llevaron a cabo acciones de protesta, más retóricas que efectivas. La delegación comarcal de Sindicatos de Sama de Langreo, en Asturias, confeccionó en enero de 1943 una circular remitida a las empresas del sector expresando su rechazo radical a la exclusión de la minería del carbón. Apelando a la Ley de Enfermedades Profesionales republicana, la circular reivindicaba la necesidad de proporcionar cobertura a la silicosis y al nistagmus de los mineros del carbón y señalaba cómo gestionar los casos de afectados en las empresas (Central Nacional Sindicalista- Delegación Comarcal de Sama de Langreo, 1943).

También desde ámbitos médicos se formularon algunas críticas a la legislación sobre silicosis. Los tisiólogos bilbaínos Silvano Izquierdo Laguna y Eusebio García Sanz (1945), con una larga experiencia en el estudio de la silicosis en la cuenca minera de Vizcaya, señalaron el error que suponía la restrictiva cobertura del seguro, al permitir a las empresas de riesgo no incluidas eludir cualquier medida de prevención y vigilancia de la salud. Su frustración resulta comprensible teniendo en cuenta su dedicación al estudio del problema de la silicosis en Vizcaya auspiciado por la propia Confederación Nacional de Sindicatos (CNS). Los primeros resultados del estudio, que comprendía el examen de 3.000 mineros del hierro, fueron publicados en febrero de 1942 (Izquierdo Laguna y García Sainz, 1942). En

su opinión, la tasa media de incidencia de silicosis observada, el 3,23%, subestimaba la real, ya que solo habían sido examinados trabajadores en activo sin considerar trabajadores retirados y obviando que la mayoría de los estudiados (casi el 85%) se empleaban en explotaciones a cielo abierto. La incidencia de silicosis entre los mineros de interior, que representaban solo el 3,4% de los trabajadores examinados, oscilaba entre el 11,1% y el 50%, según el periodo de exposición. Tras la publicación de los resultados provisionales, la CNS de Vizcaya los publicó en el diario *Hierro* de Bilbao como un claro exponente de los «avances de la revolución nacional-sindicalista» y como una decidida contribución al bienestar de los «productores», eufemismo del régimen para designar a los trabajadores. *La Nueva España* también hizo eco de los resultados del estudio y anunció la inminente ampliación del seguro, aunque sin establecer ninguna conexión con la problemática de las cuencas mineras asturianas (*La Nueva España*, 1943; 1943a; 1943b). Como los propios tisiólogos señalaron en 1945, a pesar del despliegue propagandístico, la minería del hierro no fue incluida en el seguro de silicosis (Izquierdo Laguna y García Sainz, 1945).

## **De la negación al halago: la inclusión de la minería del carbón en el seguro de silicosis (1943-1944)**

La minería del carbón, clave para el autoabastecimiento energético del país, corrió mejor suerte que la del hierro. La inclusión en el seguro se adoptó tras llevar a cabo el reconocimiento médico de más del 10% de los mineros asturianos, tarea que el Ministro de Trabajo encomendó a la CNSAT en junio de 1943, apenas seis meses después de la entrada en vigor del seguro de silicosis (*Boletín oficial del Estado* 1943). El estudio fue diseñado en dos fases. Un primer reconocimiento, eminentemente clínico, permitió identificar a los trabajadores afectados por alguna dolencia broncopulmonar. Estos fueron sometidos a un segundo reconocimiento exhaustivo a cargo de especialistas en

medicina del trabajo y enfermedades respiratorias, que incluyó examen radiográfico y análisis clínicos (Archivo INP, 1943).

Los reconocimientos se practicaron a lo largo del segundo semestre de 1943, implicando un considerable despliegue de profesionales médicos y coste económico (Archivo INP, 1943a). Inicialmente fueron examinados 3.233 mineros, casi el 10% del censo total de trabajadores del sector en Asturias. Algo menos de la mitad de los seleccionados, 1.545 obreros, eran barrenistas o perforadores de roca, es decir, los trabajadores potencialmente más expuestos. El resto lo componían 591 picadores (18% del total), 486 entibadores (15%), 332 vagoneros (10%) y 279 trabajadores de exterior (8%). Dentro de cada grupo profesional se seleccionó a los trabajadores según su dedicación al sector: 50% de los obreros con más de 10 años en el oficio, el 30% con dedicaciones entre 5 y 10 años, y el 20% con menos de 5 años de trabajo. Tras los reconocimientos iniciales, se realizaron los exámenes en profundidad de los obreros con evidencias de patología broncopulmonar. Este segundo reconocimiento fue realizado por dos equipos reducidos de facultativos para lograr la aplicación de criterios de valoración homogéneos (Archivo INP, 1944).

Los resultados preliminares del estudio confirmaron la elevada tasa de enfermedad existente entre los mineros asturianos, algo que los dirigentes de la CNSAT daban por descontado. Sin embargo, el alto nivel de incidencia de silicosis registrado entre los picadores (teóricamente un colectivo únicamente expuesto al polvo de carbón) sí que supuso una clara sorpresa. En consecuencia, se acordó someter a reconocimiento de los equipos especializados a una nueva muestra de picadores cercana al millar. En este reconocimiento fueron examinados 1.021 nuevos picadores, la totalidad de ellos con dedicaciones laborales de más de 10 años, con lo que la cifra final de obreros examinados ascendió a 4.254.



En la Tabla 1 se reproducen los resultados de los reconocimientos incluidos en el informe, en el que los picadores presentaban tasas de incidencia de silicosis superiores a los propios barrenistas.

**Tabla 1**

**Incidencia de silicosis en la minería asturiana  
(1943)**

Profesiones	Total trabajadores reconocidos	Total negativos	Afectados de silicosis por grados				Total positivos	
			I	II	III	Silico-tuberculosis		%
Barrenistas	1.545	983	331	164	30	37	562	36,3
Vagoneros	332	315	13	4	0	0	17	5,2
Picadores	1.612	963	417	187	21	24	649	36,8
Entibadores	486	348	91	46	0	1	138	28,3
Otros obreros de interior	176	118	37	18	0	3	58	32,9
Obreros de exterior	103	103	0	0	0	0	0	
<b>Totales</b>	<b>4.254</b>	<b>2.830</b>	<b>889</b>	<b>419</b>	<b>51</b>	<b>65</b>	<b>1.424</b>	

Fuente: Informe de la CNSAT (Archivo INP, 1944).

El director de la CNSAT atribuyó las inesperadas tasas de enfermedad de los picadores a su prolongada dedicación laboral en el segundo reconocimiento. Dado que no se realizaron determinaciones de concentraciones ambientales de polvo en los espacios productivos y que las historias laborales de los obreros estudiados combinaban varios destinos en más de la mitad de los casos, el principal factor explicativo de las tasas de incidencia fue el tiempo de exposición. En la Tabla 2 se muestran las tasas de incidencia según los años de exposición.

**Tabla 2**

**Porcentaje de afectados de silicosis en la minería asturiana según años de exposición (1943)**

Número de años trabajados	Total trabajadores reconocidos		Total negativos	Afectados de silicosis por grados				Total positivos	
		%		I	II	III	Sílico-Tuberculosis		%
0	103	2,4	103	0	0	0	0	0	-
1 a 5 años	711	16,7	708	2	1	0	0	3	0,4
6 a 10 años	354	8,3	335	18	1	0	0	19	5,3
11 a 15 años	470	1,04	414	36	17	0	3	56	11,9
16 a 20 años	606	14,2	432	134	35	0	5	174	28,7
21 a 25 años	622	14,6	318	205	77	12	10	304	48,8

26 a 30 años	685	16,1	290	243	126	8	18	395	57,6
Más de 30 años	703	16,5	230	251	162	31	29	473	67,2
<b>Totales</b>	<b>4.254</b>		<b>2.830</b>	<b>889</b>	<b>419</b>	<b>51</b>	<b>65</b>	<b>1.424</b>	

Fuente: Informe de la CNSAT (Archivo INP, 1944).

La tasa de incidencia de silicosis registrada entre los barrenistas fue del 36,3%, estimándose entre 10 y 11 años el tiempo de exposición medio para la aparición de la silicosis de primer grado entre este colectivo. Tras 30 años de exposición, el 78,3% de los barrenistas padecía la enfermedad. Los resultados obtenidos entre los picadores apenas diferían. Para el total de picadores estudiados, la tasa de incidencia fue del 36,8%. Tras 30 años de desempeño laboral, el 66,6% de los picadores examinados padecían silicosis. En consecuencia, el director de la CNSAT concluyó:

[...] puede ser establecido que la profesión de picadores de carbón es, después de la de barrenista, la más peligrosa desde el punto de vista de la silicosis, dando un porcentaje de afectados muy próximo al de los barrenistas, aunque el tiempo de adquisición de la misma es ligeramente superior (Archivo INP, 1944).

La evidencia sobre la elevada incidencia de neumoconiosis entre los picadores no implicó el cuestionamiento del consenso médico sobre la inocuidad del polvo de carbón. El director de la CNSAT responsabilizó a las características geológicas de las cuencas asturianas de estos sorprendentes resultados. La estrechez de las vetas de carbón y su inclusión entre rocas areniscas y pizarras explicaba, a su juicio, que la labor de los picadores rara vez se llevase a cabo de forma exclusiva sobre carbón puro. Sea como fuere, el informe concluía la existencia de riesgo de silicosis en todos los trabajos de interior y, dada la magnitud del problema, recomendaba sin ambages la inclusión de la minería del carbón en el seguro de silicosis. Así mismo, el informe seña-

laba la escasa atención de las empresas a la reducción de las concentraciones de polvo en las explotaciones. Por último, advertía la conveniencia de crear equipos especializados de radiólogos, neumólogos, analistas e inspectores médicos para llevar a cabo con éxito las labores de diagnóstico, asistencia, investigación y prevención (Archivo INP, 1944).

A pesar de tratarse de un estudio médico de alcance similar a los desarrollados a finales de los años treinta en otros países con importantes cuencas hulleras, el estudio médico de la CNSAT tuvo tres rasgos diferenciales. En primer lugar, los sectores obreros no tuvieron participación alguna en la génesis del estudio frente al papel clave desempeñado por los movimientos sindicales en otros entornos nacionales (McIvor y Johnston, 2007; Derickson, 1998). En segundo lugar, la industria del carbón no ejerció una labor obstruccionista como ocurrió en Bélgica o Francia sino que se abonó al mero cumplimiento formal de la norma (Geerkens, 2009; Devinck y Rosental, 2009). En tercer lugar, las autoridades laborales españolas no se involucraron en el debate que otras administraciones nacionales llevaron a cabo sobre la naturaleza de la enfermedad. Lejos de cuestionar la inocuidad del polvo de carbón, las autoridades laborales continuaron responsabilizando al polvo de sílice de la aparición de la enfermedad y mantuvieron la denominación de silicosis para hacer referencia a la fibrosis pulmonar detectada entre los trabajadores del carbón, incluidos los que tenían una escasa o nula exposición al polvo de sílice. Esta posición se mantuvo inalterada aun después de que se hicieran públicos los informes del *Medical Research Council* británico o de la Oficina de Salud Pública estadounidense que dieron pie al reconocimiento internacional de la neumoconiosis de los mineros del carbón (García Cosío y Pumarino Alonso, 1946).

El informe de la CNSAT surtió efecto de forma inmediata. El 26 de enero de 1944, dos días después de ser remitido al Ministerio, Girón de Velasco firmó la orden por la que las empresas mineras del carbón quedaban incluidas en el seguro

obligatorio contra la silicosis con efecto de primero de enero de ese mismo año. La orden incluía la obligatoriedad de realizar en los próximos tres meses el reconocimiento médico inicial de todos los obreros del sector, facultando al seguro a que designara las clínicas y dispensarios que podían colaborar en esa tarea. Así mismo se habilitaba un periodo de tres meses para que los mineros afectados de silicosis, o sus descendientes, en caso de fallecimiento solicitaran las correspondientes indemnizaciones, acogiéndose al principio de retroactividad del seguro (*Boletín Oficial del Estado*, 1944).

Tanto la inclusión de la minería del carbón en el seguro como la propia realización del estudio médico recibieron una amplia cobertura en la prensa asturiana. Durante el segundo semestre de 1943 y en los días previos a la extensión del seguro a la minería del carbón en enero de 1944, *La Nueva España* dedicó 16 noticias al tema de la silicosis. Además de señalar la trascendencia de estas medidas en clave local asturiana, las noticias abundaron en su consideración de exponentes de los desvelos sociales del régimen y del Ministro de Trabajo, en particular (*La Nueva España*, 1943c; 1943d; 1943f; 1943g). Otras noticias parecían encaminadas a minimizar las reticencias empresariales a la extensión del seguro, destacando las futuras ventajas para los sectores industriales incluidos (*La Nueva España*, 1943e).

La labor propagandística y divulgadora entre la población obrera y los empresarios mineros se completó con la llamada «Semana de la Silicosis», un ciclo de conferencias a cargo de expertos de la CNSAT organizadas por el Ministerio de Trabajo que se desarrolló en septiembre de 1943 en diversas localidades de las cuencas mineras asturianas. Las conferencias se completaron con la proyección del cortometraje divulgativo *Silicosis*, producido por la Delegación Nacional de Sanidad y rodado en las minas de plomo de Linares. La cobertura de la prensa destacó la atención prestada a la prevención médica y técnica de la silicosis, que posibilitaría su conversión en enfermedad evitable, y a las medidas de política social destinadas a «defender y

amparar» a los afectados (*La Nueva España*, 1943h; 1943i; 1943j; 1943k).

Además de publicitar las bondades de su política social, el aparato propagandístico se aplicó a fondo para mostrar la afectación de los trabajadores a la «España de Franco». La adhesión «inquebrantable» al Jefe del Estado por parte de los mineros asturianos, un colectivo laboral tremendamente combativo, y las «muestras de gratitud» por la «creciente protección a la clase trabajadora» —con mención expresa al seguro de silicosis— llegaron a las portadas de la prensa en noviembre y diciembre de 1943 (*La Nueva España*, 1943l; 1943m). La prensa justificó la exclusión inicial de la minería del carbón por la urgencia del problema en la minería del plomo y la falta de evidencias científicas en las cuencas hulleras. Así mismo, destacó la «revolucionaria» aplicación del principio de retroactividad, que permitía compensar a trabajadores ya retirados en el momento de promulgación de la orden del ministerio, extendiendo la acción tutelar de un «Estado amparador y previsor» (*La Nueva España*, 1944; 1944a).

La escenificación pública de la adhesión de los mineros asturianos a la política social del Ministerio de Trabajo alcanzó su apoteosis a mediados de junio de 1944, cuando Girón de Velasco realizó una multitudinaria visita a las cuencas asturianas, cuyo acto central se celebró en Mieres. Apenas tres semanas antes, Girón se había dado otro baño de multitud en Linares, donde se le impuso la medalla de oro de la minería ante, según la prensa, más de 10.000 mineros. La visita incluyó una breve estancia en el dispensario de silicosis, creado en 1935, y un reconocimiento de la zona donde se levantaría el futuro hospital de silicóticos, cuya fundación había sido anunciada durante una visita de Franco a ese distrito minero en mayo de 1943 (*La Nueva España*, 1944b). La concentración de Mieres recibió generosa cobertura en la prensa escrita, en la que se destacó la «grandiosidad» del acto, con una insólita asistencia calculada en «más de 70.000 almas», solo explicable como «prueba del agra-

decimiento hacia el Gobierno por sus leyes sociales que tanto beneficio reportan a las clases productoras». El ministro señaló la «disciplinada» recepción que había tenido en las cuencas asturianas la autorización circunstancial del trabajo dominical en 1940, medida justificada por motivos de urgencia nacional. La concentración escenificaba, pues, la supuesta aprobación obrera a esta medida (*La Vanguardia Española*, 1944). Mayor impacto mediático tuvo el tratamiento de la concentración en el Noticiero Cinematográfico Español, NO-DO, la única fuente de información audiovisual en la época (Medina Doménech y Menéndez Navarro, 2005). El reportaje se recreó en la impactante tribuna del orador, rodeada de banderas españolas y con un retrato de Franco de grandes dimensiones, y en la magnitud del acto y la participación entusiasta de «setenta mil productores» (*Asturias*, 1944).

El despliegue propagandístico del régimen no se acompañó de una puesta en marcha del seguro satisfactoria para los trabajadores. Ciertamente, una vez aprobada la inclusión del sector, las industrias del carbón optaron por un cumplimiento «formal» de la norma. En 1944 se afiliaron 517 empresas, proporcionando cobertura a 72.395 mineros, casi la totalidad del sector. La afiliación creció de forma paralela al contingente laboral empleado. En 1951, la afiliación ascendía a 690 empresas y 88.767 mineros. La ausencia de resistencia patronal podría explicarse por los cambios introducidos en la gestión del seguro en diciembre de 1944, que posibilitaron una reducción de la carga económica para las empresas. Las cuotas empresariales fueron además compensadas mediante la imposición de recargos en el precio del carbón para el mercado interior (Archivo INP, 1951).

Otra cosa bien distinta fue el nivel de aplicación del seguro. Los reconocimientos médicos se desarrollaron con mucha lentitud y con disparidad entre las distintas cuencas y los diferentes sectores que formaban la rama del carbón. Hasta finales de abril de 1945, más de un año después de la inclusión en el seguro, solo habían sido reconocidos uno de cada ocho obreros afiliados

en los sectores mayoritarios de la hulla y la antracita. Además, el porcentaje de casos de silicosis diagnosticados en estos reconocimientos, el 3,03%, fue muy inferior al detectado en el estudio de la CNSAT en Asturias. Aunque el motivo aducido oficialmente para los retrasos eran las dificultades para la obtención de placas radiográficas, estos también fueron expresión de la resistencia de las empresas a desprenderse de trabajadores cualificados en una coyuntura tan favorable para los intereses empresariales como esa, amén de intentar minimizar los casos que recibían indemnización (Archivo INP, 1945). La aplicación del «revolucionario» principio de retroactividad solo permitió 128 solicitudes, una ínfima proporción de los potenciales solicitantes (García Piñeiro, 1990).

El número de casos de silicosis reconocidos también reflejó una aplicación muy restrictiva del seguro. En el quinquenio 1946-1950, solo 3.750 mineros del carbón obtuvieron compensaciones por silicosis, lo que representa el 4,6% de los afiliados (Archivo INP, 1951). Se trata de un porcentaje sensiblemente inferior a las tasas de enfermedad detectadas en la minería asturiana por el estudio de la CNSAT. El malestar de los mineros del carbón asturianos comenzó a vehicularse a través de las instituciones franquistas, particularmente mediante la presentación de demandas por incumplimientos de la legislación laboral ante las Magistraturas Provinciales de Trabajo, creadas al amparo del Fuero del Trabajo (1938). Entre 1945 y 1949, el número de demandas presentadas por casos de enfermedad profesional y accidente en las magistraturas asturianas ascendió a 1.216, una tendencia que no haría sino consolidarse a lo largo de la década de los cincuenta (Benito del Pozo, 1993).

## **A modo de conclusión**

El estudio del reconocimiento en España de la neumociosis/silicosis de los mineros del carbón como enfermedad indemnizable aporta una singular interacción entre las dinámicas transnacionales y locales. El inicio de la preocupación por los



riesgos de las neumoconiosis emergió con fuerza en la Segunda República, ligado tanto al consenso promovido por las agencias internacionales sobre esta patología como al deseo local por homologar internacionalmente la legislación española. De igual forma, la concepción con amplio respaldo internacional sobre el carácter inocuo del polvo de carbón gozó de un seguimiento mayoritario entre los profesionales médicos españoles, incluidos los que desempeñaban su labor en centros asistenciales o compañías de las cuencas mineras. Solo la apertura de un proceso de debate sobre la reparación de las enfermedades profesionales en España permitió que emergiera el cuestionamiento obrero a esta visión dominante. El traslado de las demandas obreras al ordenamiento jurídico durante el breve gobierno del Frente Popular, permitió a España incorporar de forma novedosa la antracosis como patología indemnizable en la Ley de Enfermedades Profesionales de 1936, una norma que fue más allá de las exigencias contempladas por la OIT en su revisión de 1934 del convenio sobre reparación de enfermedades profesionales.

La pretendida ruptura del régimen surgido tras la Guerra Civil con las políticas republicanas no se reflejó en el ámbito de las enfermedades profesionales. A pesar del abandono español de la OIT, la atención a las neumoconiosis en la primera legislación franquista de marzo de 1941 estuvo marcada por la continuidad. La conversión de los seguros sociales en un instrumento clave de la acción política de la mano del ministro Girón de Velasco provocó un giro en el abordaje de las neumoconiosis. La creación del seguro de silicosis en septiembre de 1941 se inspiró en las tesis más restrictivas defendidas por el órgano encargado de gestionar los seguros sociales y en las resistencias patronales, reduciendo sensiblemente el alcance del seguro. Además de cercenar todo aliento preventivo, el seguro se limitó en la compensación de los afectados de silicosis en un número reducido de sectores productivos. Algunas voces médicas y los denominados sindicatos verticales formularon críticas por la exclusión de sectores tan numerosos en mano de obra y elevado nivel de afectados (como la minería del hierro y la

del carbón). Las urgencias por garantizar el autoabastecimiento energético y la concesión de ventajas económicas al sector que paliaran los costes del seguro facilitaron la extensión del seguro a la minería del carbón en 1944. Su implementación fue muy deficiente, lo que no fue óbice para que el régimen hiciese un uso propagandístico de la medida destinado a granjearse la adhesión de los mineros del carbón. De esta forma, los factores locales determinaron una elaboración *sui generis* no muy distinta a los nuevos consensos que comenzaban a alcanzarse a mediados de la década de los cuarenta en el escenario transnacional.

## Referencias

- 1932, «Convenio relativo a la reparación de las enfermedades profesionales», *Gaceta de Madrid*, Madrid, 4 de noviembre, pp. 795-796.
- 1935, «Decreto para que se presente a Cortes un proyecto de ley ratificando el Convenio relativo a la reparación de las enfermedades profesionales adoptado en la Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en Ginebra el año 1934», *Gaceta de Madrid*, Madrid, 14 de noviembre, pp. 1252-1254.
- 1936, «Decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión de presentación a las Cortes del proyecto de Ley sobre indemnización de enfermedades profesionales», *Gaceta de Madrid*, Madrid, 4 de junio, pp. 2020-2021.
- 1936, «Ley de Enfermedades Profesionales», *Gaceta de Madrid*, Madrid, 15 de julio, pp. 515-517.
- 1938, «Fuero del Trabajo». *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 10 de marzo, pp. 6178-6181.
- 1940a, *Proyecto de extensión del Seguro de Accidentes del Trabajo a las enfermedades profesionales de Neumoconiosis y Silicosis, 19 de octubre*. Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión, INGESA. Entrada AG nº 23/1976.4.21. C3/23/B1. Carpeta 46, Subcarpetilla 1, documento 5.
- 1940, *Propuesta a la Comisión Permanente del informe redactado por la Ponencia sobre el proyecto de reglamentación de las enfermedades profesionales, 21 de noviembre*. Madrid: Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión, INGESA. Entrada AG nº 23/1976.4.21. C3/23/B1. Carpeta 46, Subcarpetilla 1, documento 9.
- 1941, «Normas para la prevención e indemnización de silicosis como enfermedad profesional», *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 18 de marzo, pp. 1973-1875.
- 1941, «Prevención e indemnización por la enfermedad de la silicosis», *La*

- Nueva España*, Oviedo, 19 de marzo, p. 4
- 1942, «Seguro de Silicosis», *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 7 de enero, pp. 112-114.
- 1942, «Personalmente, ha hecho entrega Su Excelencia el Jefe del Estado de los Premios a la Natalidad y otros subsidios sociales», *La Nueva España*, Oviedo, 28 de marzo, p. 1.
- 1942a, «Obra de la Falange», *La Nueva España*, Oviedo, 18 de septiembre, p. 12.
- 1942b, «La silicosis, enfermedad producida por la sílice que aspira el obrero en su trabajo», *La Nueva España*, Oviedo, 22 de septiembre, p. 4.
- 1942, «Reglamento del Seguro de Silicosis», *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 20 de noviembre, pp. 9404-9407.
- 1943, «¿El seguro especial de silicosis a los mineros de hierro?», *La Nueva España*, Oviedo, 5 de marzo, p. 4.
- 1943a, «La lucha social contra la silicosis», *La Nueva España*, Oviedo, 16 de marzo, p. 6.
- 1943b, «El Seguro de Silicosis y los mineros de hierro», *La Nueva España*, Oviedo, 17 de marzo, p. 6.
- 1943, «Orden por la que se dispone el reconocimiento de obreros de la cuenca minera de Asturias para determinar la procedencia de inclusión de las empresas en el régimen obligatorio del seguro de silicosis», *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 24 de junio, p. 6130.
- 1943, *Propuesta a la Comisión Permanente sobre habilitación de un crédito para gastos de reconocimiento de presuntos silicóticos en las minas de carbón de Asturias, 7 de julio*. Madrid: Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión, INGESA. Entrada AG nº 23/1976.4.21.C3/23/B1. Carpeta 46, Subcarpetilla 5, documento 3.
- 1943c, «La inclusión de la industria carbonera en el seguro de la silicosis», *La Nueva España*, Oviedo, 9 de julio, p. 3.
- 1943d, «La silicosis en el concepto de accidente de trabajo», *La Nueva España*, Oviedo, 15 de agosto, p. 5.
- 1943e, «El valor del seguro de silicosis en la producción», *La Nueva España*, Oviedo, 21 de agosto, p. 3.
- 1943f, «La silicosis, enfermedad profesional», *La Nueva España*, Oviedo, 7 de septiembre, p. 8.
- 1943g, «La silicosis, enfermedad profesional», *La Nueva España*, Oviedo, 8 de septiembre, p. 8.
- 1943h, «El problema de la silicosis. Una semana de conferencias divulgadoras», *La Nueva España*, Oviedo, 12 de septiembre, p. 5.

- 1943i, «La semana de la silicosis», *La Nueva España*, Oviedo, 15 de septiembre, p. 2.
- 1943j, «La semana de la silicosis», *La Nueva España*, Oviedo, 16 de septiembre, p. 4.
- 1943k, «La semana de la silicosis», *La Nueva España*, Oviedo, 18 de septiembre, p. 4.
- 1943l, «Los mineros de Asturias expresan su gratitud al Jefe del Estado y al Ministro de Trabajo a través de la Delegación de Sindicatos», *La Nueva España*, Oviedo, 16 de noviembre, p. 1.
- 1943m, «Una comisión de mineros asturianos expresa, en nombre de todos los de Asturias, su gratitud al Caudillo», *La Nueva España*, Oviedo, 14 de diciembre, p. 1.
- 1943a, *Memoria y balance técnico general, año 1943*. Madrid: Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión (mecanografiado), CNSAT.
- 1944, «Orden por la que se dispone que las empresas mineras de carbón deberán asegurar obligatoriamente a sus obreros contra el riesgo de silicosis», *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 2 de febrero, pp. 938-940.
- 1944, «El alto sentido humano de la legislación nacionalsindicalista. El Seguro de silicosis», *La Nueva España*, Oviedo, 8 de febrero, p. 6.
- 1944a, «Seguro del riesgo de silicosis», *La Nueva España*, Oviedo, 10 de febrero, p. 7.
- 1944b, «Más de diez mil mineros se concentran en Linares para ofrendar al ministro de Trabajo la Medalla de Oro de la Minería», *La Nueva España*, Oviedo, 16 de mayo, p. 1.
- 1944, «El ministro de Trabajo, en Asturias. Ayer presidió una magna concentración de mineros», *La Vanguardia Española*, Barcelona, 20 de junio, p. 5.
- 1943, *Propuesta a la Comisión Permanente sobre habilitación de un crédito para gastos de reconocimiento de presuntos silicóticos en las minas de carbón de Asturias, 7 de julio*. Madrid: Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión, INGESA. Entrada AG nº 23/1976.4.21.C3/23/B1. Carpeta 46, Subcarpetilla 5, documento 3.
- 1943a, *Memoria y balance técnico general, año 1943*. Madrid: Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión (mecanografiado), CNSAT.
- 1944, *Informe de la CNSAT al Director General de Previsión sobre la «Silicosis» en las minas de carbón de Asturias, 24 de enero*. Madrid: Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión, INGESA. Entrada AG nº 23/1976.4.21.C3/23/B1. Carpeta 46, Subcarpetilla 5, documento 6.
- 1945, *Informe a la Junta Administrativa del Seguro de Silicosis, 24 de abril*. Madrid: Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión, INGESA. Entrada AG nº 23/1976.4.21.C3/23/B1. Carpeta 46, Subcarpetilla 3,

documento 7 bis.

- 1951, *Informe de la Dirección Técnica del INP sobre el Seguro de Enfermedades Profesionales, 4 de septiembre*. Madrid: Archivo Histórico del Instituto Nacional de Previsión, INGESA. Entrada AG nº 23/1976.4.21.C3/23/B1. Carpeta 46/1, Subcarpetilla 8, documento 7.
- Álvarez Buylla, Plácido y Pumarino Alonso, Joaquín. (1933). Sobre pneumoconiosis en los mineros de carbón. *Progresos de la Clínica*, 41, 706-716.
- Andrés Bueno, Vicente de. (1935). La silicosis de los mineros de carbón en España. *Revista Clínica Castellana*, 2, 1-12.
- Asturias (1944). NO-DO, 79-B.
- Benito del Pozo, Carmen. (1993). *La clase obrera asturiana durante el franquismo. Empleo, condiciones de trabajo y conflicto (1940-1975)*. Madrid: Siglo XXI.
- Buften, Mark W. y Melling, Joseph. (2005). A Mere Matter of Rock: Organised Labour, Scientific Evidence and British Government Schemes for Compensation of Silicosis and Pneumoconiosis among Coalminers, 1926-1940. *Medical History*, 49, 155-178.
- Cayet, Thomas, Rosental, Paul André y Thébaud Sorger, Marie. (2009). How International Organisations Compete: Occupational Safety and Health at the ILO, a Diplomacy of Expertise. *Journal of Modern European History*, 7, 174-196.
- Central Nacional Sindicalista-Delegación Comarcal de Sama de Langreo. (1943). Circular del 29 de enero. Archivo Histórico Hunosa: SMDF 7.2.0.16 C/746.1.
- Congreso de los Diputados. (1936). *Diario de las Sesiones de Cortes*. Sesión del 19 de junio, nº 48, p. 1529. Madrid.
- Consejo de Trabajo. (1934). *Antecedentes relativos a la reparación de las enfermedades profesionales recogidos con motivo de la ratificación por España del Convenio internacional de Ginebra de junio de 1925 y Proyecto de Bases para la correspondiente Ley*. Madrid: Imprenta de los sobrinos de la sucesora de M. Minuesa de los Ríos.
- Dantín Gallego, Juan. (1936). Silicosis. *Boletín del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión*, 21 de marzo, pp. 479-485.
- Derickson, Alan. (1998). *Black Lung: Anatomy of a Public Health Disease*. Ithaca: Cornell University Press.
- Devinck, Jean Claude y Rosental, Paul André. (2009). Une maladie sociale avec des aspects médicaux: la difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XXe siècle. *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 56, 99-126.
- Gallo Vélez, Óscar y Márquez Valderrama, Jorge. (2011). Silicosis or miner's consumption in Colombia, 1910-1960. *Salud Colectiva*, 7, 35-51.

- García Cosío, José y Pumarino Alonso, Joaquín. (1946). *Silicosis*. Barcelona: Ed. Científico Médica.
- García Fernández, Carlos. (2005). *El archivo de HUNOSA y la construcción de la seguridad en la minería del carbón asturiana*. Oviedo: HUNOSA.
- García Piñeiro, Ramón. (1990). *Los mineros asturianos bajo el franquismo (1937-1962)*. Madrid: Fundación 1º de Mayo.
- García Triviño, Felipe. (1931). Les maladies respiratoires causées par l'inhalation de poussière. En: *Sixième Congrès International des Accidents et des Maladies du Travail, Genève, Septembre, 1931* (pp. 544-547). Genève: Imp. du journal de Genève.
- García Triviño, Felipe. (1933). Los problemas clínicos y médico-legales en la silicosis pulmonar. *La Medicina Ibero*, 27, 73-76
- García Triviño, Felipe. (1934). Factores que intervienen en la producción de la silicosis pulmonar. *La Medicina Ibero*, 28, 577-579.
- Geerkens, Eric. (2009). Quand la silicose n'était pas une maladie professionnelle: Genèse de la réparation des pathologies respiratoires des mineurs en Belgique (1927-1940). *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 56, 127-141.
- Hernández Ortiz, Francisco. (2005). *Rodalquilar: Historia económica*. Almería: GBG Editora.
- Izquierdo Laguna, Silvano y García Sainz, Eusebio. (1942). La silicosis entre los mineros de Vizcaya. *Revista Española de Tuberculosis*, 11, 71-87
- Izquierdo Laguna, Silvano y García Sainz, Eusebio. (1945). *Silicosis*. Bilbao: Imprenta Editorial Moderna.
- Jalon Lassere, Roger. (1941). Nuestra experiencia sobre la silicosis y silicotuberculosis en los mineros de carbón. *Revista Española de Tuberculosis*, 10, 379-421.
- Lartitegui Arenaza, Jesús. (1933). *Pneumoconiosis silicóticas*. Bilbao: Imprenta Docmao.
- Lartitegui Arenaza, Jesús. (1934). *Pneumoconiosis-silicóticas*. Tesis de Doctorado en Medicina. Madrid: Universidad Central. (Inédito).
- Leal y Leal, José. (1943). El problema de la silicosis en la zona minera de Linares y La Carolina. *Medicina (Madrid)*, 11, 375-383.
- Mackova, Emanuela y Rosental, Paul André. (2009). Les démocraties populaires d'Europe de l'Est ont-elles protégé la santé de leurs travailleurs? La Tchécoslovaquie socialiste face à la silicose. *Journal of Modern European History*, 7, 240-264.
- Martínez Pérez, José. (1992). La salud laboral en la II República: la actitud de los médicos ante la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria. En: Rafael Huertas y Ricardo Campos. (Eds.), *Medicina social y clase*

- obrera en España (siglos XIX y XX)* (pp. 349-369). Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas.
- McCulloch, Jock. (2012). *South Africa's Gold Mines and the Politics of Silicosis*. Rochester: James Currey.
- McIvor, Arthur, y Johnston, Ronald. (2007). *Miners' Lung: A History of Dust Disease in British Coal Mining*. Aldershot: Ashgate.
- Medina Doménech, Rosa María y Menéndez Navarro, Alfredo. (2005). Cinematic representations of medical technologies in the Spanish official newsreel, 1943-1970. *Public Understanding of Science*, 14, 393-408.
- Melling, Joseph. (2010). Beyond a shadow of a doubt? Experts, lay knowledge, and the role of radiography in the diagnosis of silicosis in Britain, c. 1919-1945. *Bulletin of the History of Medicine*, 84, 424-466.
- Menéndez Navarro, Alfredo. (2008). The politics of silicosis in interwar Spain: Republican and Francoist approaches to occupational health. *Dynamis*, 28, 77-102.
- Menéndez Navarro, Alfredo. (2014). *Du déni à la flatterie: La reconnaissance de la pneumoconiose du houilleur comme maladie professionnelle en Espagne (1930-1944)*. En: Rainhorn, Judith (Dir.). *Santé et travail à la mine, XIXe-XXIe siècles*. Lille: Presses universitaires du Septentrion.
- Molero Mesa, Jorge. (2001). Health and Public policy in Spain during the early Francoist regime (1936-1951): the Tuberculosis problema. En: Ilana Lowy, Ilana y Krige, John (Eds.). *Images of Disease. Science, Public policy and health in Post-war Europe* (pp. 141-165). Luxembourg: Office for Official Publications of European Commission.
- Molinero, Carme. (2006). El reclamo de la «justicia social» en las políticas de consenso del régimen franquista. *Historia Social*, 56, 93-110.
- Morayta Serrano, Francisco. (1936). *Estudio sanitario de las minas de carbón en España*. Madrid: Gráfica Universal.
- Oller Martínez, Antonio. (1934). Antracosis. *Medicina del Trabajo* (pp. 235-237). Madrid: Morata.
- Pons-Pons, Jerònia y Vilar Rodríguez, Margarita. (2012). Labour Repression and Social Justice in Franco's Spain: The Political Objectives of Compulsory Sickness Insurance (1942-1957). *Labor History*, 53, 245-267.
- Rainhorn, Judith. (Dir.). (2014). *Santé et travail à la mine, XIXe-XXIe siècles*. Lille: Presses universitaires du Septentrion.
- Ramallal Rumbo, Luis. (1940). La silicosis en las minas de oro de Rodalquilar. Tesis de Doctorado en Medicina. Madrid: Universidad Central. (Inédito).
- Rodríguez Ocaña, Esteban y Menéndez Navarro, Alfredo. (2003). From 'Accident Medicine' to 'Factory Medicine': Spanish Occupational

- Medicine in the Twentieth Century. En: Grieco, Antonio, Fano, Daniela, Carter, Tim, y Lavicoli, Sergio (Eds.). *Origins of Occupational Health Associations in the World* (pp. 207-216). Amsterdam: Elsevier Science B.V.
- Rodríguez Ocaña, Esteban y Menéndez Navarro, Alfredo. (2006). Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936). *Asclepio*, 58, 219-248.
- Rosental, P. A. (2008). La silicose comme maladie professionnelle transnationale. *Revue française des affaires sociales*, nº 2-3, 255-277.
- Rosental, Paul André, y Devinck, Jean Claude. (2007). Statistique et mort industrielle. La fabrication du nombre de victimes de la silicose dans les houillères en France de 1946 à nos jours. *Vingtième siècle*, 95, 75-91.
- Rosner, David y Markowitz, Gerald. (1991). *Deadly Dust: Silicosis and the Politics of Occupational Disease in Twentieth-Century America*. Princeton: Princeton University Press.
- Sevillano Calero, Francisco. (1988). *Propaganda y medios de comunicación en el Franquismo (1936-1951)*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- Thomann, Bernard. (2009). L'hygiène nationale, la société civile et la reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle au Japon (1868-1960). *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 56, 142-176.
- Vergara, Ángela. (2005). The Recognition of Silicosis: Labor Unions and Physicians in the Chilean Copper Industry, 1930s-1960s. *Bulletin for the History of Medicine*, 79, 723-748.



# LA LEGISLACIÓN SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO

## Un parteaguas en las relaciones laborales en Argentina (1915-1955)

*Karina Inés Ramacciotti<sup>1</sup>*

### **Introducción**

En Argentina, las discusiones acerca de las relaciones laborales surgieron entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX y atravesaron las diversas perspectivas ideológicas y profesionales. La agenda política social estuvo influenciada por las transformaciones sociales vinculadas al crecimiento urbano, la inmigración, el aumento del trabajo industrial y, especialmente, al desarrollo del movimiento obrero. A partir de los primeros años

---

1 Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Actualmente se desempeña como investigadora Independiente del CONICET en el Instituto Interdisciplinario de Estudios Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA y como profesora de Historia Social en la Universidad Nacional de Quilmes. Es autora de *La política sanitaria del peronismo* y, junto a Carolina Biernat, *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno infantil argentina (1900-1960)*. Ha compilado *Generando el peronismo. Estudios de cultura, política y género*; *La Fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión*; *Políticas sociales: entre demandas y resistencias*; *Historia de la Salud y la Enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales y Salud Pública y la Enfermería en la Argentina*. Ha publicado artículos de su especialidad en revistas nacionales e internacionales.

del siglo XX se sancionaron distintas leyes que buscaron mejorar la protección de los trabajadores —como la ley de descanso dominical sancionada en 1905, o la ley de trabajo de mujeres y menores, en 1907—. Por otra parte, en 1904, se presentó el primer proyecto para la sanción de un Código de Trabajo. Sin embargo, fue en 1915, con la sanción de la ley de Accidentes y Enfermedades del Trabajo (ley 9688), que la mirada del contrato de trabajo como un tipo de relación jurídica con características particulares comenzó a instalarse y constituyó un quiebre en la historia de la legislación laboral.

Con la sanción de la ley de Accidentes y Enfermedades del Trabajo, que implicó un cambio importante en la doctrina jurídica, se intentó mitigar los efectos que ocasionaban las lesiones en los ámbitos laborales. Antes de la aprobación de este marco normativo, el principio legal que regía las relaciones entre patrones y obreros era la denominada «culpa patronal», amparada por el Código Civil (1869).

La aplicación de esta norma había reparado escasos accidentes laborales, apenas el 25% del total de casos denunciados, ya que —como sostuvo el diputado radical por la provincia de Buenos Aires y expresidente de la Unión Industrial, Alfredo Demarchi— el obrero tenía que ir «de Herodes a Pilato» para probar la culpa del patrón. Con esta expresión se refería al largo recorrido que debía hacer hasta la reparación del accidente, trámite difícil y oneroso debido a los gastos que el demandante debía enfrentar mientras, además, se hacía cargo de su asistencia médica, rehabilitación y medicación (Congreso Nacional, 1915: 565).

Los recurrentes accidentes laborales pusieron de manifiesto la necesidad de reformar la legislación vigente. Asimismo, los cambios tecnológicos en los espacios fabriles, sin la necesaria capacitación obrera ni las normas de seguridad y prevención, incrementaron las posibilidades de sufrir lesiones y contraer enfermedades (Recalde 1997; Armus, 2007). El articulado de la ley aludía a los accidentes y enfermedades profesionales que afectaban a los trabajadores industriales y, hasta los años 1930, la

discusión en torno a ciertos accidentes particulares que se producían en los comercios y espacios rurales estuvieron ausentes del debate político, lo cual dejó al margen de la protección social a una gran cantidad de trabajadores (Pérez, 2015; Queirolo, 2016).

La sanción de esta ley ratificó de forma definitiva la noción de riesgo profesional vigente en Europa y en las legislaciones de otros países de América. Esto implicaba que el patrón debía demostrar legalmente que el accidente había sido causado por la negligencia o por el riesgo inherente a ciertas actividades. Así, a partir de la sanción de la ley de Accidentes y Enfermedades del Trabajo, poco importaba que el patrón fuera o no culpable, lo que interesaba era que existiera un riesgo y, en virtud de este, el empleador debía remediar la situación, ya que era responsable de los accidentes de trabajo, o probar la negligencia grave o la culpa del obrero si no deseaba resarcirlo.

Con la ley 9688, la culpa del patrón dejó de actuar como fundamento del derecho para pasar a la reparación en caso de accidente o enfermedad producidos por el riesgo propio del hecho de trabajar. Ahora, la sola relación de causa y efecto entre el accidente y el ejercicio del trabajo se constituía en prueba y ponía al patrón en la obligación de impulsar los mecanismos para su atención médica, tratamiento, cura o rehabilitación. También se estipuló que era el Estado, por medio de sus agencias, el que tenía la obligación de tutelar las relaciones laborales. Asimismo, la puesta en práctica de esta ley fue un desafío para el Código Civil ya que puso a prueba sus posibilidades de responder a las problemáticas devenidas de las relaciones laborales y abrió las puertas para un debate sobre la posibilidad de constituir un nuevo fuero específico para resolver los conflictos emergentes en los ámbitos laborales. Los Tribunales de Trabajo se constituyeron a mediados de la década de 1940 y, tal cual sostiene Andrés Stagnaro (2016) su creación estuvo en diálogo con los debates impulsados por la ley de accidentes de trabajo.

Nuestro aporte al tema será analizar los proyectos previos a la sanción de la ley de accidentes del trabajo, el debate parlamentario y los cambios ocurridos luego de su aprobación a partir de la puesta en práctica de dicho armazón legislativo hasta la mitad del siglo XX. Los debates parlamentarios cristalizan algunas de las representaciones que una sociedad tiene acerca de un fenómeno puntual. Además, constituyen documentos privilegiados para recuperar posturas entre diversos sectores políticos enfrentados y permiten reconstruir posibles destinatarios implícitos de las políticas sociales. En los proyectos presentados en el ámbito de la Cámara de Diputados se aportaron, además, insumos estadísticos nacionales e internacionales que fueron de utilidad tanto para la discusión parlamentaria. Para complementar estos aportes revisaremos también otro tipo de documentos: revistas especializadas, prensa periódica y documentos de la agencia laboral y sanitaria.

Asimismo, la revisión de este tema permitirá elucidar la manera como los accidentes laborales y las enfermedades profesionales fueron ganando terreno en la discusión política de la época referida, en virtud de lo cual se fue constituyendo también la manera de pensar lo social. Estudiar los procesos históricos que impulsaron la conformación de la legislación social, en este caso de la vinculada a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, implica indagar también sobre la constitución de espacios de saberes específicos y profesionales vinculados al estudio de los problemas frente a los cuales esa legislación intentó dar alguna respuesta.

## **Antecedentes de proyectos legislativos**

Desde principios del siglo XX diferentes voces políticas y médicas advirtieron la necesidad de estimular una ley que protegiera a los trabajadores de los accidentes que se produjeran en los espacios fabriles. Al decir de Pierre Rosanvallon (1995: 21): «la evolución económica industrial hacía progresivamente

manifiestos los límites de un sistema de regulación social solo regido por los principios de la responsabilidad individual y el contrato».

Por lo tanto, la sanción de la primera ley de Accidentes y Enfermedades del Trabajo puede ser vista como la concreción de un conjunto de proyectos que la precedieron y de ideas que trascendían las fronteras nacionales (Ramacciotti, 2015). En 1902 los diputados Belisario Roldán, de la Unión Cívica Nacional, y Marco M. Avellaneda presentaron el primer proyecto, que constituyó un antecedente legislativo clave ya que se plantearon temas como la noción de accidente, la responsabilidad patronal, la importancia de estipular indemnizaciones y la reglamentación de los seguros en beneficio de los trabajadores. En la decena de posteriores proyectos que se propusieron siempre se volvió a este antecedente, que no logró contar con la discusión parlamentaria. En su argumentación, Roldán se refirió a la legislación bismarckiana y retomó su idea sobre la importancia de dar cauce a esta legislación «para evitar protestas posibles por medio de leyes previsoras» (Congreso Nacional, 1902:145). Defendía la necesidad de sancionar una ley de accidentes de trabajo para paliar el potencial carácter peligroso que esta cuestión podía asumir en la Argentina, donde la mayor parte de los obreros eran extranjeros, lo cual se convertía en un escollo para integrarlos a la institucionalidad. El proyecto presentado por Adrián Escobar, diputado por la Provincia de Buenos Aires por la Unión Nacional en 1910, reforzó nuevamente esta idea:

no debemos olvidar que la República Argentina es un país de inmigración y que en Europa se dictan leyes para países que tienen su idiosincrasia propia, que tienen tipos sociales definidos [...] pero aquí en la República Argentina no debemos de legislar solo para los nativos sino para todas las razas, para la humanidad, para todos los hombres del mundo que vienen a este laboratorio de vida, de donde surge el tipo étnico, característico, que denuncia la pujanza, el valor, la inteligencia y la grandeza de nuestra raza (Congreso Nacional, 1910: 80, 145).

Entonces, el interés por esta legislación tenía un basamento doble: medio para dar respuesta a la cuestión social y forma de construir la identidad nacional, la cual se consideraba en peligro por el componente extranjero de los trabajadores.

En cuanto a dicho componente, Roldán y Avellaneda sostenían la necesidad de ajustar la legislación nacional a las profundas transformaciones que el país había sufrido en los últimos años, con el vertiginoso incremento de la masa de población obrera, alimentada por un intenso flujo migratorio. Al describir a los trabajadores accidentados los calificaba como «inválidos del trabajo» cuya situación económica les impedía iniciar una acción judicial; por lo tanto, se hacía perentorio impulsar la responsabilidad patronal para mitigar su estado de miseria. Para justificar la necesidad de implementar dicha ley, se reforzaba la idea de prevención social. La legislación sería un freno al «germen de la protesta» y evitaría que los obreros y sus familias cayeran en las «filas libertarias». Por este motivo, el Estado debía intervenir ya que «nada exacerba tanto la protesta de abajo como la inacción de arriba». Las reformas destinadas a mejorar las condiciones de vida de la población trabajadora servirían para prevenir conflictos sociales y para que los trabajadores «sintieran siempre el beneficio inestimable de su acción y previsión» (Congreso Nacional, 1902: 145).

En 1904, el poder ejecutivo presentó al Congreso un proyecto de Código Nacional del Trabajo, impulsado por Joaquín V. González, que tuvo el propósito de eliminar las agitaciones cada vez más crecientes del movimiento obrero. Dentro de esta obra, compuesta de 14 títulos y 466 artículos, se incluyó la necesidad de regular los casos de accidentes de trabajo ya que se reconocía que ni el Código Civil ni el Comercial se adaptaban adecuadamente a las necesidades de protección de los trabajadores. A diferencia del proyecto de B. Roldán y M. Avellaneda, la indemnización se hacía extensiva no solo a los operarios sino también a los jornaleros, peones y empleados de una industria, e incluía a trabajadores del sector primario o terciario que tra-

bajasen con fuerza inanimada. En este sentido, impulsaba la inclusión de una mayor cantidad de trabajadores al amparo de la legislación. Según Mirta Lobato y J. Suriano (2014: 18), el proyecto de ley impulsado por González se vio frustrado por dos motivos: por un lado, la falta de interés de la mayoría de los legisladores de ambas cámaras del Congreso Nacional, que ni siquiera llegaron a tratarlo y debatirlo; por otro lado, se produjo una fuerte oposición de algunas entidades que agrupaban a los trabajadores orientados por el anarquismo (Federación Obrera Regional Argentina) y de los empresarios (Unión Industrial Argentina, UIA).

En 1906, la UIA —entidad núcleo de los grupos patronales— presentó un proyecto que impulsaba el seguro obligatorio a pagar por los patrones y limitaba su cubrimiento solamente a trabajadores industriales. La aspiración de esta propuesta era reglamentar una práctica que ya venían realizando las grandes empresas: contratar compañías de seguros privadas o los servicios de las mutuales para hacer frente a los pagos de las indemnizaciones y a la asistencia médica y de rehabilitación.

En 1907 se presentaron dos proyectos. Uno de ellos, de la mano del Departamento Nacional del Trabajo y su presidente, José Matienzo, que retomaba los lineamientos del plan esbozado por los sectores patronales. De hecho, la UIA envió una nota al Departamento Nacional de Trabajo en la que elogiaba la presentación «siempre que no se introdujeran en ellas disposiciones que resultaran onerosas para los industriales» (Panettieri, 1988: 59).<sup>2</sup> Este creciente interés por la temática de los accidentes de trabajo y por la necesidad de que el Estado interviniera en las relaciones laborales se vio reflejado también en las publicaciones del Departamento Nacional del Trabajo, donde se demostró un acentuado interés por conocer y controlar las relaciones de trabajo, y se manifestó una aguzada sensibilidad por

---

2 Este fragmento aparece también en *Boletín de la Unión Industrial Argentina*; año XI, n° 462, 15 de junio de 1907.

dar a conocer (en sus informes cuantitativos sobre los accidentes laborales producidos en la Capital Federal) las estadísticas sobre los gremios en los que más accidentes se producían y la cantidad de pólizas contratadas por los industriales. Muchos de estos informes cuantitativos y cualitativos fueron tomados en cuenta como insumos informativos para las argumentaciones en los proyectos y en el debate legislativo (Lobato y Suriano, 2014; Maddalena, 2015).

En su carácter de miembro informante de la Comisión de Diputados, el diputado socialista Alfredo Palacios, referente local más destacado dentro de los estudios de los procesos de trabajo y sus efectos en el cuerpo del trabajador,<sup>3</sup> presentó un proyecto que, sustentado en el solidarismo social y en el reconocimiento del avance político de la clase obrera, aspiraba a superar el derecho burgués, considerado individualista y privatista. En sus intervenciones parlamentarias combinó el tono de denuncia en relación con las condiciones sociales de los trabajadores con argumentos sustentados en una mayor rigurosidad académica. Entre sus intereses se encontraba su preocupación por el trabajo industrial y por el establecimiento de un método científico para evaluar la fatiga laboral (Graciano, 2008). En el debate, Palacios apelaba a un «criterio moderno más generoso, más equitativo, que estableciera que los gastos de protección de la vida y la salud del trabajador deben ser lógicamente comprendidos en los gastos de producción» (Congreso Nacional, 1907: 110). Fue enfático al referirse a la necesidad de pensar en una ley de accidentes del trabajo con jurisdicción amplia, que contemplara un sistema para beneficiar a los trabajadores y empleados industriales que habría de ser fiscalizado por el Estado (Congreso Nacional, 1907: 112). Entre 1912 y 1915 se presentaron cuatro proyectos más que tuvieron como base el presentado por Palacios, pero la ley apenas se debatió en septiembre de 1915.

---

3 Esas líneas serán retomadas en su libro *La fatiga y sus proyecciones sociales* (1922) basado en el seguimiento del trabajo de los obreros de los Talleres de Obras Sanitarias de la Nación.



Entonces, si bien había consenso político para la sanción de la legislación, pasaban los años y las leyes sociales demoraban en su sanción. Las variables que influyeron para interpretar esta demora se pueden agrupar en dos tipos: las vinculadas al funcionamiento del ámbito parlamentario y las ligadas a la temática en particular. Dentro de las primeras podemos mencionar los complejos y dilatados procedimientos de discusión y aprobación de leyes; el breve período de sesiones ordinarias (mayo-septiembre); la estrategia de no dar quórum, que podía ser interpretada como una oposición a los proyectos en discusión; y la aplicación de la llamada Ley Olmedo (1890), que reglamentaba la caducidad para los proyectos que no tuvieran sanción en una de sus Cámaras durante el año parlamentario o en el inmediatamente siguiente. Entre las vinculadas a la temática en particular cabe señalar que la preocupación por los accidentes de trabajo estuvo ligada a las demandas del socialismo. El carácter laico, liberal y republicano de dicha tradición política generaba ciertos recelos entre los sectores conservadores y los católicos, a pesar que en líneas generales las diferencias técnicas entre los proyectos presentados no eran significativas.<sup>4</sup> El apoyo de los sectores católicos en 1915 —representados por el diputado cordobés Arturo M. Bas— es un factor a tener en cuenta en el análisis de las causas que se encadenaron en la sanción de la ley: desde la segunda década del siglo XX, los católicos sociales se habían asociado a un perfil más obrerista y manifestaban una mayor simpatía por una intervención más activa del Estado, bajo la creencia que la caridad no bastaba para dar respuestas a la cuestión social. Además, la introducción de un sistema de seguro les permitía conjurar el miedo del socialismo y el anarquismo.

---

4 En esta línea es interesante la argumentación del diputado radical Rogelio Araya en su presentación del proyecto de ley en 1912 cuando sostiene que los contenidos de la ley son «antisocialistas, porque vienen a romper las diferencias existentes entre las clases, a unir a los capitalistas con los obreros, a las clases poderosas con las clases trabajadoras [...] y porque tienden a borrar los surcos abiertos por las tendencias del sectarismo y por los perjuicios que dividen la sociedad» (Congreso Nacional, 1912: 129).

## De los proyectos a las concreciones legislativas

Entonces, si bien existieron varios antecedentes legislativos y desde 1900 los accidentes de trabajo fueron vistos como una consecuencia nefasta del industrialismo que merecían un tratamiento especial, apenas en septiembre de 1915, al cierre del período parlamentario, se discutió y se aprobó la primera Ley de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Es probable que la llamada Catástrofe del Riachuelo (acaecida el 23 de mayo de 1913 en gasómetros pertenecientes al Ministerio de Obras Públicas) haya puesto en escena una situación que requería una necesaria atención de parte de los poderes públicos. Una explosión provocó la muerte de trece obreros y otros sufrieron graves heridas. Más tarde, se produjo otra explosión que destruyó las instalaciones cercanas a la usina de gas. Este episodio, «el siniestro más formidable de que se tenga recuerdo entre nosotros y que sumió a un barrio entero en el dolor y la orfandad» (Anónimo, 1913: 1), provocó intensas discusiones en el ámbito parlamentario, en el poder ejecutivo y en la prensa periódica, ya que se ponía en cuestión cómo el Estado debía reparar un accidente producido bajo su responsabilidad. Los rituales fúnebres en el barrio porteño de La Boca constituyeron una forma contundente de comunicar y denunciar ante la opinión pública la fragilidad y la precariedad a la que los trabajadores y sus familias estaban expuestos por el trabajo cotidiano. Las ceremonias privadas ligadas a la muerte devinieron acontecimientos públicos y adquirieron una significativa visibilidad en la ciudad. A primera vista, estas muertes anónimas no parecieron ser muertes políticas; sin embargo, devinieron políticas por cuanto impugnaron y desafiaron el poder del Estado e interpellaron a las autoridades de turno para tomar cartas en el asunto (Gayol, 2013: 134). Los mecanismos de colaboración y solidaridad montados alrededor de las comisiones populares de ayuda no alcanzaron para satisfacer las acuciantes demandas producidas por tal suceso, y se apeló entonces a la activa intervención del Estado. La coyuntura en la que se produjeron las muertes, como se fueron involucrando públicamente diferentes actores con ella, la capacidad de

esas muertes de remitir a otras muertes similares y de mantenerse como noticia en los medios masivos de comunicación y, también, que la causa/s que provocó la muerte atente contra las prácticas culturales y las expectativas sociales de lo que debe ser una «buena muerte» y un «buen entierro» convirtieron a esta «Catástrofe» en un suceso político que implicó la ruptura de lazos y también fue un proceso de comunicación e interacción social (Gayol, 2013: 134).

Como consecuencia de ello, por medio de la sanción de la ley 9085, el Estado reparó a los heridos y a las familias de los obreros fallecidos. Las indemnizaciones fueron acordadas según una legislación vigente para los empleados de la marina. Además, la norma facultó al poder legislativo a proceder de igual forma en casos análogos. Este hecho puso de manifiesto el conflicto social emergente, y condujo a reflexionar sobre la perentoria necesidad de sancionar una legislación social que contemplara los derechos de los obreros y también la necesidad de trasladar al ámbito privado las obligaciones que asumía el Estado frente a un infortunio de tal magnitud (Anónimo, 1913a: 10).

Este suceso, retomado en los debates legislativos de 1915, se combinó con argumentos con los cuales se pretendía buscar un equilibrio entre las partes y poner un freno a los «exagerados reclamos del mundo obrero». El diputado radical por Entre Ríos Celestino Marcó, miembro informante en nombre de la Comisión de Legislación, sostuvo:

Se habrá advertido por el texto del proyecto de ley, que sí entraña cierto espíritu de benevolencia, pero también que se fundamenta especialmente en la equidad, respondiendo tanto al concepto de la justicia como al anhelo colectivo de garantizar los derechos del capital contra los reclamos exagerados del trabajo, y asimismo los derechos del trabajo contra las tiranías y las exigencias del capital.

Justificándose en argumentos provenientes del catolicismo y en claro contraste con la retórica laica del socialismo, Marcó creía que la «verdadera confraternidad cristiana» llevaría a:

renunciar de los agravios que nos inferimos todos, pobres y ricos, capitalistas y obreros, solo porque en las esferas en que tildamos y bregamos, no disponemos de la medida estable, quizás utópica, de distribuir equitativamente los goces comunes, tanto los materiales como los espirituales y menos aún las privaciones y dolores (Congreso Nacional, 1915: 551).

La ley era vista como un medio para «extirpar de la sociedad algunos de los motivos que la perturban en grado sensible, porque siempre en grado sensible afectan a la economía de los individuos y de las familias», y en diferentes apartados se refirió a las características de la ley, que buscaba «conciliar y prevenir». En este sentido, se retomaba el carácter preventivo y conciliador del proyecto de B. Roldán y M. Avellaneda.

En el debate de la Cámara de Diputados se retomaron algunos de los puntos sensibles que se venían planteando desde principios de siglo, muchos de los cuales atravesaron las discusiones políticas del siglo XX. Algunos de ellos fueron la constitución de seguros obligatorios o facultativos, las características de los topes indemnizatorios, el criterio de cobertura según el tipo de trabajadores, las responsabilidades empresariales, obreras y estatales, qué accidentes y enfermedades laborales se contemplarían y cómo controlar y financiar al sistema.

Contemplada por un proyecto de Palacios y una propuesta de la UIA la aspiración del socialismo consistió en la sanción del seguro obligatorio. No obstante, las argumentaciones exhibieron importantes diferencias. Mientras el socialismo pretendía garantizar que el obrero o su familia fuera indemnizado y que el Estado garantizara tal pago —en línea con el obrerismo y el solidarismo social impulsado desde el parlamento—, la UIA buscaba resguardar el patrimonio empresarial y proponía tercerizar la responsabilidad indemnizatoria en las aseguradoras. En esta misma línea, el proyecto presentado por A. Escobar (1910) enunció claramente los temores de los sectores empresariales por lo que era visto como una excesiva intervención del Estado: «el seguro obligatorio nos lleva al seguro de estado, y no es po-

sible que siempre estemos esperándolo todo del estado como de la providencia» (Congreso Nacional, 1910: 82). Parafraseando a Pierre Rosanvallon (1995: 20), su temor radicaba en que se socavara el «natural» sentimiento de responsabilidad individual y que se estimularan comportamientos inmorales y cálculos perversos. En las antípodas de esta argumentación, el diputado socialista N. Dickman indicaba que el seguro obligatorio, al paupar indemnizaciones para los accidentados y garantizar un fondo común para solventarlas, evitaba que los patrones se declarasen insolventes para así no pagar las indemnizaciones; además impulsaba la intervención del Estado basada en una previsión social con criterios más solidarios (Congreso Nacional, 1915). En línea con este argumento, el senador socialista Enrique del Valle Iberlucea señalaba que uno de los defectos del proyecto era no establecer el seguro obligatorio (Congreso Nacional, 1915). No obstante estas opiniones, la ley estableció un seguro facultativo y fijó un tope máximo y tarifado para las indemnizaciones. Además, se instituyó la opción del trabajador a la acción de derecho común que, como veremos más adelante, se mantendrá hasta la última reforma, sancionada en 2012.

Con respecto a la búsqueda de estrategias para intentar ampliar los bordes de la previsión social, fue muy clara la intervención del médico y diputado socialista Nicolás Repetto, quien sintetizó un reclamo de larga data —atravesó gran parte del siglo XX— que respondía a las propuestas evolucionistas del socialismo. Según el médico, si bien la sanción de un marco jurídico que contemplara los accidentes de trabajo era celebrada y apoyada, obturaba una discusión política previa, que implicaba reflexionar sobre la ampliación de la seguridad social y lograr la sanción de una que ley que resguardara primero la enfermedad, para luego legislar sobre accidentes de trabajo por cuanto todo accidente laboral implicaba, a su entender, una enfermedad:

Entramos a la legislación del seguro social por un camino que no es el mejor. Hemos debido hacer preceder el seguro-accidente por el seguro-enfermedad, [...] porque el accidente del trabajo, en su

primera fase, es prácticamente una enfermedad; luego, cuando la enfermedad termina y cuando subintra la invalidez funcional recién entonces aparece el accidentado [...] De modo pues que yo habría deseado iniciáramos en la vía de la previsión social por el seguro enfermedad, que es lo más urgente y previo, y completáramos en seguida el seguro enfermedad con el seguro accidentes, y luego continuar con el seguro de invalidez y vejez (Congreso Nacional, 1915: 560).

El diputado Repetto se mostró alarmado en el debate parlamentario frente a la situación habitual de estar con «hombres invalidados» a causa de los accidentes de trabajo y cuya manutención recaería en la beneficencia pública, en los organismos de caridad o en las arcas estatales. Así, era imprescindible crear un organismo de previsión social que pudiera organizar la ayuda de manera colectiva. A la «carga pública» que significan estas personas «inválidas» se le agregaba que, al dejarlas en la miseria, consumirían menos (Congreso Nacional, 1915). Al sancionar la legislación se tuvo mucha cautela en cuanto a no recargar los gastos en los servicios públicos, no aumentar los gastos patronales ni restar potenciales trabajadores y consumidores a la economía nacional. En función de mantener este delicado equilibrio financiero se instauró un sistema de seguro individual, no corporativo ni obligatorio, de acuerdo con el cual los patrones podían traspasar las cargas de las indemnizaciones a las compañías de seguro. Esta situación legitimaba una práctica habitual implementada por las grandes empresas desde principios de siglo y permitió el crecimiento de compañías aseguradoras privadas.

Con la incorporación de la idea jurídica de riesgo profesional se amplió el campo de los accidentes indemnizables y se aspiró a reparar un variado arco de dolencias y enfermedades profesionales. Los parámetros económicos serían proporcionales al salario, determinados por una tarifa y liquidables por medio de un procedimiento administrativo. A mayor salario, más alto sería el resarcimiento. No obstante, existía un tope para reclamar la indemnización y era para quienes superaban los tres mil pesos anuales (Congreso Nacional, 1915). Con todo, el límite salarial

era arbitrario, ya que no consideraba qué porcentaje implicaba ese monto en la economía familiar ni las fluctuaciones en la canasta familiar. De esta manera se continuaban reproduciendo las desigualdades sociales y se seguían manteniendo amplias diferencias entre las franjas salariales. Dentro de las «incapacidades parciales», la pérdida de brazos y manos eran las que recibían una indemnización de hasta el 60% del salario; la pérdida de dedos era variable entre un 6% (falange del dedo anular o del pie) a un 24% (índice derecho). Por la pérdida de una pierna se pagaba un 60%; por ceguera y sordera, un 42%; por hernia, entre un 18% y 12%. El cuerpo tenía un valor adjudicado por criterios subjetivos que no siempre estaban en sintonía con las efectivas prácticas de las personas (Amillano, 1939: 336).

Entonces, ¿cómo funcionaba el financiamiento? Por medio del sistema de renta: los patrones o las compañías aseguradoras depositaban la indemnización en una sección especial: la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones Civiles (Congreso Nacional, 1915). Esta institución las invertía en títulos de la Nación y pagaba mensualmente a los beneficiarios. Este sistema de pago mensual fue diseñado con la meta de proteger a los indemnizados, basado en la idea de que si se entregaba todo el dinero a las personas lesionadas o a sus deudos, estos no podrían administrarlo correctamente y luego caerían en la indigencia, con lo cual se convertirían en una «carga para la sociedad y el Estado». Las críticas no tardaron en llegar puesto que los pagos realizados mensualmente por la Caja resultaban insuficientes para vivir. Es por este último motivo que el 25 de julio de 1918, a iniciativa del doctor Alejandro Unsain, presidente del Departamento Nacional del Trabajo, y a tono con las sugerencias de la Organización Internacional de Trabajo, se dictó otro decreto reglamentario por el cual la indemnización se recibiría en 120 mensualidades, es decir, durante diez años.

Algunas compañías de seguros no cumplían con las obligaciones para con los trabajadores accidentados utilizando una serie de artimañas: las más habituales eran la búsqueda de erro-

res ortográficos en los apellidos y la falta de registro por parte del patrón de los libros de sueldos y jornales o la inexistencia de su firma en la denuncia del accidente, se presentaban también arreglos extrajudiciales y el intento de demostrar que la víctima, debido a su imprudencia o lesión previa, tenía la culpa del accidente (*Crónica Mensual*, 1928: 2386). Asimismo, la intervención de las múltiples compañías de seguros complejizaba aún más el escenario de las denuncias y el resarcimiento por las lesiones. Las compañías se convertían en un actor más, dado que su objetivo era conseguir asegurados tratando de no pagar o pagar lo menos posible por las lesiones. Como sostuvo el abogado Eduardo Maglione (presidente del Departamento Nacional del Trabajo en 1930) respecto a las leyes obreras: la que más se cumplía era la de accidentes de trabajo, ya que había favorecido los intereses de las compañías de seguros (Rubinzal, 2014: 224).

La ley estipuló que los patrones deberían correr con los gastos de la asistencia médica y farmacéutica de la persona lesionada, y también los de sepelio y entierro en caso de muerte, además de una indemnización a la familia legalmente constituida. Al igual que lo hicieron las compañías aseguradoras, la patronal también apeló a diversos artilugios para no pagar el resarcimiento económico: acusar al empleado de ingerir alcohol en exceso, de transgredir los reglamentos laborales, de abandonar el lugar de trabajo, de estar realizando actividades de esparcimiento o de incumplir los carteles preventivos, de dilatar la denuncia del accidente —si se excedía el año, no podía tener curso—, de negar que hubiera relación alguna entre el desempeño del trabajo y la lesión apelando a que el trabajador tenía lesiones previas, trasladando así los gastos de asistencia y recuperación a los servicios sociales gratuitos de los hospitales (Mordeglia y Francone, 1950: 14-15). La norma los amparaba en tanto los eximía de responsabilidades frente a accidentes motivados por razones «extrañas al trabajo». En la Cámara de Diputados, C. Marcó, tomando como aval un informe técnico de Alemania, sostuvo que en un 16% los accidentes se debían a la culpa de patrones, un 25% los accidentes eran intencionados por los



obreros y un 20% a fuerza mayor extraña al trabajo (Congreso Nacional, 1915). En este caso se apelaba a la acreditación técnica internacional para proteger a los sectores patronales. El católico social A. Bas sostuvo: «la comisión no acepta la existencia de responsabilidad para la generalidad de los casos en las industrias agrícola y ganadera, como no la acepta tampoco para el servicio doméstico, y la consagra únicamente para el caso especialísimo del empleo de máquinas u otros factores inanimados, que han introducido un verdadero riesgo, extraño antes en las industrias agrícolas» (Congreso Nacional, 1915: 582-583). De esta manera, a gran parte de los trabajadores les era imposible reclamar por un accidente de trabajo.

En el debate parlamentario se hizo mucho énfasis en sugerir que la ley enunciara «en su trabajo y en ocasión de su trabajo» (Congreso Nacional, 1915: 556) para evitar cualquier tipo de dudas en el espíritu e interpretación posterior de la misma. Marcó remitía a un ejemplo: «Si estando trabajando un obrero se le dispara un tiro del revólver que lleva en la cintura y ese tiro hiere al obrero o al compañero que está trabajando en el taller, no estaremos en presencia de un accidente de trabajo, porque, como consecuencia del trabajo no se disparan revólveres y, sobre todo, el patrón no puede prever que un obrero use armas peligrosas en la prestación de servicios» (Congreso Nacional, 1915: 557). Este ejemplo extremo le servía para justificar que solo se indemnizarían aquellos accidentes o enfermedades producidas por la acción de trabajar.

A. Bas sostuvo: «si un individuo va de su casa al taller y es víctima de un accidente cualquiera. La caída de un ladrillo sobre la cabeza, que lo mata. Ese accidente, ¿se ha producido en ocasión del trabajo, o no? Unos dirán: sí, porque iba al taller; otros expresarán, no, porque el accidente se hubiera producido lo mismo, ya fuera al taller o a otra parte». Frente a esa dificultad la comisión resolvió que solo se iba a amparar aquellos accidentes «en su trabajo y en ocasión del trabajo» (Congreso Nacional, 1915: 562). A. Demarchi, en representación de sec-

tores industriales, defendió la culpa grave como eximente de la responsabilidad patronal, cuando sostuvo:

para revisar o arreglar un motor cualquiera y con mayor razón a aquellos que funcionan a gran velocidad, se prescribe que hay que esperar que se detenga la marcha. Si el obrero hace alguna reparación o revisión mientras esté funcionando el motor, y se produce el accidente, hay manifiesta imprudencia y al cometer infracción a las reglas elementales de la previsión, el obrero sería culpable, y la responsabilidad no debe caer sobre el patrón (Congreso Nacional, 1915: 566).

En oposición a estas posturas, N. Repetto, inspirado en la legislación francesa y retomando las ideas del proyecto de Palacios de 1907, intentó incorporar al debate que serían indemnizables aquellos accidentes «con motivo y en ejercicio del trabajo», lo que daría un margen de maniobra más amplio para indemnizar:

no queremos que se excluya a los obreros que se mutilan en el trabajo, so pretexto de que no han sido incluidos en las clasificaciones de la ley, no queremos tampoco una ley que exija la doble circunstancia de sitio de trabajo y de ocasión de trabajo, para constituir el accidente en el sentido jurídico. Queremos una ley de accidentes en la que se exprese de una manera clara y terminante su jurisdicción nacional (Congreso Nacional, 1915: 560).

Su criterio no fue tomado en cuenta y primó el enunciado por A. Bas. Existieron algunas excepciones ligadas al contexto político y que fueron contempladas en sede judicial. No es casual que en agosto de 1918, en momentos álgidos de conflictividad social, los Tribunales de Capital Federal decidieran reparar el accidente de un obrero que «fue a trabajar en plena huelga trasladado por el vehículo de su patrón».<sup>5</sup>

---

5 Ley 9688 Sobre Accidentes de Trabajo interpretada por los Tribunales de la Capital Federal desde su promulgación hasta 1921. Avocación de Aseguradores Argentinos. Cámara Seccional de Accidentes, 1922, pp. 5, 587.

A. Unsain, en 1928, cuestionó esta noción de «imprudencia» laboral que perjudicaba a los obreros. Según el destacado abogado laboralista, la correcta atención que un trabajador pone en sus tareas y en la prevención de accidentes durante los primeros días de trabajo se diluye con el correr del tiempo, las preocupaciones desaparecen y los descuidos se derivan de la rutina propia de la labor. Muchas de las acciones que sobrevenían en accidentes —anteriormente atribuidas al personal fabril— quedaron, a partir de esta perspectiva, bajo la responsabilidad patronal. Es decir, los trabajadores podrían violar los reglamentos o las costumbres del trabajo; sin embargo, el patrón no pudo ya establecer esto como un elemento que lo eximiera de responsabilidad. Si un obrero era imprudente en el armado de un andamio, por ejemplo, ello no podía ser considerado una culpa grave, pues para tal efecto hubiera sido menester constatar que habían faltado indicaciones precisas de parte del patrón o del constructor. Así pues, la imprudencia se consideró como parte de un riesgo profesional, ya que el patrón tenía la obligación de revisar previamente los tirantes y la solidez de los materiales (*Crónica Mensual*, 1928).

En algunos fallos judiciales, se tuvieron en cuenta la naturaleza del trabajo y la determinación de elementos subjetivos tales como profesión y edad (Riva, 1942). Este podría haber sido el caso de un obrero de la Compañía Argentina de Navegación *Mihanovich* Limitada en San Fernando, en 1941. El trabajador tenía 56 años de edad y veinte años de dedicación a una actividad de especialización. Estos dos elementos, la especialización y la edad, influyeron para determinar que la pérdida de la visión de ambos ojos representaba una incapacidad permanente y, por lo tanto, debía ser indemnizado (*Boletín Informativo*, 1943). Otro caso lo constituye el relatado por el profesor de Medicina Legal de Córdoba Ariosto Licurzi, quien, avalado por su intervención en más de siete mil casos de accidentes, enunció lo arbitrario del nomenclador de indemnizaciones, al cual llamaba la «tarifa de carnicería». Tomó como ejemplo el accidente de un obrero de la construcción que había perdido el dedo mayor del pie

y fue indemnizado con el 6% de su salario. Según el médico cordobés, ese resarcimiento no contemplaba que su capacidad para el trabajo había disminuido sensiblemente; para este tipo de oficios, el equilibrio era fundamental, y esta lesión impediría a este obrero, a futuro, subirse a un andamio debido a la pérdida de estabilidad que suponía. En estos casos, proponía la reeducación y readaptación de los lesionados para que pudieran realizar otras tareas. La justificación de este argumento tenía un correlato en el temor que, en su opinión, generaba el hecho de que estas personas, al perder el trabajo y sus posibilidades de reinserción, cayeran en la pobreza, que —en una interpretación sin matices— sería un tobogán para la delincuencia. A la sazón, en este argumento médico, el impulso a las reformas sociales venía legitimado por el temor al conflicto social y a la delincuencia (Ariosto, 1938).

La Ley 9688 declaró un variado arco de enfermedades profesionales, entendiéndolo como tales solo aquellas cuya causa se debía exclusivamente al trabajo de la víctima en la profesión que desempeñaba. Reconoció así a la neumoconiosis, tabacosis pulmonar, antracosis, siderosis, saturnismo, hidrargirismo, cuprismo, arsenicismo, oftalmía amoniacal, sulfocarbonismo, hidrocarbunismo, fosforismo, infección carbunclosa, dermatosis, anquilostomiasis, brucelosis. La ley 11544 sobre Jornada de Trabajo (1929) ordenó que se declarase insalubre toda actividad cuyo aire estuviera viciado o en el que se presentaran emanaciones de gases o polvos tóxicos. La confirmación de estas condiciones determinaría la jornada de seis horas en lugar de ocho sin la reducción del salario. Los casos de trabajadores con peste bubónica y carbunco dieron lugar a presentaciones judiciales. Ninguna de las dos enfermedades figuraba entre las enfermedades profesionales y eran afecciones habituales entre los trabajadores de empresas molineras y las vinculadas a las carnes respectivamente. Los tribunales dieron lugar a indemnizaciones cuando se lograba demostrar su relación directa con el ámbito laboral.

A diez años de haberse implementado, la legislación laboral sufrió diversos cambios, ya fueran de tipo administrativo o conceptual. Estas transformaciones dan cuenta de las maneras en que las prácticas y los saberes profesionales se fueron entrelazando para producir modificaciones en las políticas laborales y para limitar el impacto negativo de los accidentes y/o enfermedades en los trabajadores y sus familias. A partir de 1936, se incluyeron los trastornos patológicos provocados por la radiactividad y los epitelomas originados por la manipulación de alquitrán, brea, betún, parafina y aceites minerales. También se establecieron decretos reglamentarios por medio de los cuales se intentó completar el criterio de aplicación, y fueron incorporados el calambre profesional de los telegrafistas y la enfermedad de Weil. En la provincia de Buenos Aires se admitieron el anilismo, la enfermedad de los *Caissons*,<sup>6</sup> el enfisema pulmonar, el lumbago y la tuberculosis. Esta última, a partir de la reforma, quedó incorporada a la lista de lesiones profesionales (siempre y cuando se demostrara la relación entre ambiente laboral y el inicio de la enfermedad). La tuberculosis, enfermedad de alta incidencia entre la población obrera, era uno de los trastornos no contemplados por la legislación de 1915 ni por su decreto reglamentario. Como era muy difícil de determinar si era una enfermedad preexistente al ingreso laboral, era habitual que los trabajadores cuyo estado iba empeorando debieran pasar por períodos prolongados sin trabajar o que debieran, directamente, dejar de hacerlo, con lo cual quedaban sin ninguna cobertura económica o asistencial. Con esta modificación se intentó resolver ese problema solo para los casos en que se ofreciera la demostración recién mencionada (Armus, 2007).

Las perspectivas que señalaban la tuberculosis como enfermedad posible de ser indemnizada advertían que los cambios de temperatura, las mojaduras, las cámaras frías y las condiciones antihigiénicas y precarias tendían al agravamiento de esta enfer-

---

6 Instrumentos de trabajo con la forma de unas campanas que se utiliza para realizar trabajos debajo del agua.

medad o a una mayor predisposición a contraerla. A la sazón, la Cámara Civil Primera de Apelaciones ratificó que si «el proceso bacilar originado por las tareas que desempeña el obrero se agudiza debería considerarse un accidente de trabajo y como consecuencia debería ser indemnizado» (*Boletín Informativo*, 1942: 59). Con el transcurso de los años la jurisprudencia se manifestó con amplitud de criterios, y la tuberculosis fue declarada consecuencia del ambiente del lugar y las condiciones en que la víctima desarrolla sus tareas, y entonces, generadora de responsabilidad patronal.

En cuanto a las enfermedades cardíacas, las posiciones fueron cambiando dentro de las discusiones. Hubo fallos que negaron la relación de causalidad entre trabajo y enfermedades del corazón, hacia los años 1940, sin embargo, peritos médicos enfatizaban en la importancia de que las enfermedades del corazón fueran incluidas dentro de la tutela pública y de las entidades privadas, debido a la invalidez que ocasionaban y la consecuente inhabilitación para llevar a cabo las tareas (Bosco, 1942).

Hacia 1940, la ley 12631 incorporó a la legislación los principios señalados por la Organización Internacional del Trabajo. Dos fueron los aspectos destacados: la inclusión de las actividades avícolas, forestales, ganaderas y pesqueras, y la de los accidentes de los trabajadores antes o después de su jornada laboral. Con respecto al primero, si bien hacia 1915 el 50% de la población obrera estaba abocada a las actividades rurales, estas no estaban resguardadas ya que solo —como he señalado anteriormente— eran objeto de amparo los accidentes producidos por máquinas. El argumento era que la agricultura no era una actividad peligrosa y que las prestaciones farmacéuticas y médicas no eran sencillas de conseguir en la campaña (Riva, 1942). Esa omisión volvía a invisibilizar las lesiones de los trabajadores del campo que, por supuesto, también estaban expuestos a riesgos laborales. Así, los traumatismos generales, las radiaciones por electricidad atmosférica, las mordeduras de serpientes y artrópodos ponzoñosos quedaban sujetos al criterio de los jueces,

que en alguna sentencia generaban jurisprudencia y antecedentes para cubrir a dichos trabajadores (Ariosto, 1938). En esta misma línea, la hidatidosis fue considerada en las pólizas de accidentes de trabajo como enfermedad profesional o rural. Dado que la enfermedad hidatídica era un peligro público, el Estado debía proteger a quienes la padecieran, ya fuera de forma temporal o permanente. Sin embargo, surgían inconvenientes acerca de cómo determinar qué patrón era el responsable del pago de la indemnización puesto que era habitual el traslado de los peones de un campo a otro para realizar diversas tareas, y esta asignación de responsable era dificultada por el hecho de que el momento de la aparición de la enfermedad rara vez coincidía con la de su inicio y no era fácilmente detectable.

En cuanto a la segunda inclusión a la legislación, se abrió un amplio abanico de dudas y vacilaciones que ya habían estado presentes en el debate de la ley en 1915. La norma consagró el principio de comprobar la relación entre lugar y accidente: si este se producía en el lugar de trabajo, se tendería a indemnizar, si se producía fuera del lugar de trabajo se denegaba el pedido. En la Cámara Civil Segunda tuvieron lugar fallos encontrados. El 24 de julio de 1923, había declarado que el riesgo en la calle era común a todos y, por lo tanto, no era indemnizable. Este fallo surgió a partir de la demanda entablada por la esposa de un trabajador que, a principios de ese año, luego de haber sido despedido de su trabajo, sufrió un accidente, se golpeó y murió. El juez no dio lugar al pedido, ya que «no encontró la necesaria conexión entre el accidente y el trabajo» (*Crónica Mensual*, 1926: 1737). Diferente fue la suerte de un peón de una empresa de mudanzas, quien luego de hacer una descarga, descendió del carro, se cayó y quedó con una discapacidad en el pie. El patrón, para evitar el pago de la indemnización, adujo que el peón había bajado del carro para tomar una cerveza y no para darles de beber a los caballos, como el peón había argumentado. Como anticipamos, el alcoholismo era un argumento común utilizado por las empresas para evitar el pago de indemnizaciones. No obstante, este accidente quedó amparado por la legislación,

dado que se había producido durante la jornada laboral (*Crónica Mensual*, 1926).

Ocho años después de los casos mencionados, se produjeron cambios en los fallos judiciales en torno a los accidentes de trabajo sucedidos fuera de la jornada laboral. El 22 de abril de 1931, un fallo de la Cámara Civil Primera sostuvo que el accidente era indemnizable mientras que la persona se dirigiera un su trabajo. «Atropellado un obrero por un tranvía cuando se dirigía al trabajo, momentos antes de que iniciara las tareas, existe nexo de causalidad entre el trabajo y el accidente por lo que debe indemnizarle como un accidente de trabajo y no de tránsito». El Superior Tribunal de Entre Ríos procedió de manera similar el 13 de agosto de 1941 frente a la muerte de un obrero a causa de las heridas recibidas al ser embestido por un automóvil en circunstancias en que transitaba en bicicleta por la única calle de acceso a la fábrica y unos pocos minutos antes de la hora que debía iniciar sus tareas (Riva, 1942). Es probable que el aumento del tránsito en las zonas urbanas, a la luz de la modernización del parque automotor, incitara el reconocimiento de la peligrosidad que implicaba el camino que unía la casa con el ámbito laboral. Estas incertidumbres quedaron saldadas con la reforma de 1940, momento en que se incluyeron los accidentes de tránsito. A partir de entonces, fue obligación del patrón indemnizar al obrero que había sido víctima de un accidente en el camino entre su domicilio y el lugar de sus tareas, y desde este a su hogar al culminar su horario de trabajo. Asimismo, los accidentes se indemnizarían si se producían por los peligros inherentes al acceso del establecimiento, como por ejemplo el cruce de vías férreas, ríos o puentes.

La sanción de la Ley de Accidentes de Trabajo, su implementación y las diferentes modificaciones que sufrió significaron el reconocimiento por parte del Estado de las pésimas condiciones laborales que venían denunciando desde fines del siglo XIX diferentes agrupaciones políticas y sindicales. La prescripción jurídica motorizó el surgimiento de un andamiage



institucional —tanto dentro del ámbito público como del privado— que, a medida que fue creciendo, generó disputas en cuanto a quiénes tenían mayores atribuciones y recursos para intervenir en dichas relaciones laborales. Este escenario se complejizaría a mediados del siglo XX con las ideas que impulsaban la necesidad de crear sistemas de seguridad social constituidos sobre principios de ciudadanía y no solo por la relación salarial. A continuación, revisaremos cómo estas discusiones, que atravesaron al mundo occidental de la segunda posguerra, se amalgamaron con el proceso político local.

## Los alcances de la seguridad social

Durante la segunda posguerra, las propuestas en torno a la organización de los sistemas de seguridad social atravesaron la arena pública nacional e internacional. Esto es, la protección de las personas debería regirse por principios de la solidaridad social y no por los sistemas de autoayuda, socorro mutuo o compañías privadas. Los referentes internacionales mencionados en las publicaciones oficiales y en los diseños normativos fueron el Informe de William Beveridge de Gran Bretaña (1941), el Plan Marsh de Canadá, los planes Wagner-Murray-Dingell de la Junta de Seguridad Social y la Junta de Planificación de Estados Unidos (1945) y la Ley del Servicio de Sanidad Pública de Inglaterra (1946).

Del conjunto de América Latina, dos países sirvieron de referentes en las discusiones argentinas: Chile y Perú. Chile era considerado pionero dentro de América en la sanción de leyes que tendieron a proteger los momentos de invalidez y enfermedad. En 1938 se sancionó la Ley de Medicina Preventiva, por medio de la cual se buscó ampliar la protección entre la población general y no solamente entre quienes estaban vinculados a determinado grupo ocupacional o ligados a una caja sectorial (Ortúzar, 2013). En Perú, los años cuarenta representaron la época más activa en relación con la implementación de políticas sociales que involucraron, principalmente, las áreas

de salud y educación. En 1936 se creó el seguro social obrero, cuya concreción más destacada fue la inauguración, en 1940, del Hospital Obrero de Lima, financiado con los aportes de la Caja Nacional de Seguro Social de Perú (Drinot, 2011). Enmarcados dentro de estos debates internacionales, tanto en la Secretaría de Trabajo y Previsión (1944) como en la Secretaría de Salud Pública (1946), las discusiones políticas y técnicas giraron en torno a la constitución del Seguro Social. El ideal apuntaba a universalizar la asistencia sanitaria y social entre la población obrera, que implicaba no solo una prestación económica por la lesión sino también la mejora y ampliación de la asistencia médico-social y el estímulo a las estrategias de reeducación a las personas lesionadas.

En 1944 se produjeron dos modificaciones institucionales relevantes que afectaron la temática de los accidentes de trabajo. Los casos que no se lograban resolver por vía administrativa pasaron a estar bajo la órbita de los Tribunales Laborales, con lo cual la Justicia laboral se separó del derecho civil (Stagnaro, 2016). También, dentro de la órbita de la Secretaría de Trabajo y Previsión, se creó el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), anhelado paso hacia la constitución del proyecto del seguro social, ya que aspiraba a cubrir los riesgos del individuo y de la familia en un sentido más amplio que el amparado por las leyes sociales previas. Tuvo como objetivo unificar la variedad de cajas existentes hasta el momento, entre las cuales se destacaban por su volumen la de jubilaciones, la de maternidad y la de accidentes de trabajo.

Bajo la jurisdicción del INPS se creó el Instituto Central de Medicina Preventiva (ICMP). El ICMP, guiado por el ideal de la medicina preventiva y bajo la dependencia de la Secretaría de Salud, pretendió ejercer el control sobre ciertos padecimientos que repercutían en la capacidad física y técnica del trabajador, tales como tuberculosis, afecciones cardiovasculares, sífilis, reumatismo, dolencias profesionales, bocio, paludismo, anquilosomiasis; además de focalizarse en la detección de enfermedades

que podrían causar severos problemas clínicos a futuro y limitar la capacidad para trabajar. Entre las preocupaciones estaban las caries dentales, los focos sépticos, las infecciones gástricas, la obesidad y la diabetes (*Archivos de la Secretaría de Salud*, 1949). Los controles que se realizaban en el ICMP contaban con un examen clínico, la investigación sobre alergias, la radiofotografía, el examen odontológico, y se pensaba incluir también la realización de estudios ligados a las diferentes patologías regionales. Para realizar estos exámenes se creó en Buenos Aires un Dispensario Nacional, ubicado en la zona oeste, en él se revisó a obreros provenientes del Frigorífico y del Matadero Municipal, de una empresa textil y población escolar. La utopía de la medicina preventiva era conservar la salud y, a futuro, desterrar otras enfermedades. Así pues, se consideraba que todo gasto en obras hospitalarias redundaría en «cuidar, moldear y vigilar al material humano». Buscar la afección en potencia y curarla podría evitar lo irreparable: un ejército de «limosneros» (Silva *et al.*, 1947), panorama frente al cual se consideraba necesaria la construcción de un Hospital Obrero que funcionara como centro de cura y prevención de las patologías de los trabajadores. El futuro nosocomio se construiría en el barrio fabril de Nueva Pompeya, para facilitar el acceso a los trabajadores, y estaría destinado a quienes sufrieran lesiones laborales y al estudio de enfermedades profesionales. Se planteó un optimista esquema en etapas que se iniciaría por los empleados públicos para luego cubrir a la población estudiantil y, en una fase más lejana en el tiempo, alcanzar las zonas más apartadas por medio de equipos móviles (Silva, 1947).

Así pues, el ICMP, en tanto vehiculizador del ideal de la medicina preventiva, tenía tanto un fin social (la prevención y rehabilitación de enfermo) como uno económico. En torno a este segundo objetivo es interesante lo estipulado en el *Segundo Plan Quinquenal (1952-1958)*, que quedó inconcluso debido al golpe militar que depuso al segundo gobierno peronista, en 1955. Allí se explicitaba que:

si el número de inválidos por enfermedades crónicas sigue aumentando, las cajas de jubilaciones no podrán afrontar la financiación de dichos inválidos que viven, consumen y no producen. La medicina con el perfeccionamiento técnico prolonga la vida de los inválidos por muchos años. Las cajas sufren la carga social por más tiempo que el esperado. La forma de evitar el déficit de las cajas y la pérdida de brazos es combatir y prevenir la invalidez prematura (Carrillo, 1974: 25).

Esta reflexión tenía por eje uno de los problemas para financiar las políticas sociales modernas: cómo combinar una mayor ampliación en las lógicas de inclusión y solidaridad social con mecanismos redistributivos más eficaces.

El número de exámenes efectivamente realizados distó de ser el ideal. En el *Plan Analítico de Salud Pública (1952-1958)* figuraba como objetivo la realización de alrededor de 1.250.000 controles sanitarios para 1952, y de 3 millones para 1958 (Carrillo, 1974). Ahora bien, si tomamos en cuenta los exámenes periódicos de la población obrera efectivamente realizados entre 1948 y 1951, el cuadro claramente benefició a Capital Federal, donde se practicaron 764.716 exámenes médicos. En el interior, donde se efectuaban por medio de equipos móviles, se realizaron 250.493. A partir de 1951 la cantidad de controles realizados en el interior comenzó a disminuir, hasta llegar a ser ocho veces menor. Si bien en Buenos Aires el número de estudios se redujo, el declive no fue tan abrupto. Es probable que esta política quedara inconclusa como consecuencia de la menor capacidad política y presupuestaria de la agencia sanitaria durante el segundo mandato de Perón. Asimismo, las prerrogativas de las obras médicas sindicales y el mayor protagonismo de las construcciones médicas de la Fundación Eva Perón limitaron la concreción de la planificación sanitaria. No se deben desdeñar las limitaciones impuestas por la falta de personal técnico especializado para realizar los controles sanitarios; entre 1948 a 1951 egresaron del Instituto de Perfeccionamiento Técnico de la agencia sanitaria

98 médicos especializados en Medicina del Trabajo de un total de 590 graduados de diferentes especialidades. Es decir, tan solo un 16 % del total de médicos egresados escogían la especialidad de medicina del trabajo (Ramacciotti, 2009).

El proyecto de lograr una seguridad social más amplia quedó trunco con la ley 14236 de 1953. El INPS perdió definitivamente sus atribuciones y quedó subsumido a la Dirección General de Previsión Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Previsión. Las cajas de Accidentes de Trabajo y Maternidad, que habían quedado bajo la agencia del INPS, recuperaron su individualidad orgánica y funcional, su personería jurídica y su autarquía administrativa y financiera. Ambas pasaron a depender del Ministerio de Trabajo y Previsión y el Ministerio de Salud perdió, de este modo, toda injerencia en el terreno de la salud laboral. En la práctica, el ideal de un sistema de seguridad social universal se vio atravesado por el peso que, en términos de interlocución e intervención política, iba ganando el movimiento sindical. A partir de los años cuarenta, algunos sindicatos fueron montando sus propios hospitales, destinados a sus afiliados y sus familias. Ejemplo de ello constituyó el Hospital Ferroviario, creado en 1954, financiado por los aportes gremiales, que contó también con apoyo estatal (Belmartino, 2005).

Si bien no se realizó la construcción de centros asistenciales especiales para las patologías del mundo laboral— como sí se habían logrado en las experiencias de Chile o en Lima— ambos nosocomios fueron puestos como un ideal al que se debería llegar, en el imaginario quedó marcado, como nunca antes, que el que debía plantear los lineamientos de las políticas sanitarias a partir de la construcción, el financiamiento de hospitales e instancias educativas y de prevención de enfermedades era el Estado. Sin lugar a dudas, fueron estos años en los que se concibió la salud como un derecho social y se asentó en el imaginario el sistema sanitario gratuito.

## Reflexiones finales

Si entre el primer proyecto presentado y la sanción de la primera ley de Accidentes del Trabajo debieron transcurrir trece años, la discusión parlamentaria y posterior reforma demandó setentiseis años. A diferencia de lo sucedido con otras temáticas, la llegada de la democracia en la Argentina en 1983 no activó la discusión política y los casos siguieron siendo amparados por la norma debatida y sancionada en las primeras décadas del siglo XX con algunas modificaciones y ampliaciones. En las reformas de 1988 y de 1991 se intentó preservar el modelo diseñado en 1915, ya que la modificación más importante fue la de limitar la responsabilidad objetiva y tarifada a los daños atribuibles al trabajo, pero se mantuvo la opción del trabajador de recurrir al derecho común si la reparación resultaba insuficiente. Esta situación ocasionó que las situaciones de accidentes laborales y las enfermedades profesionales siguieran terminando en sede judicial, lo que daba lugar a tramitaciones duraderas en el tiempo, cargadas de diligencias administrativas y con varias instancias de intermediación burocrática. Hasta 1995, a pesar de existir dos modificaciones a la ley de 1915, primó la existencia de un esquema tarifado de resarcimiento de las pérdidas y se mantuvo la opción para la víctima de efectuar una acción judicial habitualmente prolongada en el tiempo.

La ley 24557, llamada Ley de Riesgos del Trabajo, sancionada en 1995, se enmarcó dentro de las reformas neoliberales, cuyo rasgo sobresaliente fue una rearticulación de las relaciones entre el Estado, el mercado y la protección social que dio lugar a un debilitamiento progresivo de políticas de bienestar social. Desde principios de 1990 hasta la crisis de 2001, la política social se caracterizó por la privatización de la seguridad social, la descentralización territorial de la administración de los servicios de salud y educación en gobiernos provinciales y la proliferación de acciones focalizadas en la reducción de la pobreza (Repetto, 2014). Dentro de este contexto se implementó un sistema compensatorio de los infortunios laborales median-

te el cual se pretendió evitar su resolución por la vía judicial, basándose para ello en una suerte de negociación entre los derechos de los trabajadores y de los empleadores. Estos últimos fueron considerados responsables por los siniestros vinculados a la actividad laboral, independientemente de su culpabilidad, y tal responsabilidad devino en la obligación de pagar una prima de seguro. Dicha prima se estipulaba aplicando una fórmula matemática actuarial que establecía cuál era el riesgo del trabajo en una actividad económica determinada, y no el esquema tarifado por lesión o enfermedad profesional, por lo que la alícuota no era igual para todos los empleadores. En línea con las ideas de Rosanvallon (1995: 34) el riesgo existe, pero ya no es puro azar; se vuelve más individualizado y pasible de ser cuantificado por una fórmula. De esta forma, los métodos estadísticos y sus formalizaciones matemáticas quedaron entrelazadas, más que en otro momento de la historia, en el centro de las políticas sociales, pero el enfoque estadístico de lo social fue puesto en tela de juicio por otro modelo que tuvo más en cuenta el comportamiento personal. Para hacer frente a al riesgo en el trabajo, las empresas contrataron seguros con operadores privados, las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART), cuya regulación financiera corría por cuenta de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Los trabajadores, luego de realizar un trámite administrativo, obtendrían prestaciones médicas, un resarcimiento monetario y, en caso de muerte, los gastos por sepelio. Una vez se cobraba la indemnización de las ART, se mantenía la opción de recurrir a la justicia.

En 2012, se modificó la norma a partir de un proyecto de la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, durante cuyo gobierno, al igual que en el de su antecesor, Néstor Kirchner, se promovieron transformaciones profundas en el sistema previsional y en el de las asignaciones familiares. Se desarrolló una matriz de protección social, cuya característica principal fue que el Estado recuperó, progresivamente, el control sobre la gestión de la seguridad social aspirando a una mayor universalización. No obstante, en el área de los accidentes de trabajo no se modi-

ficó el espíritu de la ley de 1995. La nueva ley aspiró a limitar la judicialización de los conflictos laborales y, por lo tanto, quienes optaran por la vía administrativa no podrían escoger la vía judicial. Se intentó reducir el número de reclamos ante la justicia y lograr una mayor agilidad en el cobro de la indemnización, ya que se estableció un plazo máximo de 15 días a partir del accidente para que el trabajador cobrara la indemnización correspondiente. Para evitar la desactualización de los resarcimientos económicos se estipuló un método de actualización semestral de los topes indemnizatorios.

El centenario de la sanción de la primera ley de accidentes de trabajo en la Argentina nos interpela para reflexionar sobre cómo una sociedad crea los mecanismos para resguardarse ante los infortunios sociales y lograr sistemas de protección social más solidarios. Cuando los lazos de proximidad quedan limitados para brindarnos protección y asistencia, es el Estado quien impulsa, legitima y financia mecanismos de intervención para limitar las consecuencias más hostiles que puede ocasionar el trabajo en la vida de las personas. Las soluciones, en líneas generales, estuvieron marcadas por la creación de mecanismos colectivos de protección y rehabilitación social y por el impulso de mecanismos guiados por lógicas comerciales. Las aspiraciones de universalidad en el sistema de seguridad social —del cual los accidentes laborales y las enfermedades profesionales son solo un aspecto— constituyen una aspiración política desde principios del siglo XX y fueron compartidas por el amplio abanico de actores políticos. Si bien los marcos legislativos y judiciales promovieron que el Estado mediara en las relaciones laborales para apuntar a un sistema más equitativo y digno, la demoras en los juicios, los retrasos en el cumplimiento de pagos y la mercantilización de la justicia deja en un plano secundario lo que debiera estar en foco del debate: el impulso de mecanismos de protección social solidarios. Como sostiene Robert Castel (2004), si bien no conseguiremos la seguridad de estar liberados de todos los peligros, se podría ganar la oportunidad de habitar un mundo menos injusto y más humano.



## Referencias

- 1913, Anónimo, «Más de Cincuenta víctimas ha producido la espantosa catástrofe de ayer en el Riachuelo», *La Argentina*, Buenos Aires, 24 de mayo, p. 1.
- 1913a, Anónimo, «Ecos de la catástrofe», *La Prensa*, Buenos Aires, 27 de mayo, p. 10.
- 1926, Anónimo, «Memoria del Departamento Nacional del Trabajo, correspondiente al año
- 1925», *Crónica Mensual del Departamento Nacional del Trabajo*, agosto, año IX, N° 98, p. 1737.
- 1928, «Aplicaciones de las leyes obreras en vigor», *Crónica Mensual del Departamento Nacional del Trabajo*, junio, año XI, N° 124, Buenos Aires: Imprenta y Papelería Denuble.
- 1928, Anónimo, «División de Estadísticas y Accidentes», *Crónica Mensual del Departamento Nacional de Trabajo*, febrero, año XI, N° 120, Buenos Aires: Imprenta y Papelería Denuble.
- 1943, Anónimo, «Otro fallo sobre accidentes de trabajo», *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, Buenos Aires, septiembre, pp. 33-34.
- 1942, Anónimo, «Jurisprudencia del Trabajo», *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, Buenos Aires, marzo, p. 59.
- 1942, Riva, Oscar Alfredo, «Diversas teorías sobre la reparación de accidentes». *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, Buenos Aires, marzo, p. 47.
- 1949, Anónimo «Medicina del trabajo y medicina preventiva», *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, vol. V, N° 2, febrero, pp. 23-129.
- Amillano, Antonio (Recopilador). (1939). Decreto Reglamentario de la Ley N° 9688. En: *Legislación Nacional del Trabajo* Buenos Aires: Junta Central de la Acción Católica Argentina.
- Armus, Diego. (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Belmartino Susana. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bosco, Guillermo. (1942). «Algunas consideraciones sobre enfermedades del corazón y del trabajo», *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, junio, pp. 47-49.
- Carrillo, Ramón. (1974). *Plan Esquemático de Salud Pública*, tomo IV. Buenos Aires: Eudeba.
- Castel, Robert. (2004). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantial.

- Congreso Nacional. (1902). *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Buenos Aires, 30 de mayo.
- Congreso Nacional. (1907). *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Buenos Aires, 7 de junio.
- Congreso Nacional. (1910). *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Buenos Aires, 16 de mayo.
- Congreso Nacional. (1912). *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Buenos Aires, 12 de agosto.
- Congreso Nacional. (1915). *Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados*, Buenos Aires, 25 de septiembre.
- Drinot, Paulo. (2011). *The Allure of Labor. Workers, Race, and the Making of the Peruvian State*. Durham: Duke University Press.
- Gayol, Sandra. (2013). Senderos de una historia social, cultural y política de la muerte. *Anuario del Centro de Estudios Históricos (Prof. Carlos S. A. Segreti)*, N° 13, año 13.
- Graciano, Osvaldo. (2008). *Entre la torre de marfil y el compromiso político. Intelectuales en la izquierda en la Argentina, 1918-1955*. Bernal: Universidad de Quilmes.
- Licurzi, Ariosto. (1938). «Faltas de sentido médico en la legislación social argentina», *La Prensa Médica Argentina*, N° 1. Buenos Aires.
- Lobato, Mirta Zaida y Suriano, Juan. (2014). Trabajo, cuestión social e intervención social. En: Lobato, M. y Suriano, J. (Comps.), *La Sociedad del trabajo. Las instituciones laborales en la Argentina (1900-1955)*, Buenos Aires: Edhasa, pp. 9-56.
- Maddalena, Pablo. (2015). El Departamento Nacional del Trabajo y su relación con la Ley de Accidentes Laborales de 1915. *Estudios Sociales*, año XXV, N° 49, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, segundo semestre pp. 95-124. Recuperado de: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/EstudiosSociales/article/view/5130/7792>.
- Mordeglia, Miguel y Francone, Mario. (1950). *Tecnopactías*, Buenos Aires: El Ateneo.
- Ortúzar, Diego. (2013). Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900-1940, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. Recuperado de: <http://nuevomundo.revues.org/66007>; DOI: 10.4000/nuevomundo.66007.
- Panettieri, José. (1988). *Las primeras leyes obreras*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Pérez, Inés. (2015). Una línea fluctuante: el servicio doméstico y el régimen de accidentes de trabajo (Argentina, 1915-1956). *Estudios Sociales*, año XXV, n° 49, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, segundo semestre de 2015, pp. 155-182. Recuperado de: <https://bibliotecavirtual>.

[unl.edu.ar/ojs/index.php/EstudiosSociales/article/viewFile/5132/7794](http://unl.edu.ar/ojs/index.php/EstudiosSociales/article/viewFile/5132/7794)

- Queirolo, Graciela. (2016). Indemnizaciones, enfermedades y antigüedad entre los empleados de comercio: alcances y límites de ley 11729 (Argentina, 1934-1945). En: *Estudios Sociales*, año XXV, N° 50, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, primer semestre.
- Ramacciotti, Karina. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Ramacciotti, Karina. (2015). Transnational dialogues between specialist and institutional knowledge in occupational accident legislation, first half of the twentieth century. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol. 22 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702015000100201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702015000100201&lng=en&nrm=iso)
- Recalde, Héctor. (1997). *La salud de los trabajadores en Buenos Aires. 1870-1910 a través de las fuentes médicas*. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario.
- Repetto Fabián. (2014). Políticas sociales. Una mirada político-institucional a sus reformas, desafíos e impactos. En: Acuña, C. (Comp.) *El Estado en acción. Fortalezas y debilidades de las políticas sociales en la Argentina*, pp. 19-70. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Rosanvallon, Pierre. (1995). *La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia*, pp. 223-240. Buenos Aires: Edhasa.
- Rubinzal, Mariela (2014). El Departamento Nacional del trabajo y la influencia antiliberal en los años treinta. En: Lobato, M. y Suriano, J. (Comps.) *La sociedad del trabajo. Las instituciones laborales en la Argentina (1900-1955)*, Buenos Aires: Edhasa, pp. 223-240.
- Silva, Luis Emilio, Rocca, José, Bagnasco, Francisco, Bonfante, Luis y Paitovi, Alberto. (1947). El examen periódico de salud. Su importancia en la lucha contra la tuberculosis. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, II (9), p. 46.
- Silva, Luis Emilio. (1947). Discurso al inaugurarse el Instituto Central de Medicina Preventiva. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública* II (8), p. 37.
- Stagnaro, Andrés. (2016). La Ley de Accidentes del Trabajo y los debates promovidos para la creación de un fuero laboral. Argentina (1904-1946). *Estudios Sociales*, año XXV, N° 50, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral.



# EL “ENTRE” DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL Y LA DIVISIÓN DEL TRABAJO: El programa médico de la hoja sanitaria de la IWW en Chile. 1924-1927<sup>1</sup>

Nicolás Fuster Sánchez<sup>2</sup>

Pedro Moscoso Flores<sup>3</sup>

## La hoja sanitaria y el nuevo (cuerpo) trabajador

En su libro titulado *La Prensa Obrera en Chile. 1900-1930*, Osvaldo Arias Escobedo (1970: 72) registra la siguiente información:

*Hoja Sanitaria*. I. W. W. Santiago, 1924-1927.

Publicación mensual del Comité Sanitario.

Imprenta Libertad, Nataniel 1057. 4 páginas a 3 columnas.

Nº 1 del mes de junio a Nº 24 del mes de noviembre, año III.

Secretario: Manuel Oñate. Tesorero: Francisco Urbina.

Se distribuye gratuitamente.

Exclusivamente instruye sobre anatomía y fisiología humana y proporciona consejos higiénicos para evitar enfermedades.

- 
- 1 El presente texto forma parte del estudio introductorio del libro *La Hoja Sanitaria. Archivo del Policlínico Obrero de la IWW Chile 1924-1927* (Fuster y Moscoso Flores, 2015). Sin embargo, se ha desplazado el objeto de análisis hacia los discursos sobre sexualidad y trabajo presentes en la Hoja Sanitaria de la IWW.
  - 2 Doctor en Ciencias Sociales y de la Comunicación, académico de la Universidad de Valparaíso. Correo electrónico: nicolas.fuster@uv.cl
  - 3 Doctor en Filosofía, académico de la Facultad de Artes liberales de la Universidad Adolfo Ibáñez. Correo electrónico: pmoscosoflores@gmail.com

Casi cuatro décadas más tarde, el médico Fabián Pavez (2009) publicó en la Revista Médica de Chile un artículo titulado «Experiencias autogestionadas en salud: El legado de Gandulfo en la Hoja Sanitaria y el Policlínico de la Organización Sindical Industrial Workers of the World (1923-1942)». Entre ambos trabajos este pasquín es escasamente mencionado. Entre la publicación del último número de la Hoja Sanitaria y *La Prensa Obrera en Chile* de Arias solo encontramos un silencio sostenido.

A diferencia de la breve mención sobre la Hoja Sanitaria que registra el libro de Arias, el trabajo de Pavez analiza, desde un enfoque histórico y reivindicativo, el rol que jugaron tanto médicos anarquistas<sup>4</sup> como organizaciones anarco-sindicalistas en la difusión de la higiene y de la salubridad a principios del siglo XX. Es precisamente su carácter instructivo lo que le da a este documento su eficacia política, a saber: en tanto, por un lado, refuerza las teorías biologicistas y raciales que caracterizaron la formación de la institucionalidad médica en el Chile decimonónico y, por otro, establece una *política del nombre* que opera organizando los órganos del cuerpo. Esto permite instaurar una suerte de superficie de inscripción en la que el cuerpo se presta para un ejercicio que ordena, clasifica y delimita,<sup>5</sup> establecién-

---

4 Destacado fue el papel que jugó Juan Gandulfo, médico higienista y director del Policlínico Obrero que funcionaba en las mismas dependencias donde se imprimía la Hoja Sanitaria, en la organización y mantención de la atención sanitaria que se le entregaba a los trabajadores. Sobre Gandulfo, Pavez señala: «Quizás una de las figuras más recordadas vinculadas a esta experiencia sea la del Dr. Gandulfo, quien junto a otros profesionales (Pedro Sáez, Luis Soza, Segundo Pereira, Pedro Calderón, Francisco Urbina, Luis Pinto, Manuel Oñate, etc.) dedicó sus más nobles esfuerzos a la mejoría de las condiciones de salud de los obreros» (Pavez, 2009).

5 Todo ejercicio de definición, explica Patxi Lanceros, «consiste en la implementación de límites y fronteras, en el establecimiento de un territorio habitable y en la correlativa heterodesignación de un entorno inhóspito u hostil (que opera, con la venida de Derrida, como exterior constitutivo del interior constituyente). La definición, aunque se ejerza en el ámbito

dose una taxonomía que asignará una valoración correlativa del conjunto y de las partes que ahora se hacen visibles en el obrero moderno. Dicha operación permite el tránsito desde un nivel de organización macro (la fábrica, la escuela, la población, etc.) a uno micro (el cuerpo y su interior), generando las condiciones epistémicas que permitieron establecer relaciones causales entre salud y entorno, enfermedad y sociedad, sexualidad y trabajo. Esta es precisamente nuestra hipótesis: la Hoja Sanitaria representa, en tanto red que vincula un sin número de discursos, individuos, instituciones, prácticas, etc., un *programa* médico y político, en el que la sexualidad y el trabajo se imbrican para dar forma a procesos de individualización del obrero moderno.

## Medicina y trabajo

En 1857 el médico higienista Juan Bruner exhortaba a políticos e intelectuales chilenos: «Dad al pueblo un alimento sano i robusto i tendréis poblaciones activas i aptas a todas las fatigas del trabajo i resistentes a todos los amagos de las epidemias» (Bruner, 1857: 307). Con este llamado, se dejaba en evidencia la relación entre la llamada cuestión social y el decaimiento de la fuerza de trabajo. A la batalla por hacer de la salud una política pública (Fuster, 2013), se sumaba la necesidad de convertir a la medicina académica en un instrumento eficaz para el estudio y la regulación de los procesos biológicos inherentes a la masa productiva. En esta dirección, la alianza entre las organizaciones de trabajadores y la medicina permitió la emergencia de una nueva reflexión sobre el cuerpo, y su relación con el trabajo y la salud.

Los primeros procesos de articulación popular se remontan a la reorganización interna tras la independencia del país (1810-

---

del discurso —o precisamente por ello— es un ejercicio de poder, un acto político (en sentido amplio); aunque solo sea por el hecho de que de-fine o de-limita el que puede hacerlo, el que tiene poder para ello y ocupa una determinada posición que tiende a imponerse» (Lanceros, 2005: 114).

1930). Durante este proceso, el artesanado chileno se posicionó en el escenario político con un discurso centrado en la defensa de sus derechos. Tras la victoria de la falange pelucona, los trabajadores manuales continuaron con sus demandas, pero esta vez asumiendo un rol más conservador y moderado. Sin embargo, hacia 1840 y gracias a la influencia de la burguesía liberal que buscaba ampliar su base política, el artesanado se tornó más refractario y popular. La radicalización de una parte de la disidencia liberal, que consideraba la noción de igualdad primordial para la construcción de una república democrática, caló profundamente en los sectores más instruidos de los trabajadores manuales. Fue así como hacia finales de la primera mitad del siglo XIX, cercanos a los «valores cívicos fundados en principios ilustrados de redención social», los artesanos adhirieron a una «lectura popular del liberalismo» que planteaba como proyecto la «regeneración del pueblo» (Pinto y Salazar, 1999: 110-111). En este sentido, resulta comprensible que las primeras organizaciones mutuales agruparan a los sectores de elite de los trabajadores manuales (Grez, 1994: 296), ya que gracias a su mayor proximidad con la burguesía liberal, asimilaron de mejor manera el discurso ilustrado. En este contexto surge la Unión Tipográfica de Santiago, fundada el 18 de septiembre de 1853, y dos años más tarde, en mayo de 1855, la Sociedad Tipográfica de Valparaíso.

Posteriormente, a partir del ciclo de los gobiernos liberales (1861-1891),<sup>6</sup> las condiciones políticas fueron sumamente idóneas para la formación de nuevas mutuales. La primera de este período —y vital por su labor educativa— fue bautizada como Sociedad de Artesanos La Unión. Fundada en Santiago en 1862, se propuso la instalación de una caja de ahorros para socorrer en caso de enfermedad o incapacidad y para entregar instrucción primaria a sus socios (Grez, 1994: 297). Lentamente, las mutuales instalaron los cimientos de un ideario civilizatorio ba-

---

6 La etapa anterior a los llamados «gobiernos liberales», se caracterizó por la represión que el gobierno de Montt aplicó contra las organizaciones de trabajadores producto de la guerra civil de 1859.



sado no solo en la salud y el bienestar de los trabajadores, sino también en la instrucción moral y cívica de estos. Si la asistencia ante la desgracia fue lo que impulsó su formación, la instrucción moral y política de sus socios fue el objetivo estratégico que le otorgó mayor solidez a su proyecto. Surgen para suplir la ausencia estatal en materia sanitaria, pero también para proseguir las aspiraciones emancipadoras de los utopistas libertarios, logrando crear una base de apoyo social para la ilustración del naciente obrerismo chileno. Es en este proyecto de educación social que la medicina académica desempeñó un rol fundamental.<sup>7</sup> Frente al crecimiento negativo de la población y a las enfermedades que mermaban la fuerza de trabajo, las sociedades de socorros mutuos asumieron una estrategia instructiva. A través de charlas sobre higiene, prevención de enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo o programas de vacunación, los médicos mutualistas concientizaban a los trabajadores y a sus familias sobre la importancia del auto-cuidado. Para este fin, las mutuales establecieron un contrato de servicios sanitarios con un número no menor de médicos, practicantes y boticarios. La coordinación de los servicios médicos y la supervisión del enfermo quedaban a cargo de las comisiones de visitas. Estas se encargaban de archivar todos los detalles del caso y darlos a conocer al Directorio de la mutual,<sup>8</sup> generándose así un prolijo

---

7 Como señala María Angélica Illanes, la labor de los médicos al interior de las mutuales fue constante y muy reconocida por los dirigentes obreros. «Médicos, tales como, Daniel Cruzat, Ricardo Cortés Monroy, Elías Fernández, Eloísa Díaz, César Martínez, Moisés Amaral, Luis Felipe Salas, Manuel Calvo Mackenna, Francisco Landa, y otros, efectuaban su labor con espíritu y vocación de servicio, cobrando aranceles exigüos, mereciendo constantemente la admiración y agradecimiento de los miembros de las Sociedades de Socorros Mutuos» (1993: 45). En este sentido, su influencia no fue menor en la conformación de un discurso y de unas prácticas destinadas al bienestar de los asociados mutualistas.

8 En otras mutuales, esta labor de supervisión, registro e información destinada al conocimiento del Directorio era realizada por los Jefes de Beneficencia. En la Sociedad Lira Chilena estos personajes tenían la función de: visitar la casa del socio enfermo para prestarle ayuda, exigir un certificado médico como constancia de que no puede trabajar, dar oportuno aviso al

registro sanitario de los socios.<sup>9</sup> Dicha supervisión estaba supe-  
ditada, además, a un sistema de control de unidades sanitarias  
en la que se asignaba a cada médico, visitador u otro funcionario  
de la organización la vigilancia sobre un determinado sector de  
la ciudad. De esta manera, el mutualismo chileno generó una  
suerte de archivo documental<sup>10</sup> sobre los índices de morbilidad

---

presidente y secretario del socio enfermo acompañando el recibo de viático para que se lo firmen y procedan a pagarlo en la tesorería, dando parte después al Directorio en su reunión para su pronta aprobación, anotar en la pizarra del salón social el nombre y domicilio del socio o socios enfermos, presentar al Directorio una planilla de viáticos suministrados a los socios enfermos durante el mes, y un informe completo y detallado de todos los gastos hechos, especificando los nombres y apellidos de todos los que se enfermaron durante el semestre (Sociedad de Socorros Mutuos Filarmónica y Foot Ball Club Lira Chilena, 1917: 24-25).

- 9 Como señala Illanes, «Todo personal contratado quedaba sujeto a inspección periódica por parte del Directorio, el cual daba cuenta en cada Asamblea Ordinaria del movimiento del servicio y estado de los enfermos» (1993: 42).
- 10 Sobre el problema del Archivo y los corpus coloniales y postcoloniales latinoamericanos, adscribimos a las reflexiones de los académicos chilenos André Menard y Andrés Tello. En su investigación sobre Manuel Aburto Panguilef, titulada *Libro Diario del Presidente de la Federación Araucana*, Menard señala que «no basta con considerarlo [al archivo] como un agregado o como un sistema organizado de registros (registros que como vimos exceden el plano restringido de la escritura alfabética y abarcan la extensa constelación de marcas que va de los nombres propios a los uniformes, pasando por los tatuajes, los diseños textiles, los petroglifos y hasta los tonos de voz). Un archivo implica algo más, algo que dejaremos aquí en la indefinición de una ley, de una decisión o de una fuerza, y que no solo determina el orden o la relación entre las marcas que lo componen, sino que, y sobre todo, dota estas marcas de una eficacia. Eficacia jurídica, política o económica que acompaña su lectura» (2013: 43). En la misma línea, Tello en su trabajo titulado *Sobre la (im)posible archivología contemporánea* explica, a propósito del desbordamiento del lugar del archivo, que «es en el archivo, como condición de posibilidad de los acontecimientos discursivos, donde se fijan los límites y las regulaciones institucionales, en otras palabras, el archivo es el lugar donde surgen los dichos y los hechos institucionalizados en una sociedad, sus actas y sus actos, lo que se hace decir y lo que se hace ver» (2014, s.p.). Si bien es cierto, la discusión sobre «el archivo» antecede y desborda los trabajos

y mortalidad de sus asociados, que a la postre le permitió guiar estrategias y objetivos en el ámbito sanitario.

## Mutualismo

Luego de la caída del liberalismo gubernamental hacia finales del XIX, se incorporaron nuevos ordenamientos políticos e ideológicos que permearon el desarrollo de las organizaciones de trabajadores. El posicionamiento político de muchos de sus dirigentes al interior de lo que se llamó las «ideologías extremas del socialismo y del anarquismo», entre otros factores, dieron un perfil más sindicalista al obrerismo nacional. Como explica Sergio Grez:

Sin borrar la gran importancia del mutualismo y otras formas de organización presindical en la génesis del movimiento popular chileno, las huelgas de julio de 1890 anuncian el comienzo de una nueva etapa en la que el mutualismo pierde paulatinamente importancia frente a los organismos de lucha que florecerán entre los principales núcleos del proletariado minero y urbano (1994: 305).

Para el historiador, la desmesurada represión que ejerció el oficialismo contra las demandas populares y la estrategia de lucha de clases generaron al interior del obrerismo la creencia de que el mutualismo ya había cumplido su rol histórico.

Durante los primeros años del siglo XX, las malas condiciones de vida de los sectores populares seguían siendo el mal endémico que impedía al productor contar con una fuerza laboral sana y activa para el desarrollo de la economía del país. La República Parlamentaria levantada luego de la caída del último presidente liberal dejaba dormir durante años en el Congreso los proyectos sociales, colocando constantes trabas para su

---

aquí señalados, creemos pertinente hacer una lectura desde las actuales recepciones que ubican el problema en el cruce de una serie de archivos coloniales.

aprobación. La radicalización del discurso obrero, fomentado en parte por la corrupción política y financiera, la falta de distribución de los excedentes del salitre y la acumulación de la oligarquía propietaria, posibilitó el desarrollo de nuevas formas de organización popular:

las sociedades de resistencia (con importante presencia anarquista) constituían los gérmenes del sindicalismo, y las mancomunales (de tendencia mayoritariamente demócrata y socialista), creadas a partir de 1900, expresaban una original mezcla de sindicalismo, de mutualismo, de sociedades populares de recreación y de cultura, y a veces, incluso, de cooperativismo (Grez, 1994: 306).

Además, la particular estructura del mundo popular determinaba el desarrollo de la organización y el porvenir del mutualismo nacional. Artesanos, empleados medios y obreros de distintos sectores productivos, condicionados no solo ideológicamente, sino también por la estructura social imperante, se organizaron diferencialmente: el artesanado y algunos sectores de la clase media y de los empleados recientemente incorporados al sistema mutualista mantuvieron la vigencia de este tipo de organización como medio privilegiado para mejorar la condición social del mundo popular. En cambio, los sectores obreros de la minería, los portuarios y panificadores, entre otros, se organizaron en mancomunales y sociedades de resistencia motivados por la nascente actividad sindical y por el discurso de lucha de clases (Grez, 1994: 307).

Sin embargo, la lógica ilustrada del mutualismo siguió estructurando el ideario de las sociedades de trabajadores. Más allá de los objetivos inmediatos que los movilizaban, y de la posición que ocupaban en el amplio abanico político de la disidencia, los dirigentes de las organizaciones populares heredaron el proyecto civilizatorio (con algunos matices) instalado por los *igualitarios* de mediados del siglo XIX. Al respecto, Eduardo Devés señala que:

En Chile los trabajadores se han férreamente organizado y además, háyase tratado de organizaciones mutuales, mancomunales, sindicales o demócratas, comunistas, socialistas, ácratas o católicas, todas han tenido muy predominantemente el carácter ilustrado en general los conductores ideológicos o políticos de los movimientos de los trabajadores, hacia el centenario, pertenecen claramente a la corriente civilizadora, en las luchas populares latinoamericanas [...] Los conductores chilenos no son caudillos sino educadores, funcionarios de la organización obrera; son hombres de pluma y no de espada, de periódico y de elección: para ellos no hay verdadera lucha popular que no pase por la educación y la organización (1991, 132).

Su verdadera labor estaba en la instrucción de los trabajadores para la emancipación moral y material —como señalara Bilbao—, y no en la lucha revolucionaria de clases; por lo que su fundamento ideológico se basaba en la necesidad de «rescatar los verdaderos valores de la cultura dominante [...] los valores del saber científico o de la democracia política y social traicionados por la oligarquía». De esta manera, como explica Devés, se fue materializando desde mediados del siglo XIX, gracias a las condiciones económicas y políticas ya descritas, un tipo de cultura trabajadora «marcada por la herencia ilustrada y la herencia romántica, asimiladas a través del prisma de un modernismo naturalista. Los cisnes de estos poetas son los periódicos y las princesas son las gestas de la lucha social» (1991: 131-132).

En este contexto, las organizaciones de trabajadores encontraron en la prensa obrera un instrumento eficaz para alimentar la intelectualidad de las masas (Cruzat y Tironi, 1987: 151). Desde la formación de las Sociedades Tipográficas, la propaganda del proyecto mutual fue reforzada a través del desarrollo de una prensa estable, profesional y comprometida con los objetivos de la organización. Ya en pleno siglo XX, la prensa se transformó en el arma privilegiada de las sociedades de resistencia, mancomunales y mutuales, para transmitir su proyecto o ideario. Un claro ejemplo del marcado carácter instrumental que la dirigencia obrera le atribuyó a la prensa lo encontramos

en la figura de Luis Emilio Recabarren, destacado dirigente fundador del Partido Obrero Socialista y del periódico *El Despertar de los Trabajadores* de Antofagasta. Según Recabarren,

la prensa obrera tiene por misión sagrada contribuir a la ilustración y difundir la cultura en las costumbres de los pueblos. Un periódico que llegue a las manos de un hijo del trabajo, debe ser un libro en el cual encuentre la savia vivificante para fortalecer el espíritu, cuando abatido por las luchas de la vida, se siente adormecer. Debe llevar en sus caracteres palabras de enseñanza y de ejemplo, en estilo claro y correcto que revele la buena intención de la pluma que los traza (Recabarren, citado por Cruzat y Devés, 1985: 5).

Recabarren, como menciona Devés, «en lo de civilizador es plenamente representativo, tanto en las acciones como en los conceptos, del carácter de las luchas populares chilenas» (1991: 132). A su vez, lo anterior denota una suerte de proselitización cultural de los dirigentes, insertando sus perfiles dentro de una racionalidad que hace de este cuerpo obrero algo definible e identificable.

## La hoja sanitaria de la IWW

En septiembre de 1924 aparece, en el tercer número de un periódico de tendencia anarcosindicalista llamado Hoja Sanitaria, un texto titulado *El cuerpo humano y las grandes leyes de la salud*. Abre el artículo el siguiente párrafo:

Una máquina está hecha de muchas piezas diferentes, todas reunidas para formar un solo mecanismo. De la misma manera, el cuerpo humano está hecho de muchas partes distintas, reunidas para formar un todo. El maquinista debe saber cuándo su máquina necesita carbón y agua, y cómo hay que suministrárselos. Así nosotros debemos conocer las necesidades de nuestros cuerpos y cómo deben satisfacerse. El maquinista tiene que saber cómo quitar la suciedad y el polvo que se acumulan en las piezas de la máquina, y cómo debe aceitar estas partes para que no se gasten

una contra otra. Del mismo modo debemos saber nosotros cómo deben conservarse nuestros cuerpos libres de los gérmenes que causan enfermedades, y cómo se les debe dar el ejercicio y el reposo necesarios para la salud (Hoja Sanitaria, 1924, N°3).

El cuerpo, como objeto de una reflexión y de una práctica, comenzaba a revelar no solo sus potencias y afectos, sino también su organización. El llamado a la autogestión del cuerpo —que implica siempre el correlativo examen sobre este— se condecía con la autogestión de las organizaciones sindicales que se consolidaban durante las primeras décadas del siglo XX.

Entre los años 1924 y 1927 la sección chilena de la organización sindical anarquista Industrial Workers of the World (IWW),<sup>11</sup> nacida en Estados Unidos de Norteamérica en 1905 y llegada a Chile en 1919, publica en la ciudad de Santiago la Hoja Sanitaria, un periódico difundido de forma mensual que proporcionaba conocimientos de fisiología y anatomía humana,

---

11 Para el historiador Víctor Muñoz la IWW «fue sin lugar a dudas la organización libertaria más recordada de la región chilena. No es ni la más grande ni la más efectiva de cuantas hubo, y tampoco fueron muchos sus años de efectiva transcendencia en el movimiento social criollo, pero sus tres letras se convirtieron en todo un emblema de rebeldía generacional que perduró muchas décadas después de su auge. La IWW no solo marcó a los trabajadores y trabajadoras que eligieron sus filas. Muchos estudiantes y profesores se sintieron afines con su ideario, el empresariado padeció su efectividad y el Estado tuvo hasta que inventar montajes para suprimirla y garantizar el orden social. Revolucionaria, conflictiva, internacionalista, la IWW y sus siglas, encarnaron en sí mismas el imaginario subversivo de los años veinte». Como explica Muñoz, esta organización no solo tuvo una destacable labor sindical, sino que también se constituyó como un actor relevante en la difusión política y cultural de los movimientos obreros del siglo XX. Al respecto, la IWW estuvo a cargo de la editorial anarquista LUX y creó, en las ciudades en las que operó, una serie de periódicos entre los que estaban *Mar y Tierra* en Valparaíso; *Acción Directa* en Santiago; *El Azote* y *El Proletario* en Talca; entre muchos otros. En 1921 se realizó en Valparaíso la Segunda Convención Nacional de la IWW, en la que se tomaron una serie de acuerdos que serían publicados en los periódicos *Acción Directa* y *Claridad*. Estos marcarían el ideario político y social de la IWW (Muñoz, 2013).

principios básicos de higiene para evitar enfermedades y una que otra creación literaria con fines pedagógicos (cuentos, dramaturgia, etc.). La publicación se imprimía en una imprenta de Santiago que funcionaba, además, como Policlínico Obrero autogestionado por la organización, configurándose de este modo un eficaz espacio para la enseñanza y la práctica de la higiene pública. Para este fin, el funcionamiento del Policlínico estaba a cargo de un médico jefe y de dos auxiliares (estudiantes del último año de medicina), una matrona, un dentista, un practicante y un delegado de turno. Se realizaban consultas, inyecciones, curaciones, lavados, pruebas para el diagnóstico de la sífilis, exámenes de jugos gástricos y orina, extracciones y curaciones dentales. Los exámenes de laboratorio, ciertamente los más costosos, valían cinco pesos de la época para los no organizados (Hoja Sanitaria, 1924, N°3). Posteriormente se ampliaría el servicio dental (Hoja Sanitaria, 1926, N°13), en el que se realizaban extracciones bajo anestesia, obturaciones con amalgamas, oro o cemento, tratamientos radiculares, topes de oro, coronas, placas, parches, ganchos de oro, etc. (Hoja Sanitaria, 1926, N° 14).

La gratuidad de la Hoja Sanitaria le otorgó una difusión segura y amplia durante el primer año. Sin embargo, la finalización del superávit —generado por la labor del Policlínico para la financiación de la publicación— en diciembre de 1925, obligó a fijar un precio de diez centavos por número para costear un tiraje de dos mil ejemplares. Posteriormente, al ser declarada la IWW como organización ilícita por las autoridades de la época,<sup>12</sup> el Policlínico quedó sin administrador conocido y a la deriva. Ya en el último número disponible de la Hoja Sanitaria (que data de noviembre de 1927), y tras un silencio de 5 meses destinados a la reorganización de los servicios, se publica la noticia de

---

12 Durante febrero de 1927 y julio de 1931, la dictadura del General Ibáñez se encargó de perseguir, encarcelar y confinar a los principales organizadores de la IWW. Luego de la caída de la dictadura, hubo una serie de intentos de reorganización poco fructíferos. Sin embargo, el Policlínico Juan Gandulfo (llamado así en honor de su fundador fallecido en 1932) seguirá funcionando hasta 1954.



que la Repartición Sanitaria Popular pasó a ser propiedad del Dr. Gilberto Zamorano, y dirigida, como antes, por el Dr. Juan Gandulfo. A pesar de los contratiempos, el Policlínico obrero, como se explica en su número 24,

continúa, como siempre, atendiendo solícitamente a los trabajadores y a todas las personas que soliciten los servicios sanitarios. Y, que, a pesar de este cambio y de no tener subvención de filántropos ni nadie, no ha cambiado su fin de altruismo y bien social por el mezquino mercantilismo [...] Se garantiza que en el servicio no hay distingos ni preferencias de clase; solo hay igualdad en todo, y los precios son muy módicos. Rogamos al público que ayude a este Policlínico y proteja a su órgano, la Hoja Sanitaria (Hoja Sanitaria, 1927, N°24).

De este modo, la Hoja Sanitaria dejaría de ser el órgano de difusión del Comité Sanitario de la IWW para la propagación de la higiene entre los sectores populares, pasando a constituirse en la publicación del Policlínico Obrero nocturno.

Para el médico chileno Fabián Pavez, la importancia de la Hoja Sanitaria, entendida como instancia destinada a la educación sanitaria de los trabajadores, radicaba en

los avanzados conceptos de salud integral que se manejaban: concepción de la importancia de la higiene, el aire puro, el ejercicio físico (incluidas lecciones de natación mediante textos y fotografías), la salud mental y la nutrición. Respecto al último punto, se educaba a obreros y madres de familia en la creación de un menú semanal accesible y nutritivo, y la compra de alimentos económicos de alto rendimiento energético (2009: 428).

Al contar con valiosos elementos formativos e informativos, esta publicación se configuró como un eficaz manual instructivo dirigido a fomentar el auto-cuidado de los trabajadores y de sus familias, difundiendo entre los obreros conocimientos sobre «higiene, salud mental, educación sexual, enfermedades infecto-contagiosas (ETS, tuberculosis, viruela, rabia, pediculosis,

sarna, tifus exantemático, etc.), temas de pediatría y puericultura, nutrición, salud buco-dental, entre otros» (Pavez, 2009: 428).

## El programa médico de la IWW

En una conferencia dada el año 1982 en la Universidad de Vermont, Michel Foucault señalaba:

En 1779 apareció el primer volumen de una obra del alemán Johann Peter Frank titulada *System einer vollständigen Medicinischen Polizey* [Sistema de una policía médica completa], al que debían seguir otros cinco tomos. Y cuando el último volumen salió de la imprenta, en 1790, la Revolución Francesa ya había comenzado. ¿Por qué cotejar un acontecimiento tan célebre como la Revolución Francesa y esa oscura obra? La razón es simple. La obra de Frank es el primer gran programa<sup>13</sup> sistemático de salud pública para el Estado moderno. En ella se indica con lujo de detalle lo que debe hacer una administración para garantizar el abastecimiento general, una vivienda decente y la salud pública, sin olvidar las instituciones médicas necesarias para la buena salud de la población; en síntesis, para proteger la vida de los individuos (Foucault, 2015: 293).

Al respecto, consideramos importante relevar la noción de *programa* que utiliza el filósofo francés en dos aspectos: en primer lugar, se refiere a un conjunto de documentos —cinco tomos— que, organizados sistemáticamente, se constituyen como los lineamientos fundamentales para establecer las condiciones de una salud pública. Pero, en segundo lugar, resulta de sumo interés entender el *principio* que organiza lo que podemos pensar como un conjunto bastante heterogéneo de documentos, teorías, nombres, definiciones, prescripciones, etc., a saber, «proteger la vida de los individuos». Es decir, el *programa* es un orden particular que tiene como objeto general la administración de la población, y la vida del individuo como objeto específico.

---

13 La cursiva es nuestra.

En esta dirección, la Hoja Sanitaria no solo se constituye como un periódico destinado a la difusión de la higiene pública y privada, sino que también se nos presenta como una red compleja de colaboradores e instituciones que desborda los límites del campo médico de la época; deviniendo en su función programática en técnicas de subjetivación, modos de gobierno, representaciones identitarias, entre otros. Es así como, por ejemplo, a su labor de concientización sobre la higiene y las enfermedades que afectaban a los cuerpos de trabajadores y trabajadoras, la Hoja Sanitaria sumó una organizada campaña dirigida a la familia y al cuidado de los niños: «téngase presente que a las guaguas puede educárseles, esto es, formarles hábitos, pero sin necesidad de pegarles, como suele hacerse por muchas madres» (Hoja Sanitaria, 1924, N° 2). A través de su sección *El ABC de la Puericultura Moderna*, la Hoja entregaba a las madres información relevante sobre la lactancia y otros temas asociados. Sin embargo, la efectividad de estas campañas solía jugarse en la incorporación de la familia a la organización, por lo que al igual que en la mutual, las mujeres y madres de familia eran conminadas a participar de los beneficios que representaba la pertenencia a la asociación:

dejad los prejuicios que te rodean y encadenan al potro de la pobreza espiritual y económica, levántate de tu postración: encara e impele (empuja) a tu compañero hacia la organización que engrandece y redime, y si no quiere, ve tú a buscar la salvación de tu hogar, y él que quede en casa en tu lugar (Hoja Sanitaria, 1924, N° 2).

La autogestión, pilar fundamental de la organización obrera, era inculcada en las familias con el fin de «fomentar la organización y demostrar, con hechos bien fehacientes, que los productores, estrechamente unidos son capaces de asegurarse [...] la salud y la vida de ellos y sus familias» (Hoja Sanitaria, 1925, N° 11).

Por otra parte, la higiene de la vivienda obrera también fue considerada como objetivo prioritario, por lo que se publican

artículos que describen las condiciones de insalubridad que viven los obreros en los tinglados y conventillos de la ciudad, denunciando el peligro que suponen dichas instalaciones para la higiene pública. Además, asumiendo su labor reivindicativa, la *Hoja Sanitaria* pone de manifiesto las alzas en los arriendos y la solución propuesta frente a ellas: «*inegarse a pagar más del 50 por ciento e imponer la indispensable higienización!*» (*Hoja Sanitaria*, 1925, N° 7).

En esta dirección, la voluntad programática de la Hoja permite el anudamiento de una serie de discursos relacionados con la salud y el trabajo, cuyo pivote sería el cuerpo obrero abierto a la mirada médica y a un saber biológico regido por las leyes de la naturaleza. Dicha inscripción determinará la aparición de una dimensión molecular que hace observable —y aprehensibles— aquellos rincones portadores de una verdad material sin precedentes. La irrupción de esta nueva dimensión de lo corporal permite la moralización de la naturaleza orgánica que compone el cuerpo del obrero, es decir, una adscripción voluntaria a un régimen normativo. De esta manera, se comienza a vislumbrar en las páginas de la *Hoja Sanitaria* una relación singular entre vida y trabajo en la que el cuerpo deviene en una identidad consciente, tanto del origen natural de las disposiciones orgánicas donadas por una Naturaleza, como de sus condiciones de pervivencia. La emergencia de esta nueva conciencia identitaria subvierte la relación laboriosa entre vida y trabajo, adquiriendo este último un nuevo sentido como móvil de acción para alcanzar la vida plena:

Es tan difícil subvenir todas las necesidades del cuerpo que la raza humana gasta la mayor parte de su tiempo trabajando para conseguir las cosas que son indispensables para la vida y la comodidad. Es preciso cuidar de nuestro cuerpo, pues de otra manera no podremos ni obtener del mundo la felicidad que guarda para nosotros, ni dar a los demás el placer que nuestra vida debe producirles (*Hoja Sanitaria*, 1924, N° 3).

Al igual que con la higiene del hogar y el cuidado de los infantes, la Hoja Sanitaria incluyó la voz experta de la medicina científica en materia de sexualidad. En el primer número de junio de 1924, este pasquín señalaba:

La naturaleza sapientísima produce en los seres adultos de sexo contrario un deseo de unirse, una atracción irresistible que determina la posesión de la hembra por el macho, vale decir, el coito, durante el cual los seres que se desean sacian el apetito sexual al sentirse sacudidos, deliciosamente, por el orgasmo o espasmo genital. Tal es en esencia el verdadero amor: atracción material del sexo masculino por el femenino, iluminado y mantenido por la COMUNIÓN INTELECTUAL Y MORAL del hombre y la mujer que se aman (Hoja Sanitaria, 1924, N° 1).

Posteriormente, en el número 5 de enero de 1925, se abordan en profundidad las enfermedades de transmisión sexual: sífilis y gonorrea. Mediante el título *Protéjase usted contra las enfermedades venéreas y proteja también a sus hijos*, se introduce al lector en las características de dichas enfermedades. Además, cumpliendo su labor instructiva, el artículo establece una suerte de prescripción dirigida al trabajador:

el alcohol y la vida desarreglada aumentan considerablemente los funestos efectos de la sífilis [...] Es posible preservarse de las enfermedades venéreas. El medio más seguro es aquel que aconseja la moral: abstenerse de relaciones sexuales fuera de la compañera o compañero. La continencia no perjudica en nada a la salud, mientras que los excesos venéreos, la agotan. La sobriedad ayuda a mantener la continencia [...] No hay enfermedades vergonzosas, pero es vergonzoso no medicarse y transformarse en un peligro para los demás (Hoja Sanitaria, 1925, N° 5).

Al finalizar, se expone a modo de epílogo un recuadro con la siguiente frase:

El hombre y la mujer desaseados solo inspiran sentimientos de repugnancia. Con más frecuencia de la que se cree, el fracaso en la vida se debe a estas causas y muchas veces sin que el propio

interesado se dé cuenta de ello y sin que nadie se atreva a decírselo (Hoja Sanitaria, 1925, N° 5).

En este sentido, si la sexualidad funciona en base a un sistema homeostático, autorregulado, es posible pensar en una configuración de la vida social que siga las mismas pautas: «El instinto sexual constituye una de las más importantes necesidades del organismo humano, pocos son los que saben comprender la poderosa influencia que la vida sexual ejerce en los sentimientos, en el pensamiento y sobre las acciones individuales y colectivas de la humanidad» (Hoja Sanitaria, 1924, N° 4).

Es en este marco que la sexualidad pasa a ocupar un lugar estratégico dentro del programa trazado por la Hoja, ya que comienza a operar como un fenómeno fundamental de la vida humana que habrá de ser considerado para el adecuado funcionamiento del órgano social. Se establece así una sexualidad inscrita, por una parte, en lo natural, lo biológico, lo instintivo que permite desplazar el tabú del sexo como práctica consagrada, hasta ahora, en el orden de lo privado; y por otra, en el orden práctico, es decir, en lo referido a la promoción de prácticas que aseguren el mantenimiento de un lazo natural entre sexualidad y salud.

Dicho programa se proyecta en tres momentos concatenados en una suerte de tránsito dialéctico. El primero se orienta a *mostrar el cuerpo* y su funcionamiento, atendiendo al fuerte carácter instintivo y animal del mismo. En esa línea, la sexualidad entra en la esfera de un saber médico positivista, neutro y predominantemente descriptivo. Un segundo momento vinculado al anterior, señala la emergencia de una relación significativa entre dicho cuerpo biológico, sus condiciones y necesidades, y la sexualidad desde su pura negatividad, o sea, desde la *enfermedad*. Dicha condición es entendida ya no solo como el simple padecimiento individual, sino que también emerge como la traducción sintomática del cuerpo social enfermo. Es decir, habría en esto un giro epistémico que permitiría el desplazamiento de

la enfermedad, desde el campo de lo puramente individual hacia el de lo colectivo. Aquí, por ejemplo, cobra fuerza en los análisis de los médicos anarquistas la noción de «enfermedad social» o «enfermedad de la república». En un tercer momento es posible notar la emergencia de un relato sobre la sexualidad, ya no entendida exclusivamente a partir de su inscripción en el orden de lo natural, necesaria para el adecuado desarrollo de las dimensión biosocial del ser humano, sino que en función de la incorporación de un elemento ético-normativo con carácter explícito. En otras palabras, se inscribe en el cuerpo individual —subsidiario del cuerpo social— una heteronormatividad centrada en el reconocimiento de reglas que devienen en un proceso de «individualización». En último término, emerge un cuerpo nuevo cuyo orden se encuentra fuertemente determinado por una *dimensión psicológica de la vida humana*. El problema de la enfermedad se desplaza, de este modo, desde las patologías centradas en bacterias y gérmenes, hacia la neurosis como recurso explicativo de la organización de las masas y de la lucha de clases.

Es pertinente, entonces, preguntarnos ¿es posible describir la cartografía de conexiones que el *programa* de la Hoja traza entre un conjunto heterogéneo de discursos, prácticas, instituciones, profesionales, colaboradores, imágenes, entre otros? Al parecer, tal tarea se hace insostenible en la medida en que dichas conexiones están en constante devenir. Sin embargo, resulta plausible describir aquello que aparece como criterio unificador de dichos elementos, a saber, un modo específico de entender la salud del cuerpo y su relación con la enfermedad. Lo anterior se observa, primeramente, en la urgencia de un lenguaje tanto médico como literario, orientado a la descripción precisa y pormenorizada de un cuerpo biológico, sus partes constitutivas y sus modos de funcionamiento. Este singular modo escritural permite que un cuerpo considerado hasta ahora extraño —pero que, paradójicamente, reside en el interior de uno mismo—, se vuelva propio, logrando así homologar la solidaridad interna de los órganos con la unión externa del cuerpo social. De este

modo, el campo médico de principios del siglo XX desarrolla un modo escritural en el que la descripción científica positivista se presenta llena de filtraciones alegóricas, logrando inscribir la retórica de la *comunidad* en la interioridad *microscópica* del cuerpo. Al respecto, Gandulfo señalaba a propósito de los espermatozoides:

Y ya que conocemos bien en nacimiento y la contextura de este animalículo, sigámoslo —en curiosa peregrinación— a lo largo de las vías genitales masculinas; palpemos los accidentes de su camino y anotemos la acción cooperadora de las glándulas anexas que —cual José de Arimatea— van lubricando el calvario de este pequeño ser que —cuando tiene la fortuna de caer en la vagina de una mujer y penetrar al útero o vientre venciendo a sus demás hermanos espermatozóideos— muere, gloriosamente, decapitado por el huevo de la hembra, yendo su cabeza a perpetuarse en la formación del nuevo embrión, mientras su cola es expelida, tristemente, con los detritus, en la orina que se vacía en las alcantarillas o en las acequias [...] Salgamos, cabalgando fraternalmente sobre un espermatozoide, del conductillo espermático, en cuya pared nació nuestro coludo jamelgo (Hoja Sanitaria, 1924, N° 2).

Otra posible consecuencia, derivada de lo anterior, reside en la caracterización de un modo de organización del cuerpo biológico que se hace posible, y hasta deseable, replicar en el cuerpo social. Esto, bajo la premisa del orden natural entendido como un repositorio de leyes y principios de organización de las relaciones entre las partes. De este modo vemos en la Hoja Sanitaria una caracterización, ya no solo del cuerpo individual sino también de las «relaciones entre los cuerpos», en un espacio que circula de manera aparentemente homogénea entre la corporalidad y las formas de organización y preservación de lo social. Lo anterior queda de manifiesto en el siguiente extracto de la Hoja Sanitaria, a propósito de la enfermedad del alcoholismo:

Hemos insistido sobre el hecho fundamental, innegable y no negado, de que el alcohol es un veneno. Hemos hecho ver además que es el más terrible de los venenos conocidos: en primer lugar



porque es peor que la estricnina, el arsénico o el cianuro de potasio, que atacan al cuerpo, mientras que el alcohol es veneno del cerebro; en segundo lugar, porque es más difundido que sus congéneres, que intoxican también el sistema nervioso, la morfina, el opio, la coca, etc.; en tercer lugar, porque el alcohol, además de atacar el espíritu, daña también al cuerpo, y en grado no pequeño; en cuarto lugar porque perjudica directamente al germen de la raza, que nace así con los estigmas de la idiotez, de la epilepsia o del crimen, y por último, porque la intoxicación alcohólica favorece directamente la aparición de las enfermedades venéreas, sobre cuyos peligros habría volúmenes que escribir. Pero, como si todo esto fuera poco, el alcohol que daña al individuo y daña a la familia, daña también al Estado [...] no se necesita perspicacia de un Talleyrand para comprender que todo lo que causa un perjuicio a cada una de las partes que componen un todo, perjudicará también al todo; y así, el Estado, compuesto por familias, sufrirá las consecuencias del mal sufrido por ésta (Hoja Sanitaria, 1925, N° 9).

Podemos desprender de lo señalado que en la Hoja Sanitaria emerge progresivamente un anudamiento singular entre los polos «naturaleza-cultura», marcando en sus líneas la subsistencia de un *telos* que invocará la domesticación y adecuación de la primera a la segunda. En otros términos, interpretamos que se hace posible vislumbrar en el pasquín sanitario un *principio originario*<sup>14</sup> centrado, no en la naturaleza instintiva del hombre, sino más bien en un antagonismo *bi-polar* que a partir de sus condi-

---

14 Aludimos a la noción problemática de principio, tal y como la desarrolla el filósofo vasco Patxi Lanceros, entendido como la imposición de una serie de criterios ordenadores que delimitan un campo de visibilización, un reconocimiento de unas (y no otras) *condiciones de posibilidad* a partir de la inscripción de reglas que esconden sus condiciones enunciativas, pero que permiten proyectar un sentido, un tránsito hacia una finalidad que de ningún modo puede ser comprendida como esencial. En sus palabras: «la modernidad no se ha librado del viejo prestigio de un orden superabundante, de un orden absoluto, tendencial y tendenciosamente universal y necesario. Pero ha tenido que construirlo, producirlo o inventarlo en un contexto particular, caracterizado, entre otras cosas, por un mundo “desencantado”, una multiplicidad ética y una inmensa capacidad técnica» (Lanceros, 2014: 12).

ciones enunciativas prescribe las condiciones que salvaguardan dicha relación dicotómica, asegurando de este modo los intereses de una humanidad enlazada a unos marcos donados por el ideario ilustrado.

No obstante lo anterior, lo particularmente penetrante de dicho anudamiento reside en el carácter eminentemente dialéctico que se aprecia en esta relación: la naturaleza, en tanto fuente originaria de impulso del hombre para la construcción de su proyecto, requiere de ser superada a partir de sus propias condiciones ordenadoras. Es a partir del modelamiento del orden prescrito por las leyes naturales, en este caso materializadas en el funcionamiento microscópico, funcional y sistémico del organismo humano, que se puede acceder a una organización social proyectada sobre las bases de lo que a la postre constituirá la superación del mero carácter natural del instinto.

Es dentro de este esquema epistémico que la sexualidad emerge como categoría de relevancia fundamental al interior de la Hoja Sanitaria, considerando la articulación entre la naturaleza instintivo-animal que aparece enunciada de diversas formas dentro del pasquín, y el marcado carácter prescriptivo-normativo que comenzará a emerger progresivamente asociado a dicha noción, es decir, como parte de un discurso general —de la salud— que vincula las determinantes biológicas de la vida sexual un «adecuado desarrollo», materializado en la posibilidad real de establecer vinculaciones significativas ligadas a la cuestión social. Es así como se podría explicar la emergencia de una dimensión moral asociada a la sexualidad, a saber, entendida como una dimensión de la existencia humana que, para lograr articularse dentro de un proyecto cuya finalidad es la de conformar un «sentido común» civilizado y propio, debe encausarse dentro del marco intelectual y moral propuesto por Gandulfo en el periódico inaugural. Esto permitirá, a la postre, generar una categorización de la vida sexual fundada en una serie de distinciones agrupadas en registros que transitan entre lo «normal» y lo «patológico». A continuación intentaremos dar cuenta

de los momentos o intersticios que componen el devenir de la sexualidad al interior de los límites dispuestos alrededor de la Hoja Sanitaria.

## **Primer *intersticio*: el cuerpo abierto**

Los primeros dos números de La Hoja Sanitaria describen y explican prolijamente los *órganos sexuales*. A pesar de que su autor, el médico Juan Gandulfo, señale al comenzar su trabajo que «en un artículo de revista no podemos entrar en una descripción minuciosa y cansada» (Hoja Sanitaria, 1924, N° 1), logra sin problemas dar luz, a través de figuras, esquemas, gráficos y textos, a aquellas estructuras y funciones internas antes ocultas a la mirada laboriosa del trabajador. El texto no repara en detalles: se describen espermatozoides, sistema urogenital, testículos, ovarios, cortes frontales de ambos aparatos, etc., todo acompañado de datos didácticos y curiosos:<sup>15</sup>

---

15 A propósito de la composición de la esperma, al autor señala: «Un autor francés dice que si se guisara el esperma, resultaría un plato nutritivo y sabroso, a juzgar por las sustancias que lo componen» (Hoja Sanitaria, 1924, N° 1). Otro ejemplo interesante resulta ser las descripciones comparativas con otras especies: «En las aves los testículos están en la cavidad abdominal, por debajo de los riñones; en los ratones están más o menos, en el mismo sitio y bajan a las bolsas en el período del celo; en el embrión humano descienden desde igual punto, a medida que aquel se desarrolla hasta alcanzar las bolsas poco antes del nacimiento» (Hoja Sanitaria, 1924, N° 1). O en relación al óvulo el autor explica: «Normalmente, la hembra pone tantos huevos como hijos produce: en la mujer es uno, mientras en la perra, por ejemplo, son varios; sin embargo, en la mujer hay postura ovárica doble o triple dando lugar al embarazo gemelar doble o triple» (Hoja Sanitaria, 1924, N° 2). Resulta muy interesante también las referencias a creencias populares en el ámbito sexual. Al respecto, Gandulfo señala al explicar la estructura de la vagina: «Es un tubo cuyas paredes (anterior y posterior) se adosan en reposo y se separan cuando el pene entra en la vagina. Este tubo es musculoso-membranoso y en su parte inferior se encuentra un músculo atrofiado que lo circunda y que, en ciertas ocasiones, se halla muy desarrollado, a tal extremo, que la mujer puede —voluntariamente— contraer la vagina y retener el pene del hombre en ella»; pero a continuación, en una nota a pie de página señala: «Esto

Si descendemos, entre los muslos de una mujer, desde el monte de venus o pubis, terminamos en la vulva [...] El monte de Venus está cubierto de pelos en la mujer púber. Pelos que cubren a dos grandes pliegues cutáneos, llamados labios [...] Entreabriendo los grandes labios, aparecen dos repliegues menores llamados pequeños labios, cuyas extremidades superiores se dividen en dos franjas uniéndose la más externas y superiores hasta formar un capuchón o gorro a un nuevo órgano: el clítoris, que se asemeja a un pequeño pene, cuyo frenillo está formado por las franjas inferiores de los pequeños labios. Los pequeños labios y el clítoris están constituidos de tejido eréctil, tal como el pene en el hombre, y cuando la mujer se excita se ponen duros y turgentes aplicando —en el coito— la extremidad del clítoris sobre el dorso del pene para producir en parte, el orgasmo en la mujer (Hoja Sanitaria, 1925, N° 2).

Este ejercicio descriptivo responde a principios de organización que consideran al cuerpo como el punto de partida y de llegada de toda reflexión, una suerte de espacio prístino y original, cuya definición, delimitación y heterovaloración emergen en la Hoja desprendidas de todas aquellas rémoras culturales —inscritas en otro tipo de archivos—<sup>16</sup> que operan desde criterios de eficacia distintos a los raciales-biológicos que configuraron muchas de las políticas estatales durante el proceso de construcción del estado nación.<sup>17</sup> Al respecto, el desplazamiento

---

es lo que nuestro pueblo llama choco y las mujeres que tienen la fortuna de poseerlo, son muy apetecidas. Se trata en estos casos de una regresión atávica, pues este músculo se encuentra en estado normal en la yegua y en la perra, lo que explica en parte el abotonamiento de esta con el perro, después del coito» (Hoja Sanitaria, 1925, N° 2).

16 Al respecto, André Menard señala a propósito de las diferencias entre la lógica archivística mapuche y la estatal que «nos permite entender el fenómeno colonial como un problema de superposiciones de luchas entre archivos distintos» (Menard, 2013: 43).

17 En relación al factor racial que determinó el proceso de la formación estatal decimonónica chilena, André Menard señala que «al favorecer en primer término el registro de la relación de filiación, lo que está haciendo es construir la identidad sobre la base de un dato biológico y natural,

de ciertos tabúes sexuales que operan en las descripciones de Gandulfo permiten confrontar las creencias populares con el detalle *microscópico* de la mirada médica. La virginidad, por ejemplo, asociada comúnmente a la rotura del himen —en las culturas locales y en otras— pasa a ser cuestionada en la descripción minuciosa de la membrana:

La desembocadura de la vagina se encuentra —a veces— en la mujer virgen obsturada parcialmente por una membrana perforada en distinta forma llamada himen (sic). Es esta membranita que se rompe también a veces [...] en el himeneo, la que el vulgo interpreta como signo de la virginidad en la mujer [...] Es ese un craso error, pues hay mujeres de himen elástico y semilunar, que lo conservan después de coitos repetidos y solo se les desgarra durante el parto. En cambio, hay mujeres que tienen solo indicios de himen, al nacer; y otras que lo tienen muy frágil y se les desgarra al cabalgar, montar en bicicleta o caer a horcajadas [...] De modo que la existencia o la no existencia del himen no es una prueba absoluta de la virginidad en una mujer (Hoja Sanitaria, 1924, N° 2).<sup>18</sup>

Sin embargo, no se observa en este trabajo minucioso la voz severa del sabio que castiga como idolatría la, otrora, creencia popular, sino más bien se establece sutilmente un principio de división de los sexos que responde a una *naturaleza sapientísima*, pero que se adapta al progreso humano. En esta dirección, Gandulfo explica cómo la sexualidad, la cultura y el progreso se anudan en una modernidad que avanza hacia en reencuentro de los sexos y de su función natural:

---

coherente con su voluntad preferencial por sancionar el problema de la herencia: herencia económica, jurídica y biológica. Se establece así una suerte de superficie de inscripción definida por el carácter dado por lo natural, es decir anterior a toda construcción social, histórica o política. Aparece aquí la centralidad del registro civil dentro del archivo estatal, en la medida en que funciona como el registro de una serie de datos biológicos: nacimientos y defunciones, sobre una superficie de inscripción naturalmente dada y homogénea» (2013: 41).

18 Las cursivas son nuestras.

Había ciertos pueblos en la antigüedad, en que las mujeres — durante la pubertad— ofrendaban su hímene a los dioses. Iban las muchachas, después de la primera menstruación, a los templos y —previa una oración ritual— cabalgaban ídolos con penes de bronce que le desgarraban la famosa membranita. Hoy, como todo se ha humanizado, son los hombres encargados de los ritos de ciertas religiones, los destinados a reemplazar en una forma dulce y blanda a los ídolos fríos y crueles (Hoja Sanitaria, 1924, N° 2).

## **Segundo *intersticio*: la enfermedad social**

Un segundo momento, en esta cartografía de la vida sexual, se encuentra marcado por la inclusión de una serie de prescripciones orientadas a la necesidad de cuidado y salud del cuerpo. Encontramos cuantiosas referencias de médicos especialistas, entre ellas las del médico mexicano Dr. Manuel Uribe y Troncoso, destacado oftalmólogo e investigador reconocido por sus labores ligadas a la vinculación entre salud pública e higiene escolar. En su estudio llamado «Enfermedades más frecuentes de los alumnos de los establecimientos de educación primaria del Distrito Federal», presentado en el Primer Congreso Científico Mexicano del año 1912, el Dr. Uribe y Troncoso enfatizaba la importancia de la inspección escolar para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas de los estudiantes en desarrollo (Granja, 2001). La inserción de los escritos del oftalmólogo, en el contexto de la Hoja Sanitaria, proponen la apertura a una dimensión causal explícita entre el trabajo y la salud, teniendo como punto de convergencia el cuerpo. En sus palabras:

La gran razón por la cual todo el que quiere gozar de las cosas agradables y hermosas de la vida no puede consagrarles por completo su tiempo y su pensamiento es que necesitamos disfrutar de salud para gozar el mundo y que tenemos que trabajar para poder subvenir a las necesidades de nuestros cuerpos y conservarlos con salud [...] La naturaleza nos ha dado a cada uno un cuerpo, y en este cuerpo tenemos que vivir mientras estemos en el mun-

do. Cuando nuestros cuerpos están sanos y fuertes gozamos de la vida; vemos y sentimos la belleza del mundo; pero cuando la enfermedad y el dolor llegan a nosotros, poco placer nos proporcionan las cosas que pueden servir para nuestro goce. Es por esto que debemos tener cuidado con nuestros cuerpos, si queremos gozar de los placeres de la vida y hacer el trabajo que aguarda a cada uno de nosotros en este mundo (Hoja Sanitaria, 1924, N° 3).

En el número siguiente de la Hoja Sanitaria, correspondiente al número 4 del año 1924, aparece por primera vez el apartado denominado «Instinto Sexual». En este suplemento del pasquín anarcosindicalista, queda explicitada la relación entre una disposición causal que vincula la dimensión del placer con una sexualidad que tiene por finalidad la reproducción. La formulación explicativa de esta relación se erigió en base una etiología del desarrollo de la dimensión sexual, refrendando así la necesidad perentoria de cobrar conciencia sobre la importancia de satisfacer las pulsiones como parte de un proyecto de vida saludable. En términos del Dr. Heinz Starkenburg,<sup>19</sup>

la satisfacción de los sentidos es condición absolutamente esencial para la salud corporal y física del hombre: amortigua, aunque solo sea en parte, este fuego ardiente, al menos en aquello que es posible; ocasiona daños muy serios, y la más de las veces irremediables, a la vida física y moral del hombre (Hoja Sanitaria, 1924, N° 4).

Es en este punto en donde se hace posible pesquisar la emergencia de una negatividad de una salud sexual deviniendo potencialmente en enfermedad. De este modo se establece la fundamentación para comprender la patología como la interrupción —quiebre de un estado ideal de salud natural mediante formaciones sociales represivas—, de las leyes contenidas en

---

19 El Dr. Starkenburg es reconocido especialmente por haber sido redactor de la revista *Der Sozialistische Akademiker* (*El académico socialista*), que en su N° 20 del año 1895 publicará una carta de F. Engels dirigida a W. Borgius, a propósito de cómo las condiciones históricas se ven condicionadas por las relaciones económicas (Engels y Marx, 1974).

el instinto que convocan permanentemente al hombre a satisfacer su deseo: «Debéis considerar, pues, la satiriasis, la epilepsia, la locura, el histerismo y otros males, como consecuencia de haber descuidado la vida sexual; llama también la atención sobre el extraordinario contingente que los célibes proporcionan a los manicomios» (Hoja Sanitaria, 1924, N° 4).

Así continua el pasquín sanitario su abordaje sobre las enfermedades sexuales. Ya en el número 5 de la publicación, del año 1925, se enuncia de manera explícita un discurso que propone un lazo natural entre la sexualidad, como ausencia o quiebre del desarrollo del impulso, y la aparición de una serie de enfermedades concomitantes. Es el mismo Dr. Starkenburg quien propone una apología a la realización de la finalidad donada por la naturaleza sexual de los hombres. Lo anterior queda refrendado al señalar que, «El instinto sexual, en sí, no es otra cosa que la naturaleza» (Hoja Sanitaria, 1925, N° 5), intentando mostrar de qué manera el hombre urbano ha tendido progresivamente a alejarse de su condición natural virtuosa debido a su adscripción a costumbres morales propias de unas condiciones de vida modernas, desvinculadas del instinto natural:

Esto proviene de las condiciones de la civilización de nuestro siglo, artificialmente conducido a una altura verdaderamente ruinosa [...] la vida moderna, y especialmente la de las personas cultas, está refinadamente modelada cínicamente dispuesta para una excitación hipertrófica y despiadada opresión de la vida sexual. Quién se vea arrastrado a vivir en tal ambiente, viene forzosamente obligado a caer en brazos de la más desenfundada lascivia y a cometer actos contra la naturaleza (Hoja Sanitaria, 1925, N° 5).

Acto seguido, aparecen minuciosamente descritas una serie de enfermedades vinculadas a la práctica sexual misma. No obstante, llama la atención el hecho que en este punto dichas patologías comienzan a abordarse en una asociación con el ámbito de la salud pública. En esta línea, es posible observar la emergencia de una cartografía de la enfermedad sexual operando en dos tiempos: por un lado, desvinculando la sexualidad de



su condición exclusivamente instintiva, tal como aparecía en las primeras publicaciones del pasquín sanitario, y reemplazando dicha comprensión por una que pone el énfasis en una *práctica sexual* como fuente potencial de enfermedades asociadas a estilos de vida «públicos», que, en su desarrollo, llegan a afectar la dimensión privada de la existencia;<sup>20</sup> por otro lado, caracterizando de forma gráfica el desarrollo de las enfermedades sexuales, particularmente la sífilis y la gonorrea, entendidas ahora como asuntos que afectan, principalmente, al cuerpo social:<sup>21</sup> «Pro-

---

20 Vemos en esto un punto de unión entre la «vida pública» y la «vida privada», concentrado alrededor de la familia como eje de anudamiento entre ambos espacios. Esto queda de manifiesto, por ejemplo, en los insertos de la Hoja Sanitaria que advierten a la población sobre los potenciales peligros que provoca la ausencia de tratamiento de las enfermedades venéreas: «AVISO DE IMPORTANCIA. Es del mayor interés para el enfermo curar radicalmente su purgación. El menor derrame que persiste (gota militar) puede tener las más graves consecuencias: 1) Para el enfermo: El derramo se hace crónico (gota militar) que es mucho más difícil de curar. Expone a complicaciones de la vejiga (cistitis), de los testículos (orquitis) y del canal de la uretra (estrechez). Las estrecheces pueden complicarse después de un tiempo más o menos largo, a veces algunos años con afecciones gravísimas que suelen ser causa de muerte. 2) Para la mujer del enfermo: Esta es contaminada seguramente por las relaciones sexuales. Empieza a tener dolores en el vientre y ores blancas. Muchas veces se in ama el ovario y la matriz, haciéndose necesario una operación quirúrgica para extirparlos; y la mujer queda definitivamente imposibilitada para tener hijos. 3) Para los hijos: Aquellos que nacen de madres contaminadas están expuestos a accidentes sumamente graves en los ojos; en el momento del parto los ojos se ensucian con al pus de la madre, resultando de ello una in amación de la vista que suele acarrear la ceguera definitiva. En resumen, la gonorrea o purgación no es una enfermedad insignificante. Las consecuencias son siempre muy graves y por esta razón esta enfermedad debe ser tratada con constancia hasta su completa curación» (Hoja Sanitaria, 1925, N° 5).

21 Un ejemplo de las mentadas descripciones se puede apreciar en el siguiente párrafo: «La sífilis, cuya primera manifestación (chancro duro) no aparece sino al cabo de tres semanas después del contagio produce numerosos accidentes de la piel (manchas rojas, caída del pelo), de las mucosas (placas mucosas de la boca y de la garganta, MUY CONTAGIOSAS), de los ojos, etc., y provoca frecuentemente después de un número variable de años la locura, la parálisis, la pérdida de la vista y otras en-

téjase Ud. contra las enfermedades venéreas y proteja también a sus hijos. Si está Ud. Atacado por ellas cúrese bien y sanará. No hay enfermedades vergonzosas, pero es vergonzoso no medicinarse y transformarse en un peligro para los demás» (Hoja Sanitaria, 1925, N° 5).

En esta misma línea el médico psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing,<sup>22</sup> cuyos textos componen una parte importante de las alusiones a la sexualidad en el periodo intermedio de la Hoja Sanitaria, aborda la cuestión sexual a partir de la consideración de la dimensión biológica de la enfermedad sexual como potencial núcleo conflictivo para las interacciones sociales, particularmente conjurando la dimensión ético-moral de la vida humana. En palabras del siquiatra:

---

fermedades graves. Favorece la aparición de la tuberculosis y del cáncer. Muchas personas mueren así como consecuencia de la sífilis contraída 17, 20 o 30 años antes y que no fue curada o mal medicinada. En la mujer determina además abortos, niños muertos, débiles y mal conformados (labio leporino, pie chueco) u otros trastornos hereditarios más profundos (idiotéz, epilepsia o gota coral, etc.). El alcohol y la vida desarreglada aumentan considerablemente los funestos efectos de la sífilis. La blenorragia o purgación, a la cual se da habitualmente tan poca importancia, puede dar complicaciones graves de las articulaciones o coyunturas y de los órganos genito urinarios. En el hombre, la orquitis o inflamación de los compañeros o testículos puede ser la causa de la esterilidad definitiva. En la mujer, la blenorragia es la causa habitual de la metritis (1), de la salpingitis (2), que necesitan muy a menudo operaciones y que dejan a la mujer en la imposibilidad de tener familia. El pus de la blenorragia llevado sobre el ojo provoca una grave enfermedad debido a la cual muchos niños contagiados en el momento de nacer quedan ciegos. La blenorragia se prolonga a veces indefinidamente, tanto en la mujer como en el hombre, en forma de gota militar, que es casi siempre tan contagiosa como la gonorrea aguda [...] La sífilis y la blenorragia son causa de sufrimientos, de inquietudes para los individuos, de desorganización para la familia y de debilitamiento para el país» (Hoja Sanitaria, 1925, N° 5).

- 22 Cabe notar que su libro *Psychopathia Sexualis* (1886), se transformó en referencia fundamental para profesionales del campo de la medicina y del ámbito jurídico decimonónico europeo, desvelando las rentabilidades surgidas a partir de una relación causal entre las disposiciones naturales de la conducta sexual humana y sus posibles desviaciones.

El hombre se pone en el mismo nivel de las bestias al buscar únicamente satisfacer su lujuria, pero se eleva a una posición superior al combinar las funciones sexuales con las ideas de moralidad, de lo sublime y lo bello [...] el sentimiento sexual es la base sobre la que se desarrolla el avance social [...] No hay duda que la vida sexual es el factor más poderoso de las relaciones sociales de un hombre, revelando los poderes de la actividad, de la adquisición de propiedades, del establecimiento de un hogar, del despertar sentimental hacia una persona del sexo opuesto, hacia sus propios asuntos así como los de toda la raza humana. El sentimiento sexual es como la raíz de todas las éticas, así como también del ascetismo y de la religión (Krafft Ebing, 1904: 1).

### **Tercer *intersticio*: la «individualización» y la formación de una «identidad sexual»**

Luego de un sostenido silencio, de más de un año, respecto de las publicaciones sobre el *Instinto Sexual*, en La Hoja número 17, correspondiente a Junio de 1926, se retoma el tema de la sexualidad. Sin embargo, en este punto las publicaciones se dedicarán a estrechar los lazos entre esta dimensión de la vida humana y la educación. En este momento se recurre a los escritos del Dr. Gregorio Marañón, renombrado médico endocrinólogo de origen vasco, cuyas ideas aportarán a tender un puente entre los procesos fisiológico-orgánicos centrados en las secreciones hormonales internas, las diferencias sexuales y su vinculación con los roles sociales, tanto de hombres como mujeres, generando así una conexión entre la diferenciación de los sexos y el trabajo (Castejón, 2013). En otras palabras, dicho impulso del Dr. Marañón, centrado en un determinismo biológico sostenido a través de una sexualización del organismo, tendrá por objetivo anudar el problema sexual a la vida social a través del trabajo: «el trabajo es, en cierto modo, una función de orden sexual, un verdadero “carácter sexual”» (Marañón, 1972: 268).

La inclusión de los escritos del Dr. Marañón constituyeron la apertura de una nueva escena en el devenir de la Hoja Sanitaria. El carácter eminentemente pedagógico y moral de sus textos

viene a desplazar al carácter descriptivo aportado por el discurso médico positivista, materializado en las primeras publicaciones del año 24. En esta nueva línea editorial sobre la sexualidad, el discurso de Marañón permite aún reconocer la presencia del instinto natural como motor de la acción humana, aún cuando tiende a situar el carácter problemático del mismo. Dicho elemento conflictivo, aportado por los instintos naturales, debe, entonces, verse subsanado por una orientación hacia el trabajo:

El instinto de perdurar en el individuo y en la especie son los motores subterráneos de su actividad en sus formas más variadas. Pero el cumplimiento de estas obligaciones ineludibles, es empresa llena de dificultades. Para vivir tiene que trabajar con dolor o cometer la villanía de vivir del trabajo de otros; y para reproducirse, tiene que pasar por las horcas caudinas de las múltiples desarmonías de la vida sexual (Hoja Sanitaria, 1926, N° 17).

La «pedagogía sexual» propuesta por Marañón se centra en puntualizar la etiología social de los sexos a partir de un proceso explicativo centrado en la diferenciación y progresión hacia un proceso de «individualización». Vemos en él claros indicios de una influencia psicoanalítica, particularmente en lo que dice relación con la construcción metapsicológica freudiana sobre las diferencias anatómicas de los sexos. En otras palabras, Marañón introduce una visión sobre el adecuado desarrollo sexual a partir de la superación de un estado inicial —natural— marcado por la «bisexualidad constitucional».<sup>23</sup> Es en esta línea que los escritos

---

23 El esquema metapsicológico de la «bisexualidad constitucional», propuesto por el psicoanalista Freud, remite a la idea que todo ser humano nacería con una mezcla de rasgos masculinos y femeninos. Dicho momento iniciático debe superarse para lograr un adecuado desarrollo del aparato sicossexual. Para lograr dicho cometido se debe transitar por una serie de etapas pregenitales y cuyo zenit se encuentra en la resolución edípica, a partir de la gestión diferenciada del complejo de castración, habilitando así el paso hacia una diferenciación total: «En este lugar se bifurca el llamado complejo de masculinidad de la mujer, que eventualmente, si no logra superarlo pronto, puede deparar grandes dificultades al prefigurado desarrollo hacia la feminidad. La esperanza de recibir, alguna vez, a pesar de todo, un pene, igualándose así al varón, puede conservarse hasta

del Dr. Marañón muestran un marcado carácter formativo. En su trabajo titulado «La Educación y la Diferenciación Sexual», texto publicado íntegramente a lo largo de cuatro números de la Hoja Sanitaria, se describen de manera abierta las relaciones existentes entre las desviaciones sexuales, los problemas asociados a la salud biosíquica de los individuos y sus concomitantes para la vida social. En estos pasajes se consolida, de manera novedosa, la relación entre el cuerpo biológico y una nueva forma de organización del binomio salud-enfermedad a partir de una mirada psíquica interiorista, centrada ahora en el problema de la neurosis.

Partiendo de la base de los mentados procesos de individualización, el médico español centra la discusión en torno a lo siguiente:

Creemos en la necesidad de una diferenciación sexual progresiva, pero no solo en el hombre sino también en la mujer. Nadie puede

---

épocas inverosímilmente tardías y convertirse en motivo de extrañas acciones, de otro modo incomprensibles. O bien sobreviene el proceso que me gustaría denominar desmentida, que en la vida anímica infantil no es raro ni muy peligroso, pero que en el adulto llevaría a una sicosis» (Freud, 2000: 271-272). Se hace interesante notar que dicho proceso aparece asociado de manera inextricable a un proceso represivo, transformando las pulsiones parciales y autoeróticas en formas legítimas de canalización de dichas pulsiones, ahora proyectadas sobre un objeto completo en base a una noción de amor genital que permite anudar la meta sexual última — la unión de los genitales— a la función reproductiva, socialmente beneficiosa, de la especie humana. El psicoanálisis freudiano conjura la función del amor como fundamental para el desarrollo de la vida síquica y su interacción con las formaciones culturales, a partir del desplazamiento pulsional que emerge de la lucha entre individuo con su entorno. Serían, por decirlo de algún modo, las transformaciones que debería tolerar el sujeto para devenir en un ser social a partir de la regulación de los vínculos recíprocos. Recordamos, respecto de los destinos de la pulsión, la diferencia entre el «amor sexual genital», orientado al vínculo amoroso que permite la preservación de la especie bajo el régimen monogámico, y el «amor por meta inhibida», que lleva a la configuración de fraternidades que se ordenarán en torno a actividades productivas y productoras de desarrollos culturales (Freud, 1986).

sostener hoy día que la esencia de la masculinidad sea superior a la de la feminidad. Son simplemente distintas; su excelencia depende, justamente, de su distinción, que debe llevarse hasta su máximo. El varón deberá sofocar, como decía Weininger, los restos que tiene de mujer y exaltar los elementos propiamente varoniles; pero paralelamente, la mujer deberá exaltar su feminidad; para alcanzar unos y otros el auge de la individualización sexual, que da el máximo de garantías para que el cumplimiento del instinto de reproducción no se convierta en manantial de desdichas (Hoja Sanitaria, 1926, N° 19).

Es posible observar en las palabras del Dr. Marañón una sofisticación del discurso médico, ampliando los límites de los campos de acción de lo instintivo en lo referente a la condición animal de lo humano, pero desplazándolo a nuevos espacios a través de la definición de las perturbaciones sexuales. Esto hace que lo instintivo, otrora relacionado con aquello que permitía el adecuado desenvolvimiento social del individuo, se transforme ahora en una condición potencial de patología y anormalidad en la medida en que no sea sometido a una regulación respaldada por los saberes científicos, es decir, aquellos saberes que permiten poner en perspectiva, cobrar conciencia y tomar distancia del elemento puramente animal contenido en el individuo humano:

La naturaleza manda, pero el hombre puede disciplinar sus impulsos, como puede encauzar los torrentes aunque no logre que las aguas corran cauces arriba. Un principio fundamental para la explicación de las variaciones de los instintos y para su posible pedagogía, es precisamente éste: las influencias externas, el medio y por lo tanto la educación, pueden actuar no solo sobre los elementos nobles de nuestra psicología, sobre nuestros pensamientos y sentimientos; no solo sobre nuestros instintos ya desarrollados, sino, en cierto modo también, sobre la base orgánica donde los instintos manan sigilosamente, como mana de la roca el hilillo de agua que luego se convertirá en río caudaloso (Hoja Sanitaria, 1926, N° 20).

Entendemos este desplazamiento del discurso médico-sanitario como la apertura a un nuevo espacio de visibilización de la sexua-

lidad, posibilitando una cartografía de conexiones entre puntos de marcado carácter heterogéneo, que en este nuevo escenario se comienzan a concatenar de manera natural, armoniosa y comprensiva. Asistimos, de este modo, a un proceso de *medicalización del cuerpo* que, tal como nos plantea Foucault,

no debe ser solo el «corpus» de las técnicas de curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del hombre saludable, es decir, a la vez una experiencia del hombre no enfermo, y una definición del hombre modelo. En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que la funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad en la cual él vive. Se sitúa en esta zona marginal pero, para el hombre moderno, soberana, en la cual una cierta felicidad orgánica, lisa, sin pasión y musculosa, comunica en pleno derecho con el orden de una nación, el vigor de sus ejércitos, la fecundidad de su pueblo y la marcha paciente de su trabajo (Foucault, 2004: 61).

Ya en las cercanías de las últimas publicaciones del pasquín sanitario continúan las referencias a los estudios del Dr. Marañón. En el número 21, correspondiente al mes de marzo del año 1927, se anuncia de manera explícita lo que a todas luces podría ser interpretado como una prescripción moral-normativa referida al comportamiento sexual, inscrita en los márgenes de un proyecto civilizatorio orientado al ordenamiento de la población obrera, específicamente en lo que refiere al adecuado encausamiento de las relaciones amorosas:

No tiene duda que el ideal sexual del hombre normal debe ser el amor monogámico. La única solución venturosa de la inquietud de los instintos es la pareja unida por el amor. Un hombre puede encontrar su felicidad en la solución poligámica, y el mundo está lleno de ejemplos de este género. Pero ello será siempre a costa del dolor y de la ignominia de muchas mujeres. Es, pues una solución que solo puede aceptarse con un criterio de egoísmo sexual e individual con el que no podemos transigir, y en cuanto a la mujer, la que no aspire a la solución del varón único será o una asceta estéril o una Mesalina; y tampoco se puede ser Mesalina sin el concurso de hombre indignos [...] La solución monogámica es peculiar al

hombre. Y es, por lo tanto, la expresión del grado máximo de evolución amorosa [...] Solo el hombre puede llegar a la monogamia voluntaria y razonada (Hoja Sanitaria, 1927, N° 21).

Vemos en el texto precedente de qué manera el instinto sexual deviene enemigo de una razón que, promovida por otros cauces, diferentes al puramente animal, permite al hombre alcanzar un grado de perfección y felicidad centrado en la fidelidad que asegura la relación heterosexual monógama. Esto sugiere una separación del instinto que, aun cuando nunca se abandona del todo, permite un tránsito hacia un estado de refinamiento y ennoblecimiento donado por la fraternidad. Lo anterior, como ya hemos planteado, supeditado al proceso previo de individuación —de diferenciación sexual—, necesario para el adecuado desarrollo del lazo afectivo: «Solo el hombre ha realizado el milagro de engañar a su instinto con la amistad, y a la sombra de esta darle cada día, como manjar distinto, el mismo pan de siempre» (Hoja Sanitaria, 1927, N° 21).

La última referencia al problema de la sexualidad publicada en la Hoja Sanitaria data del mes de Abril de 1927. En ella aparece lo siguiente:

¿Cuál será la fórmula práctica para esta pedagogía de diferenciación de los instintos? Sin duda en el varón el estímulo del trabajo. Y esto no es un mero y vago precepto de moral, sino un concepto henchido de justificaciones biológicas. Es evidente, y no hace mucho hemos explanado este tema, que la actividad social del hombre, ya en su forma legítima y creadora, que es el trabajo [...] Por ello el trabajo intenso es el camino recto que nos lleva a la monogamia, por lo tanto, a la afirmación, pudiéramos decir a la sublimación, de nuestra sexualidad [...] ¿Y la mujer? [...] La verdad es que la mujer no podrá dar para la creación de las obras maestras más que aquella parte de su alma que no esté absorbida por las preocupaciones familiares; porque ninguna gloria podrá jamás exonerarla de sus humildes funciones de madre, hacia las cuales le impulsa el instinto, y a las que la naturaleza la destina (Hoja Sanitaria, 1927, N° 27).



En este último extracto emerge lo que a todas luces puede ser interpretado como la síntesis del pensamiento del Dr. Marañón. Esto dice relación con un fuerte esencialismo biológico que deviene en una modalidad explicativa exclusiva de la vida social —a partir de un ordenamiento natural de las funciones y los roles sociales—,<sup>24</sup> dejando fuera cualquier tipo de interpretación socioeconómica de la vinculación entre el cuerpo y lo social: «Diferenciación sexual. Ser hombres y mujeres en toda su amplitud. En esto debe estribar fundamentalmente el progreso sexual de la humanidad; que en parte vale tanto como decir progreso moral» (Hoja Sanitaria, 1927, N° 27).

En síntesis, con lo anterior nos vemos enfrentados a un esquema de transición que cobra determinadas rentabilidades, permitiendo atisbar nuevas —múltiples— conexiones dentro de lo que podríamos denominar como un *proceso de subjetivación sexual del cuerpo obrero*. Con esto nos referimos al lugar que le cabe al trabajo dentro del esquema de la sexualidad diferenciada y distribuida por roles, es decir, las desencadenantes naturales biológicas respecto de las determinaciones diferenciales de la vida social entre hombres y mujeres, a saber, en lo que concierne al binomio entre la vida pública-privada. Lo anterior podría leerse como un proceso de fundamentación de una determinación biológica de la moral sexual.

## Referencias

Arias, Osvaldo. (1970). *La Prensa Obrera en Chile. 1900-1930*. Chillán, Colección Convenio Cultural CUT-U N° 1: Universidad de Chile.

---

24 Marañón señala, a propósito de las variantes masculinas-femeninas ligadas al trabajo, lo siguiente: «Todas las diferencias anatómicas [...] nos indican claramente que así como la mujer está construida para realizar la completa función sexual primaria —concebir al hijo, incubarlo, parirlo y lactarlo— [...] las funciones secundarias son infinitamente más importantes en el hombre que en la mujer [...] Su anatomía y fisiología le impelen, por tanto, a la lucha con el medio, a la actuación social» (Marañón, en Castejón, 2013: 4).

- Bruner, Juan. (1857). Fragmentos de una Higiene (sic) Pública de Santiago. *Anales de la Universidad de Chile*, Tomo XV.
- Castejón, R. (2013). Marañón y la identidad sexual: biología, sexualidad y género de la década de 1920. *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, 759.
- Cruz Coke, Ricardo. (1995). *Historia de la medicina chilena*. Editorial Andrés Bello: Santiago de Chile.
- Cruzat, Ximena y Devés, Eduardo. (1985). *Recabarren: escritos de prensa, 1898-1924, volumen 1*. Ediciones Nuestra América: Santiago de Chile.
- Cruzat, Ximena y Tironi, Ana. (1987). El pensamiento frente a la Cuestión Social en Chile. En: Berrios, Mario (Comp.). *Pensamiento en Chile. 1830-1910*. Nuestra América Ediciones: Santiago de Chile.
- Dávila, Ricardo. (1908). *Higiene Pública en Chile*. Imprenta Cervantes: Santiago de Chile.
- Ramón, José Armando de. (1978). Santiago de Chile, 1850-1900: Límites urbanos y segregación espacial según estratos. *Revista paraguaya de sociología*, 42/43.
- Devés, Eduardo. (1991). La Cultura Obrera Ilustrada chilena y algunas ideas en torno al sentido de nuestro quehacer historiográfico. *Revista Mapocho*, 30.
- Engels, F. y Marx, K. (1974). *Obras Escogidas III*. Editorial Progreso: Moscú.
- Folchi, Mauricio. (2007). "La Higiene, la Salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile, 1843-1925. En: López, R. (Comp.). *Perfiles habitacionales y condiciones ambientales. Historia urbana de Latinoamérica siglos XVII-XX*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla: Puebla México.
- Foucault, Michel. (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel. (2015). *La ética del pensamiento: para una crítica de lo que somos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, Sigmund. (1986). *El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura, y otras obras (1927-1931)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, Sigmund. (2000). *El yo y el ello, y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fuster, Nicolás. (2013). *El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Santiago de Chile: Ceibo.
- Fuster, Nicolás y Moscoso Flores, Pedro. (2015). *La Hoja Sanitaria. Archivo del Policlínico Obrero de la IWW Chile 1924-1927*. Santiago de Chile: Ceibo.
- Frías, Eduardo. (1911). *Las Habitaciones Obreras en Chile i en el extranjero. Estudios e investigaciones practicadas por la Oficina del Trabajo sobre el estado de la cuestión*

- de las habitaciones obreras*. Santiago de Chile: Imprenta Santiago-Oficina del Trabajo.
- Granja, J. (2001). El primer Congreso Científico mexicano y la reflexión sobre educación. En: Piñera, D. *La educación superior en el proceso histórico de México, Tomo II* (278). Universidad de Baja California-ANUIES.
- Grez, Sergio. (1994). La trayectoria histórica del mutualismo en Chile (1853-1990). Apuntes para su estudio. *Revista Mapocho*, 35.
- Hidalgo, Rodrigo. (2002). Vivienda social y espacio urbano en Santiago de Chile: Una mirada retrospectiva a la acción del Estado en las primeras décadas del Siglo XX. *Eure, Revista Latinoamericana de Estudios Urbanos Regionales*, 28, 23.
- Hoja Sanitaria IWW. (1924-1927). Policlínico Obrero: Santiago de Chile.
- Illanes, María Angélica. (1993). *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública en Chile, 1880-1973. Hacia una historia social del siglo XX*. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria.
- Krafft Ebing, R. (1904). *Psychopatia Sexualis. With especial reference to the Antipathic Sexual Instinct. A medico-forensic study*. New York: Rebman Company.
- Lanceros, Patxi. (1956). *Política Mente. De la revolución a la globalización*. Barcelona: Anthropos.2005.
- Laval Manrique, Enrique y García Valenzuela, René. (1956). *Síntesis del desarrollo histórico de la salubridad en Chile*. *Revista del Servicio Nacional de Salud*, 1.
- Marañón, G. (1972). Ensayos sobre la vida sexual. En: Alfredo Juderías (Ed.). *Obras completas, vol. VIII* (247-345). Madrid: Espasa Calpe.
- Menard, André. (2013). *Libro Diario del Presidente de la Federación Araucana Manuel Aburto Panquilef*. Santiago de Chile: Colibrí RIL Editores.
- Molina, Carlos. (2010). *Institucionalidad sanitaria chilena. 1889-1989*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Molina, Carlos. (2006). La Cuestión Social y la opinión de la élite médica. Chile: 1880-1890. Análisis de la Revista Médica de Chile y de los Anales de la Universidad de Chile. *Anales Chilenos de la Historia de la Medicina*, 16, 1.
- Moore, Eduardo y Sierra, Lucas. (1895). *La mortalidad de los niños en Chile*. Valparaíso: Sociedad Protectora de la Infancia-Imprenta y Litografía Central.
- Muñoz, Víctor. (2013). *Sin dios ni patronos. Historia, diversidad y conflictos del anarquismo en la región chilena (1890-1990)*. Valparaíso: Mar y Tierra Ediciones.
- Orrego, Augusto. (1897). *La Cuestión Social*. Santiago de Chile: Imprenta Barcelona.

- Pavez, Fabián. (2009). Experiencias autogestionarias en salud: El legado de Gandulfo en la Hoja Sanitaria y el Policlínico de la Organización Sindical Industrial Workers of the World (1923-1942). *Revista Médica de Chile*, 137.
- Pinto, Julio y Salazar, Gabriel. (1999). *Historia Contemporánea de Chile II. Actores, Identidad y Movimiento*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Pinto, Julio y Salazar, Gabriel. (2002). *Historia Contemporánea de Chile III. La Economía: Mercados, Empresarios y Trabajadores*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Pretot, Víctor. (1853). Discurso de incorporación como miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Anales de la Universidad de Chile*, Tomo X.
- Romero, Luis. (1997). *¿Qué hacer con los pobres?: élite y sectores populares en Santiago de Chile, 1840-1895*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Salazar, Gabriel. (1989). *Labradores, Peones y Proletarios. Formación y crisis de la sociedad popular chilena del siglo XIX*. Santiago de Chile: Ediciones SUR.
- Serrano, Sol. (1994). *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*. Santiago Chile: Editorial Universitaria.
- Sir, Hugo. (2013). A propósito de *El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile*. Sobre el dispositivo médico y su alcance. *Revista de Derechos Fundamentales*, 10.
- Sociedad De Socorros Mutuos Filármonica Y Foot Ball Club Lira Chilena. (1917). *Estatutos*. Antofagasta: Imprenta Castellana.
- Tello, Andrés. (2014). *Sobre la (im)posible archivología contemporánea*. Ponencia presentada en el Primer Seminario Interdisciplinario sobre Archivos en Chile, realizado en el Centro Patrimonial Recoleta Dominica. Santiago de Chile.
- Vicuña, Benjamín. (1947). *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*. Santiago de Chile: Editorial Difusión.

# **ESTADÍSTICA Y MUERTE INDUSTRIAL: La fabricación del número de víctimas de la silicosis en las minas de carbón en Francia, de 1946 hasta nuestros días<sup>1</sup>**

*Paul André Rosental<sup>2</sup>*

*Jean Claude Devinck<sup>3</sup>*

En demografía, se acostumbra a objetivar el efecto de las políticas públicas a partir de sus evaluaciones cuantitativas. Aquí, vamos a invertir el razonamiento y usaremos las series estadísticas recopiladas desde la *Liberación* para poner evidencia la envergadura del trabajo realizado por las minas de carbón tendiente

- 
- 1 Este artículo fue publicado en *Vingtième siècle*, 95, 3, 2007, p. 75-91. La investigación se benefició de una ayuda del Programa «Santé et travail» conducido por Mire y Drees (*Mission recherche* y *Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques*, respectivamente), en asociación con La Poste en 2005-2006, así como del Proyecto P 11-1-6 del INED. Los autores agradecen a Catherine Gorgeon y Vincent Viet, así como a Philippe Davezies, France Meslé, Patrick Fridenson, Alain Chatriot, Claude Amoudru, Jean-Louis Hourtoule et Michel Marquet, por la ayuda prestada durante la preparación de este trabajo.
  - 2 Profesor de Modern History at Sciences Po, Paris, investigador asociado al Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED, por sus siglas en francés). Correo electrónico: [rosental@sciencespo.fr](mailto:rosental@sciencespo.fr)
  - 3 Historiador de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales (EHESS, por sus siglas en francés). Correo electrónico: [Jean-Claude.Devinck@ehess.fr](mailto:Jean-Claude.Devinck@ehess.fr)

a minimizar los daños sanitarios y demográficos causados por la silicosis, y por lo tanto reducir los costos acarreados por su reparación.

Trabajar sobre las causas, las modalidades y los efectos sociales de la fabricación de series estadísticas sesgadas, también será la oportunidad para poner a prueba el sentido común «posfoucaultiano» del control social mediante las cifras, del control del individuo moderno por las instituciones que regulan y rodean su existencia apuntando a su transparencia. En el campo de la salud en el trabajo, como en muchas otras políticas públicas, lo que es sorprendente, al contrario, es la brecha entre la importancia social e institucional del problema, y la imposibilidad de medirlo, aunque solo sea a través de órdenes de magnitud. ¿Cuántos asalariados murieron de silicosis en el siglo XX? A pesar de sus retos políticos (en particular para repensar en la actualidad el problema del asbesto), e incluso si se lo reduce al sector de las minas de carbón, intentaremos demostrar que es estrictamente imposible responder de forma rigurosa a esta pregunta. Desde el reconocimiento oficial de la enfermedad en 1945, se puede dar una cifra, muy subestimada de 40.000 mineros. Lejos del famoso «panóptico» puesto de moda hace una generación por Michel Foucault, vamos a demostrar que en el corazón de la minimización de la tragedia de la silicosis subyacen las estrategias de opacidad estadística implementadas por las explotaciones hulleras.

En tercer y último lugar, el caso de la silicosis permite volver sobre el uso contemporáneo de la cifra en las ciencias sociales. Hace dos o tres décadas, una investigación en historia de la población, como la que estamos proponiendo hoy, se hubiera contentado con reconstruir y hacer comentarios de forma general de series estadísticas reconstruyendo la evolución de la enfermedad en el tiempo. Después de un tiempo de «deconstrucción», focalizado en la génesis de las categorías de análisis, hoy los historiadores se esfuerzan por producir un conocimiento reflexivo

que, al conjugar el análisis crítico de la producción de las cifras con un procedimiento «positivo» que capta el fenómeno estudiado sin naturalizarlo (Rosental, 2006).<sup>4</sup> En concreto, se trata de estudiar el alcance de la silicosis sin reducirlo a su aparente evidencia estadística, sino integrándolo de cerca en el juego de las fuerzas institucionales, sociales y políticas que determinan su definición y su medición.

## Una enfermedad negociada

a pesar de que tiende a desaparecer en los recuerdos, la silicosis era la gran enfermedad del trabajo en Francia en el siglo XX, con sus repercusiones sanitarias, todavía en acción, por lo menos comparables a las del asbesto. La historia de estas dos enfermedades está de hecho estrechamente relacionada: en muchos aspectos el tratamiento institucional de la silicosis constituye la matriz del que luego fue aplicado a la asbestosis. En especial estas dos enfermedades, médica y legalmente vecinas por su inserción común en la categoría de las neumoconiosis, combinan dos características que estaban destinadas a hacer de ellas las dos grandes causas de muerte en el trabajo.<sup>5</sup>

Desde el punto de vista «social», ambas han representado sucesivamente retos importantes para la diversidad de los sectores de actividad involucrados,<sup>6</sup> y por lo tanto por el número de

---

4 Para algunas ilustraciones de este principio ver especialmente Simon Szreter (1996), Bourdelais (1993) y Brian (2001).

5 Fue necesario esperar hasta la aparición del decreto del 31 de agosto de 1950 para establecer una separación legal entre las dos enfermedades. Los resultados fueron detallados por los Dres. Mazel y Champeix, *Projet de tableau de l'asbestose professionnelle*, 7 julio de 1949, CAC 880597, art. 22. Recordemos que es solo en 1987 que el número de asbestosis reconocidas en enfermedades profesionales en el régimen general de la seguridad social sobrepasa al de las silicosis. Véase Le Bacle et al. (1995).

6 Infinitamente más extendida de lo que se podría imaginar, la silicosis golpea en torno a 1990 la metalurgia, la construcción, las obras públicas, las canteras (de piedras y arcillas) donde se presenta tradicionalmente; pero

obreros expuestos a los riesgos. El caso del carbón, a la vez gran industria de masa y sector estratégico para el consumo y para el resto de la economía, es desde este punto de vista ejemplar: hasta la década de 1960, al menos, podemos decir que el costo de la silicosis se refleja indirectamente sobre toda la economía y la sociedad francesas. Desde el punto de vista médico, la nosología y la etiología complejas de estas dos neumoconiosis han obstaculizado las investigaciones y la convergencia hacia un consenso médico: período de latencia variable, de incluso décadas; incurabilidad; dificultades en la detección clínica, y para los períodos tempranos, radiológica; variabilidad en las condiciones de exposición, lo que hace difícil la identificación y la ponderación de los factores desencadenantes; frecuencia de las enfermedades concomitantes, sobreinfecciones y complicaciones, lo que favorece la atribución del mal a otras causas.<sup>7</sup>

La combinación entre el costo de la «reparación» de la silicosis y la complejidad de la patología llevó a los empleadores, comenzando por las hulleras, a intentar de forma activa desembarazarse de su responsabilidad financiera, al tiempo que facilitaban a sus expertos atribuir la causa a otras afecciones. En particular, el paso, a partir de finales del siglo XIX, del modelo ramazziniano que clasificaba las enfermedades según la profesión,<sup>8</sup> al universalismo del modelo microbiano, se tradujo en una «desprofesionalización» de las neumoconiosis. El descubrimiento del bacilo de Koch llevó a presentar la silicosis como una complicación de la tuberculosis y al mismo tiempo como una enfermedad de las condiciones de vida externas al trabajo (vivienda, alcoholismo), tachadas de favorecer la

---

también los sectores de la madera, el caucho-papel-cartón, la alimentación y comercios. Solo escapa el sector del libro. Véase Le Bacle *et al.* op. cit.

7 Para una síntesis de la silicosis médica, consultar Catilina y Roure Mariotti (2003).

8 Una presentación de la propuesta de Bernardino Ramazzini puede leerse en Carnevale y Mendini (2005).



morbilidad y la mortalidad ligadas a la inhalación de polvo de sílice.<sup>9</sup>

Este enfoque, más o menos durable en función de los modos de indemnización de la enfermedad según los países, ha frenado el reconocimiento de la silicosis como enfermedad profesional, que comenzó en el mundo anglosajón en los años 1930, y cuya aparición en Bélgica tardó hasta 1963. Pero ante todo, estas obstrucciones han dejado huellas durables. En el caso francés, la ordenanza del 2 de agosto de 1945 que reconoce la silicosis y presentada como una gran conquista obrera de la Liberación, de hecho constituye un compromiso duramente negociado bajo el régimen de Vichy.<sup>10</sup> Un compromiso *a minima* que abre la puerta a todas las estrategias de parte de los representantes de los patrones para relativizar, incluso refutar, los datos estadísticos y epidemiológicos, y ofrecer contra-diagnósticos o señalar enfermedades alternativas, para transferir la carga de la indemnización a los sistemas de seguridad social.

En particular, completamente excepcional en comparación con la ley de 1919 sobre las enfermedades profesionales, el reconocimiento de la silicosis como una enfermedad debida al trabajo está condicionado a un período de exposición de cinco años. Esta cláusula va más allá de la exclusión de los derechos de los mineros novatos. Ella impone a los más antiguos la obligación de establecer su historial de empleo, tarea que a menudo es difícil en la práctica. Hace entrar a la espiral sinfín de la carga de la prueba, de los criterios negociados con los patrones y de las equivalencias de la duración de exposición concedidas ventajosamente.<sup>11</sup>

---

9 Véase Markowitz y Rosner (2005). Para las explicaciones clásicas de las enfermedades profesionales por el medio ambiente y/o por las costumbres de los trabajadores, véase Alain Cottereau (1978) y Farge (1977).

10 Sobre este punto véase Devinck y Rosental (2007).

11 Así, por la circular del 8 de octubre de 1947, mientras que la CGT (Confederación General del Trabajo) está todavía asociada a su dirección, las

A comienzos de los años 1950, esos mecanismos se institucionalizan en el Norte por la creación de comisiones especiales compuestas de: un médico asesor representante de la Unión Regional de Sociedades de Auxilios Mineros (Union Régionale des Sociétés de Secours Minières, URSSM), de un médico jefe del servicio de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (AT/MP, por sus siglas en francés: *accident du travail/maladies professionnelles*) de las hulleras de la Cuenca Nord Pas-de-Calais y de un profesor de la Facultad de medicina de Lille. Estos «colegios de tres médicos» tienen derecho a reconocer una pensión a cualquier víctima de la silicosis que cumpla con las condiciones médicas, pero no con las condiciones administrativas, siempre que alcancen una tasa de discapacidad permanente predeterminada. Oficializados y extendidos al territorio nacional por el decreto del 18 de octubre de 1952, los «colegios de tres médicos» convierten a las explotaciones hulleras en juez y parte de la suerte que corren las demandas de reconocimiento de la silicosis (ACHML, s.f.).<sup>12</sup> Además, la aplicación del decreto es paradójicamente tan difícil en el Nord Pas-de-Calais (cuna del reconocimiento vista la acumulación de expedientes), que desde 1955 se vuelve a las «comisiones de oficio» reducidas al médico asesor de la URSSM y al médico AT/MP de las hulleras. A pesar de la oposición del Ministerio de Trabajo a esta adenda brutal a la legislación, que refuerza aún más la sujeción

---

Empresas carboníferas de Francia admiten que a falta de poder establecer el *curriculum laboris* exacto de su personal, «un obrero que haya trabajado veinte años en talla ha estado ocupado en promedio durante cinco años en trabajos peligrosos y puede invocar un derecho a una pensión por silicosis», Archivos del Centro Histórico Minero de Lewarde (ACHML), (1947).

- 12 Estudio del ingeniero jefe de las minas, 29 de febrero, CAC 19920443 art. 31. Para hacerse una idea de la importancia del tratamiento de la silicosis en el Nord Pas-de-Calais, esta comisión de oficio trató 1.272 de los 5.755 expedientes presentados entre el 23 de septiembre 1950 y el 31 de diciembre de 1951, y solo se ocupó de 602, es decir del 47%. Esta comisión jugó un papel importante en el endurecimiento de los criterios de atribución. La tasa de rechazo global que en 1949 era solo del 12%, pasó al 25% en 1951 y al 40% en 1956.

a las explotaciones de carbón,<sup>13</sup> las «comisiones de dos médicos» funcionaron hasta 1988.

En términos generales, el reconocimiento bajo ciertas condiciones de la enfermedad profesional conlleva reacciones en cadena a partir de problemas inéditos. ¿Qué hacer con los empleados enfermos que se encuentran excluidos del derecho a una reparación financiera? En caso de «manifestaciones agudas temporales», ¿cómo ocuparse de los mineros con silicosis, diagnosticados con radiografía, que cumplen el período de exposición pero que gracias al período de latencia no manifiestan trastornos funcionales crónicos? A estos últimos, un decreto del 17 de noviembre de 1947 niega, en caso de interrupción del trabajo, el subsidio diario y el derecho a la asistencia médica. En la práctica, el decreto aligera las cargas de las empresas mineras, la gran mayoría de ellas nacionalizadas, al transferir los costos a los fondos de seguridad social.

En lugar de multiplicar los ejemplos, resumamos aquí la orientación general al respecto. Fruto de negociaciones largas y laboriosas, el reconocimiento de 1945, por su naturaleza condicional, abre el camino a todo tipo de resquicios para que los empleadores reduzcan al mínimo la reparación en caso de silicosis. En el marco delimitado de este artículo, vamos a focalizarnos en uno de ellos, particularmente decisivo, el subregistro estadístico. A partir de una ampliación del caso «excepcional normal» (Grendi) de la silicosis, esta será la ocasión para repensar un aspecto esencial de la historia de las enfermedades en Francia. Historia cuya característica estructural, desde hace un siglo, es

---

13 Sobre esta creación, ver examen de la reunión del consejo de administración de la URSSM del Nord Pas-de-Calais del 22 de enero de 1955, CAC 19920443 art. 46; así como la Note du directeur régional de la Sécurité sociale au ministre du Travail sur le fonctionnement des collèges de trois médecins dans la région du Nord et du Pas-de-Calais, 21 de octubre de 1955 (igual referencia). Entre 1955 y 1960 de 6.332 dossiers [archivos], 5.489 fueron tratados por esta comisión oficiosa de dos médicos.

el carácter aproximativo y la calidad lamentable de sus datos cuantitativos.<sup>14</sup>

Para ello, nos centraremos en el sector minero, el cual concentra el mayor número de víctimas cuantificables. De hecho, como lo veremos de manera gradual, la silicosis no es una enfermedad cuyos efectos puedan observarse directamente, fiándose de las estadísticas disponibles. Desde su reconocimiento legal como enfermedad profesional en 1945, la silicosis fue objeto de una construcción y de un marco institucional tan complejos que solo es posible acercarse seriamente a ella sector por sector, a costa de una contextualización extremadamente precisa. Aquí un ejemplo que permite razonar sobre la organización institucional (gestión de la seguridad social minera por las empresas hulleras). En el período 1946-1987, las estadísticas de los servicios médicos de las minas indican 34.000 muertos de silicosis, mientras que las estadísticas de causas de muerte, independientemente de los regímenes de protección social, señalan 16.806 muertes causadas por la «neumoconiosis de los mineros del carbón», es decir una diferencia del doble.<sup>15</sup> Como veremos más adelante, por razones relacionadas con el derecho y con

---

14 Aclaremos que no se trata de formular aquí un juicio de valor retrospectivo, sino de referenciar la apreciación expresada por los mismos contemporáneos. A falta de datos cuantitativos considerados fiables, una parte de la legislación del período de entreguerras fue construida a partir de estadísticas extranjeras. Todavía a mediados de la década del 2000, los informes oficiales que produce la IGAS, el Tribunal de Cuentas y el Senado continúan criticando la masiva falta de notificación de las enfermedades profesionales. Véase Buzzi, Devinck y Rosental (2006).

15 Rúbrica 500 de la CIE 9. La diferencia se explica por una dilución de la silicosis en otras enfermedades pulmonares (tuberculosis retículo-nodular, por ejemplo) y su estudio podría justificar la aplicación de una investigación *ad hoc*. Agradecemos a France Meslé por haber tenido la amabilidad de dar esta estimación, a partir de la información proporcionada por la base de datos del INED respecto a las causas de muerte en Francia desde 1925. Véase [http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/donnees\\_detaillees/causes\\_de\\_decès\\_depuis\\_1925/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/donnees_detaillees/causes_de_decès_depuis_1925/), base de la cual ella es autora junto con Jacques Vallin. Para la clasificación internacional de causas de muerte, véase Meslé y Vallin (1988).

las prácticas, ninguna de esas dos estimaciones aportaría más que un orden de magnitud por defecto y probablemente muy inferior a la realidad.

Bajo el efecto de la ambigüedad de los dispositivos legales y de su difícil aplicación, las estimaciones disponibles no pueden más que ocultar o subvalorar, tanto los procesos masivos (la expulsión sin derechos a sus países de origen de mineros extranjeros, poloneses durante el período de entre guerra o durante la *Liberación*, y marroquíes al final de *Los Treinta Gloriosos*), como las micro-dinámicas de interacción entre los mineros y las hulleras para hacer reconocer la silicosis y, si procede, sus complicaciones, y por supuesto recibir una compensación económica. Se trata de una combinación de procesos sociales, en sí mismos reflejos de las relaciones de fuerza entre las diferentes instituciones implicadas en la protección social de las minas y los propios trabajadores, que producen indicadores objetivando, y al mismo tiempo ocultando, los efectos sanitarios y demográficos de la silicosis: la morbilidad, la discapacidad, la mortalidad.

## **La concesión de las pensiones, ¿instrumento de gestión del personal?**

### ***Rechazos y reconocimientos***

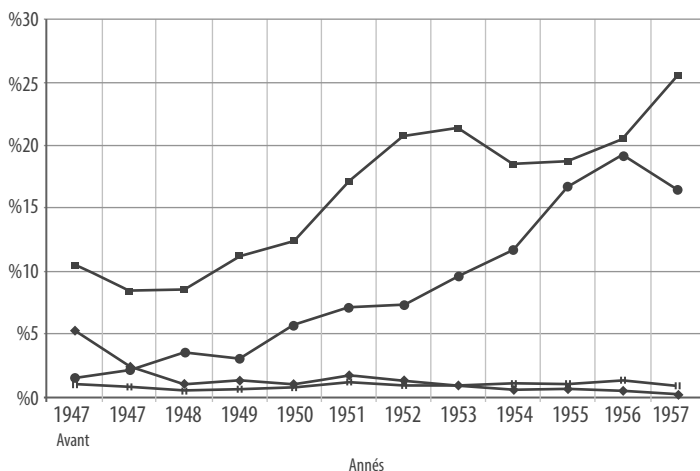
vamos a seguir las modalidades y los efectos de ese proceso de disimulación, concentrándonos principalmente en el período de la Cuarta República (1944-1958). La primera variable a considerar es el curso que tuvieron las demandas efectuadas por los mineros, del 4 de febrero de 1946, fecha de aplicación de la ordenanza del 2 de agosto de 1945, al 31 de diciembre de 1958. Las estadísticas de las explotaciones de carbón muestran un total de 78.775 demandas para el período, de las cuales un 75% provienen de la cuenca Nord Pas-de-Calais. En el flujo anual de las demandas se diferencian tres períodos claros: después de un pico de 7.870 en 1946, ligado al «reajuste» generado por el

reconocimiento de la enfermedad,<sup>16</sup> se presenta una estabilización cercana a las 5.000 demandas de 1947 a 1954, que pasa a una cifra cercana a 7.500 en 1958. En esa fecha, esta cifra representa el 5% de los efectivos contratados en el año. ¿Qué destino tuvieron estas solicitudes? La Gráfica 1 da una primera idea de los efectos de la organización institucional de la medición estadística de la silicosis.

### Gráfico 1

#### Resultado de las solicitudes de indemnización por silicosis (1947-1958)

Issues des demandes de réparation de la silicose  
1947 - 1958



Fuente: Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958, tableau D1 [cuadro D1], ACHML, B7 384.

16 Pero que incluye también la reparación de la silicosis en Lorraine, bajo ciertas condiciones, a partir de 1941, según lo previsto en la legislación alemana.

*Leyendas:* IPP: invalidité partielle permanente [Invalidez parcial permanente]. ICE: indemnités de changement d'emploi [indemnizados mediante cambio de empleo]

Así, pasado el período de regularización inicial, la tasa de rechazo se redujo inicialmente a menos del 10%. Hasta que en 1948, el reconocimiento se hace por parte de los URSSM, cuyos consejos de administración se componen de dos tercios de los representantes de los trabajadores, y cuyo personal está vinculado a los mineros por una fuerte solidaridad.<sup>17</sup> El umbral de rechazo alcanzado hasta esa fecha nunca fue sobrepasado. El déficit de los fondos, la lucha contra el absentismo, las tensiones políticas y sindicales ligadas a la Guerra Fría, llevan a la promulgación, el 18 de septiembre de 1948, de los decretos Lacoste, en los cuales el Ministro de la Producción Industrial inclina a favor de las industrias de carbón el control de la incapacidad temporal, para eludir la connivencia entre los mineros y los médicos de las mutuales mineras. En un contexto social y político particularmente tenso, estas medidas tuvieron un papel determinante en el estallido de las violentas huelgas de octubre de 1948, que dejaron ocho muertos y decenas de heridos, y condujeron a tres mil condenas y seis mil mineros despedidos. De aquí en adelante, las hulleras nacionalizadas tienen que «gestionar ellas mismas el riesgo de incapacidad temporal, para reducir el absentismo», así como el riesgo de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales (AT-MP). Concebida de forma provisional, esta disposición va a perdurar cuarenta años, hasta el decreto del 27 de marzo de 1987 que restituye a la seguridad social minera la gestión de esos riesgos.

---

17 El 27 de noviembre de 1946, un decreto reorganiza los cerca de doscientos Fondos de ayuda mutual existentes en las hulleras bajo la forma de una Seguridad social minera, que entra oficialmente en funcionamiento el primero de enero de 1948. Sus fondos locales y regionales, gestionan conjuntamente con una dominación obrera, la contratación masiva, en especial entre los empleados del carbón, y conceden al personal nuevo el mismo estatus que aquel de los mineros.

El control por parte de las hulleras se observa de inmediato sobre la estadística presentada en la Gráfica 1. Si los rechazos administrativos, que estaban ampliamente ligados a la ejecución de la ordenanza, disminuyen, los rechazos médicos comienzan, a partir de 1949, a crecer de forma casi ininterrumpida (cerca del 14% de las demandas en 1950, más de un cuarto en 1957). A raíz de este desarrollo, en 1958, casi el 13% de los empleados fueron reconocidos como enfermos de silicosis (ACHML, s.f.).

El primer signo de este desarrollo está sin duda menos ligado a la evolución epidemiológica que a las instrucciones proporcionadas a los médicos dependientes de las hulleras, el cambio en los rechazos médicos está estrechamente ligado a aquello que llamaremos con el término cómodo de «reconocimientos blancos»: tasa de invalidez parcial permanente (IPP) nula, sin el pago de indemnizaciones de cambio de empleo (ICE). Volvemos a esta categoría *a priori* singular, que registra silicosis médica y administrativamente reconocidas, pero sin dar el más mínimo acceso a compensación.

Luego de esta fase corta de endurecimiento paralelo (1949-1950), las empresas de carbón utilizan estas dos herramientas de forma complementaria: a las fases de aceleración de los rechazos médicos (1950-1952, 1956-1957) se corresponde una desaceleración, incluso un declive, de los *reconocimientos blancos* y viceversa. Claramente, las fases en las que la posible silicosis es negada alternan con aquellas en las que se la reconoce sin costos financieros inmediatos. Hemos de volver luego a lo que es ni más ni menos una opción de gestión.

Otros factores refuerzan la idea de que la indemnización por silicosis deriva más de una directriz fijada por las empresas de carbón que de la sola evolución propiamente dicha de la enfermedad. De entrada, la diversidad regional deja entrever la existencia de verdaderos «regímenes de indemnización» (Tabla 1), completamente diferentes de una cuenca a otra. Por ejemplo,



en todo el período, el rechazo médico varía de uno a cuatro (del 12,7% en el Nord Pas-de-Calais al 44% en los Cévennes; la tasa de reconocimientos blancos de uno a treinta y cinco (de 0,3% en la Dauphiné al 10,5% en el Nord Pas-de-Calais).

**Tabla 1**

**Número de solicitudes de reconocimiento de silicosis según la cuenca (1947-1958)**

Rechazo médico			
% de reconocimientos blancos	Débil (< 15%)	Medio (de 15 à 25 %)	Elevado (+ de 25 %)
Débil (< 5%)	Dauphiné	Lorraine, Blanzay, Aquitaine	Provence, Auvergne
Fuerte (>= 5%)	Nord Pas-de-Calais	Loire	Cévennes

Fuente: *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958*, cuadro A.

Pero más allá de esta variación regional, que podría relacionarse con las diferencias del ambiente geológico y las condiciones de trabajo según las cuencas, las discontinuidades temporales son difíciles de atribuir a otra cosa que a las consignas de las directivas de las empresas de carbón. Así, en la Cuenca del Nord Pas-de-Calais, donde se vio el predominio estadístico en el número de empleados, de repente se ve que las decisiones de asignación de indemnizaciones pasan de menos del 40% en 1954 y 1955, a dos tercios en 1956.

## Tasa de invalidez

El conteo de la asignación y del rechazo de las compensaciones, entendido globalmente, es solo una parte de una política más amplia. Para comprender la política de gestión de la silicosis por parte de las hulleras, es igualmente importante entrar en los detalles de las tasas de incapacidad parcial permanente reconocidas (Gráfica 2). Nos damos cuenta entonces que, de manera creciente durante el período, la mayor parte de las silicosis reconocidas lo fueron *a minima*: al aumento casi paralelo de tasas débiles de IPP (entre el 0% y el 19%) corresponde el colapso de las tasas intermedias (20-49%) y la erosión perfectamente continúa de las tasas superiores al 50%. Por lo tanto, la política de las hulleras ha consistido, estructuralmente, en adoptar de forma progresiva un régimen extensivo, que reconoce cada vez más silicosis supuestamente poco invalidantes, pero que restringe el acceso a las tasas de IPP mientras que aproxima o supera la tasa de invalidez general (65%). En el extremo que, las compensaciones pagadas a los mineros para una tasa de incapacidad igual o superior al 80% caen del 8%, en 1948, al 1% en 1957.

Es difícil no ver, en esta evolución, una lógica contable de reducción de los costos de reparación de la silicosis; las tasas débiles de IPP se traducen en niveles de indemnización que pueden parecer poco elevados teniendo en cuenta los efectos de la enfermedad (500 francos por año, en 1975, para una tasa por ejemplo del 5%, es decir el equivalente a 300 euros actuales).<sup>18</sup> A la pregunta de si este colapso de las tasas elevadas de incapacidad se traduce en un progreso sanitario, la nosología compleja de la silicosis, así como las imprecisiones en la legislación, sugieren una respuesta negativa. De hecho, no existe ninguna escala oficial que permita determinar con certeza el grado de incapacidad

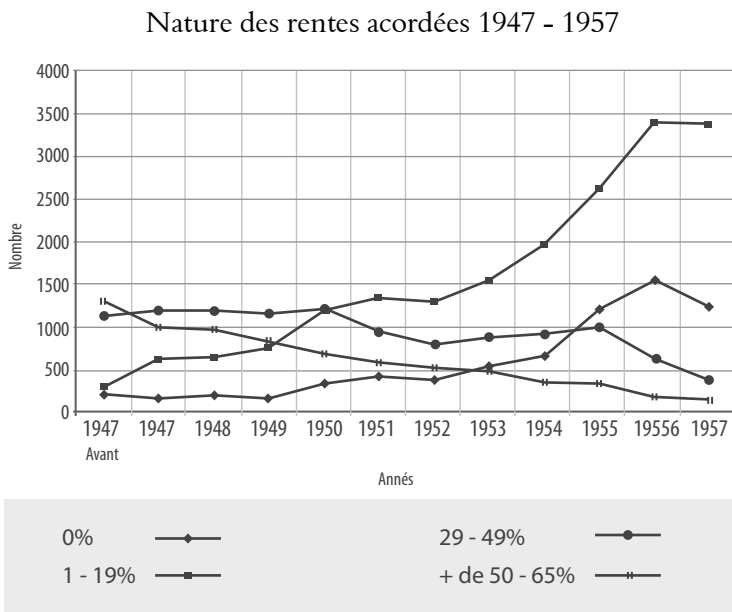
---

18 «La principal preocupación [de los médicos del trabajo] es detectar la silicosis —o incluso minimizar el grado de silicosis para que la indemnización del minero sea menos fuerte», escribe Bognar (1954: 606).

en el trabajo. Las tasas de indemnizaciones concedidas se convierten en una herramienta esencial de gestión de las hulleras, que les recuerdan explícitamente a médicos-jefe que una «sola pensión del 100% representa [para ellas] un monto suplementario de cotizaciones anuales del orden de los 70.000 francos, y esto durante tres años» (ACHML, s.f. a).

### Gráfica 2

## Número de compensaciones asignadas por silicosis (1947-1957)



Fuente: *Réparation de la silicose, tableau II, Service de la sécurité sociale et de l'action sociale, ACHML B7 384*

De hecho, en una época en la que las cuentas registran déficit, el costo de las obligaciones por la silicosis no deja de aumentar en proporciones que inquietan a las empresas de carbón en

Francia.<sup>19</sup> En 1953, los montos anuales de las compensaciones y las pensiones de los sobrevivientes, que alcanzaban 1,33 millones de francos al 31 de diciembre de ese mismo año, se vieron más que triplicados en espacio de cinco años y pasaron progresivamente cerca de 4,5 millones el 31 de diciembre de 1958. De forma más reveladora, esta carga corresponde al 5,9% de los salarios sujetos a retención en 1958 contra el 3,5% tres años atrás. Todavía en 1958, la reparación por silicosis absorbe, ella sola, más de un tercio de los gastos de indemnización de las AT/MP.<sup>20</sup>

Pero independiente de su fuerza, no podemos reducir la política de las hulleras a un razonamiento mecánico. Además de la política de reducción de costos, la estrategia de otorgar indemnizaciones representa, para las hulleras, un verdadero instrumento de gestión de la mano de obra. Tenemos todas las razones para pensar que dicha política fue rápidamente integrada por los mineros en la gestión de su carrera. Para comprender esto, es necesario distinguir, en el conjunto de los asalariados de las hulleras, los que trabajan «en el fondo» y los que trabajan «a la luz».

### ***Silicosis y gestión de las carreras***

Ser reconocido como paciente de silicosis no es suficiente para ser eximido de trabajos en las minas. Incluso, en 1950, las empresas hulleras lograron impedir un proyecto de ley que iba

---

19 A comienzos de 1946, Carboneras de Francia (CDF) consideraban que «si los médicos especialistas deben, y es su deber esencial, proteger la salud de los trabajadores y ofrecerles la justa indemnización del daño sufrido, no pueden ignorar las consecuencias de sus decisiones sobre la producción» [*si les médecins experts doivent, et c'est leur devoir essentiel, protéger la santé des travailleurs et leur offrir la juste réparation du dommage subi, ils ne peuvent ignorer les conséquences de leurs décisions sur la production*], ACHML (s.f. b). Sobre la evolución global de la rentabilidad del carbón, véase Philippe de Ladoucette (2004), quien para entonces era Presidente-Director general de CDF (Charbonnages de France).

20 Es decir 5,978 millones de Francos en 1958 por 17,43 millones la carga total de incapacidad permanente y de incapacidad temporal.

en esta dirección. A finales de 1958, de los 23.000 empleados pertenecientes a las empresas carboníferas de Francia reconocidos como pacientes de silicosis, cerca de 20.000 trabajaban *en el fondo*. En la sola cuenca del Nord Pas-de-Calais, de lejos la más importante, más del 21% de los efectivos del fondo tienen tasa de incapacidad permanente parcial. Incluso se contabiliza una centena de mineros con una tasa superior al 65%, lo que constituye el umbral de invalidez general. Es cierto que, el cálculo administrativo de la duración de la exposición no está fundado en el número de años efectivamente pasados en el fondo, sino en una ponderación oficial de la peligrosidad relativa presumida de las diferentes actividades, que ninguna investigación independiente ha evaluado.<sup>21</sup> Así, el Dr. Even, médico consultor de la CAN (Caisse Autonome Nationale de la sécurité sociale dans les mines [Caja autónoma nacional de la seguridad social en las minas]), denuncia que en la equivalencia oficial un año de trabajo en la roca equivaldría a dos años de trabajos en el corte de paredes o en la excavación de canales, y a tres años en el carbón.<sup>22</sup> Fue necesaria la aparición del decreto del 4 de mayo de 1988, período del cierre de la cuenca hullera del Nord Pas-de-Calais, de los planes sociales, de las jubilaciones anticipadas y de las reconversiones, para considerar a la totalidad de trabajos realizados en el fondo como susceptibles de provocar la silicosis. Mientras tanto –volveremos a ello– es cierto que los mineros con silicosis eran sacados del fondo de manera cada vez más precoz, sobre todo en la década de 1980.

---

21 Estas equivalencias son formalizadas por el Decreto de 17 de octubre de 1957. La investigación dirigida por Annie Thébaud Mony (1991) da una idea de sus consecuencias a finales de 1980. Entre los expedientes a los que ella tuvo acceso, solamente dos mencionan la antigüedad en el fondo. Para el primero, 29 años de la mina se convierten en 7 años, 3 meses y 5 días de exposición. Para el segundo, 38 años en el fondo se convierten en 8 años y 21 días de exposición.

22 Mientras que, según el Dr. Even (1975), por ejemplo, la prevención es más difícil en la explotación carbonífera que en la explotación de roca.

Pero esta aparente ausencia de regularidad no debe ocultar las relaciones complejas existentes entre la invalidez y el empleo. La Gráfica 3, se esfuerza, no sin fallas, en aproximar estas relaciones confrontando la suerte de los asalariados indemnizados con aquella de los asalariados no indemnizados (incluyendo aquellos cuya tasa de IPP es del 0%, pero que no perciben ninguna compensación).<sup>23</sup> Entre estos últimos, un poco menos de los dos tercios trabajan en el fondo (línea continua) y un poco más en la cima de la gráfica, dada como base de comparación). En contraste, vemos que es solamente por encima del 20% de tasa de IPP que los asalariados con silicosis se ven beneficiados del «tratamiento favorable» consistente en sacarlos a la luz. Es cierto que la relación de estas dos cifras es reductora porque ella no tiene en cuenta las estructuras de edad respectivas ambas poblaciones. Debe considerarse un orden de magnitud amplio en lugar de una relación rigurosa. Ella no permite establecer con exactitud, a una edad determinada, el umbral en el que la discapacidad se convierte en un criterio de salida de la mina.

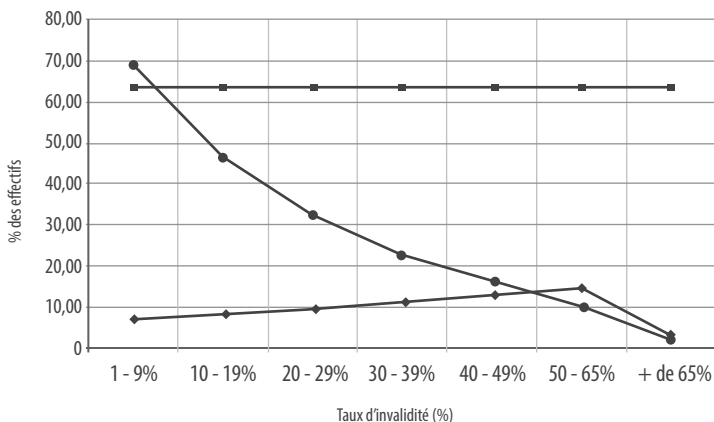
---

23 Los porcentajes de actividad, en el fondo o a la luz, de los asalariados silicóticos, se deducen de las estadísticas de las empresas carboníferas, tratando de relacionar los efectivos con la población silicótica total (incluida la que no está en capacidad de trabajar, de ahí porcentajes totales siempre inferiores a 100). Un límite de estas estimaciones es la falta de estructura de edad en los datos disponibles, ¿en qué medida el efecto puesto en evidencia (el declive del trabajo en el fondo con el aumento de la invalidez) está de hecho ligado a la evolución de la antigüedad? Los desarrollos siguientes (Gráfico 4) intentan, de manera imperfecta, comprender mejor este problema.

### Gráfica 3

## Tasa de trabajo en el fondo según la tasa de invalidez ligada a la silicosis

Taux de travail au fond selon le taux d'incapacité liée à la silicose



- % de travail au jour selon le % d'invalidité ◆
- % de travail au jfound selon le % d'invalidité ●
- % global de travail au found des non indemnisés ■

Sin embargo, la Gráfica 3 muestra claramente que la cuestión de las tasas de invalidez elevadas va mucho más allá de la mera indemnización. En cuanto a las hulleras, estas acentúan los problemas estructurales de contratación con miras a realizar trabajos en el fondo. Para los mineros, las tasas de invalidez ofrecen una oportunidad de salir a la luz, al acelerar, según un ritmo que es imposible de establecer, los efectos protectores de la antigüedad. Entonces, ¿cómo conciliar estos dos puntos de vista? ¿Cómo entender que los mineros y sus sindicatos, en lugar de rebelarse contra la reducción de las tasas de IPP reconocidas en los años 1950 (Gráfico 2), las hayan respaldado con una

pasividad a veces muy criticada por los observadores? (Even, 1975).

En esta débil oposición frente a una enfermedad temible, Annie Thébaud Mony, en un estudio pionero que dirigió hace varios años, ve una forma de dependencia de los mineros respecto al sistema médico de las hulleras:

Para ellos, son las hulleras, a través de los médicos, de los médicos de empresa y del servicio AT/MP, las responsables de la gestión de su salud. Son los médicos de las hulleras quienes determinan si un certificado médico de neumoconiosis debe ser realizado. Los mineros están en una lógica de asistidos. Lógica que solo cuestionan cuando su estado empeora, pierden confianza en los médicos de la seguridad social minera, y recurren a médicos privados. Sin embargo, piensan que entonces el experto no los reconocerá como enfermos de neumoconiosis (1991: 266).

Es sin duda interesante considerar la débil movilización de reivindicaciones frente a la silicosis como un efecto perverso de un sistema de salud integrado, asociando en gran medida a los sindicatos en su gestión, pero sesgado en su aplicación por la determinación de las hulleras frente a una patología que implica retos financieros masivos.

No obstante, como es costumbre en ciencias sociales, conviene tratar con prudencia el argumento de la inacción y de la irracionalidad de los principales actores involucrados (Thébaud-Mony, 1991). Consideraciones materiales inmediatas pueden haber contribuido a esta relativa pasividad. Los mineros pobres pueden mostrarse reacios a procedimientos largos y costosos, que requieren visitas y contra-visitas médicas (Thébaud-Mony, 1991) y, dado el caso, recursos legales. Aunque es cierto que esta explicación no da cuenta del relativo silencio de los sindicatos. Para llevar un poco más lejos el análisis, se debe hacer referencia a la constatación, estadísticamente probada, de una forma de evasión frente a una enfermedad todavía mal conocida en el período de la Liberación, pero que ganó muy pronto el estatuto de flagelo terrible.



Si en 1946, la mayoría de los mineros ignoran la silicosis y sus consecuencias, no es así una década más tarde.<sup>24</sup> La angustia que representa el reconocimiento de una enfermedad incurable, la perspectiva del sufrimiento y de la muerte en un período que puede ser rápido o que por el contrario puede oscurecer el horizonte de vida durante muchos años, la especie de vergüenza social que algunos pueden temer, llevan a un número considerable de mineros a evitar las visitas médicas. Durante la primera campaña a gran escala de diagnóstico de la enfermedad, a comienzos de 1955, los médicos de los HBNPC (Houillères du bassin Nord-Pas de-Calais, Hulleras de la Cuenca del Nord-Pas de-Calais) constatan que el 15% del personal se niega a dejarse examinar. Al temor de ser diagnosticado de silicosis, se le suma la no comunicación médica de los resultados de la evaluación, que según la opinión de los propios jefes del servicio médico constituye un elemento suplementario de desmoralización (ACHML, s.f. c). Durante la segunda gran campaña de detección de examen por rayos X, entre septiembre de 1955 y junio de 1956, más de un tercio de las 100.000 personas evaluadas presentaron una imagen anormal. Aún, el 18% de los mineros en promedio, incluso el 22% o más en Cuencas como Douai y Valenciennes, se abstuvieron de realizarse el examen. Un porcentaje que confirma, la práctica y las preocupaciones de los mineros frente a los diagnósticos.

Pero hay más. Después de 1946, la silicosis es rápidamente interiorizada por los mineros como un evento previsible en sus carreras. Una vez que se es reconocido como paciente de silicosis, es decir, como portador de una enfermedad incurable pero cuyo ritmo de evolución y cuyos efectos son más o menos imprevisibles, es concebible que se busque progresar en un sistema de indemnizaciones que, sin duda, se congela durante la década, pero que asegura, más allá de un cierto umbral, el pago de una pensión a los beneficiarios en caso de muerte (véase más adelante, última sección), y una alta probabilidad de salir de la

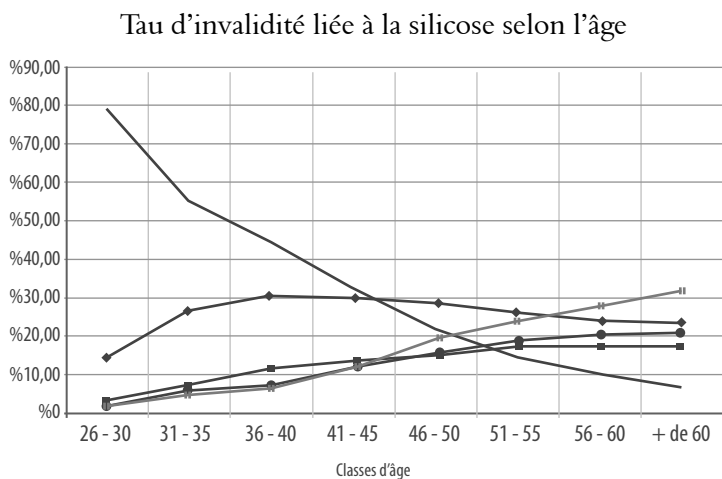
---

24 Véase en Thébaud Mony (1991) el testimonio de M. Pierre.

mina. En otros términos, el método de indemnización pudo ser interiorizado por los mineros como una especie de aumento de las «ventajas» ligadas a la antigüedad, como una «estrategia» de desesperanza y de impotencia frente a las restringidas posibilidades de evolución dentro o fuera de las hulleras.

### Gráfica 4

#### Tasa de invalidez ligada a la silicosis por rango de edad



Fue este mecanismo el que hizo posible la articulación entre las perspectivas *a priori* contradictorias de los asalariados y las empresas carboníferas. Estas últimas, al reducir las indemnizaciones y al revisar los ritmos de progresión (Gráfica 4) estimularon un sistema de micro-transacciones bajo la forma de renegotiaciones anuales de las tasas de invalidez entre los mineros

y los médicos de las hulleras. Las expresiones («transacción», «negociación») que emplearemos a lo largo de los análisis que siguen, deben ser entendidas *a minima*. En una acepción teórica derivada de la etnometodología, ellas traducen simplemente el hecho de que, frente a un rechazo de reconocimiento de silicosis, la actitud adoptada por los mineros consiste en insistir en la demanda luego de mínimo un año, hasta obtener una respuesta satisfactoria.<sup>25</sup> Este trámite de confrontación constituye, incluso bajo su acepción más reducida, una forma de presión a la cual la dirección médica de las hulleras puede responder a su ritmo. Encontramos entonces, hasta los años 1980, y en pleno corazón de una empresa nacionalizada, la dinámica entre solicitud deferente y respuesta discrecional. Lo que corresponden a la definición más clásica de paternalismo.

Mostraremos, progresivamente, que la característica del sistema de reconocimiento y de indemnización de las hulleras se funda en una relación opaca y vertical. Tanto el minero como los médicos que este enfrenta (el médico del trabajo, el médico general, el experto en neumoconiosis) están inscritos en una cadena administrativa y en una lógica financiera de la cual ellos no son más que los eslabones más débiles, o sea los menos definitorios. La racionalidad de los mineros y de sus médicos reposa de entrada en la aceptación tácita de ese sistema y de su absoluta falta de transparencia. En primer lugar, y además de la evaluación médica adecuada, el papel de los médicos consiste en prever, teniendo en cuenta los criterios comunes y habituales, qué expedientes tienen la oportunidad de ser aceptados por los servicios médicos de las hulleras (es decir, que las IPP

---

25 Parece que este mecanismo operó de forma durable. Hacia 1990, Annie Thébaud Mony observa una dinámica comparable, que nota «viene a sustituirse al proceso de impugnación previsto por la legislación» (1991: 266). De forma general, mostraremos cómo nuestras observaciones, fundadas sobre una perspectiva estadística e inscritas en el largo plazo, se articulan con las conclusiones de las entrevistas realizadas por Thébaud Mony y su equipo a finales de 1980.

sean reconocidas o aumentadas).<sup>26</sup> En segundo lugar, en hacer comprender a los mineros, si es necesario, que las disputas no son ventajosas ya que ponen en peligro el reconocimiento de la silicosis, la revalorización de la discapacidad y, como veremos adelante, el pago de las retribuciones a los beneficiarios en caso de muerte.<sup>27</sup>

Las explicaciones relativas a las normas de comportamiento interpersonales encuentran una objetivación directa en las estadísticas. Mientras que al comienzo de los años 1950 el costo de revalorización era inferior al de las aperturas de indemnizaciones, en 1958 este es casi tres veces más alto.<sup>28</sup> Frente a una enfermedad devastadora, que según la estimación suministrada por el registro oficial corresponde a un octavo de sus asalariados al final de los años 1950, las empresas hulleras lograron ahorrar con un esquema de compensación extremadamente avaro, mientras los mineros, por la práctica de la renegociación anual de los beneficios, la integran en los cálculos de su carrera. Ellas se las arreglaron para atrapar a sus empleados en un sistema minimalista pero que, de manera risible y trágica a la vez, les ofrecía perspectivas (primas, salida de la mina, protección de los intereses familiares en caso de muerte).

---

26 Desde el decreto de 17 de octubre de 1957, el reconocimiento de la silicosis como enfermedad profesional, sus complicaciones y su papel en la imputabilidad de la muerte, son la prerrogativa de expertos en neumoconiosis acreditados por las hulleras o por los colegios de tres médicos. Annie Thébaud Mony menciona las formas de «autocensuras de los médicos según los estándares de opinión de los expertos» (1991: 56, 266).

27 Por lo tanto retomamos la observación hecha por Thébaud Mony según la cual «los médicos advierten a los mineros el uso de los recursos, ya que entonces corren el riesgo de ser sometidos a una jurisdicción más dura y ser clasificado como “quejumbrosos” por los servicios médicos de las hulleras» (1991: 267).

28 Los montos respectivos de las aperturas y de las revalorizaciones netas pasan de 168.512.000 F y 121.445 F en 1954 a 275.539.000 F y 717.767.000 F cuatro años más tarde (ACHML, s.f. d).

Al finalizar este razonamiento, se puede entonces explicar la existencia y la pertinencia de la categoría de invalidez a 0% sin pago de indemnización. Categoría que *a priori* podría parecer por lo menos enigmática. Si la indemnización blanca tiene sentido para los mineros, es porque ella refirma su inscripción en un «estatuto» y deja prever una especie de «progresión de la invalidez» que, dada la naturaleza de la enfermedad y los conocimientos académicos, la dificultad en la comprensión de los signos y en la progresión de la enfermedad, objetiva el hecho de que la silicosis sea objeto tanto de un tratamiento administrativo como médico. Esta progresión en las tasas de IPP, bajo la influencia de una renegociación anual con los médicos de las empresas hulleras, funciona como un mecanismo que viene de alguna manera a acelerar las ventajas de la remuneración y del trabajo normalmente ligados a la antigüedad. También en este caso, es una lógica social la que da cuenta de la otra característica del régimen de indemnización que es imposible de comprender desde un punto de vista estrictamente médico: la fijación de una tasa de invalidez del 1% «destinada a aumentar con los años al 2, 3, 4...%», precisión, cuyo carácter científicamente inverosímil, señala el Dr. Even (1975: 284).

## **¿Una enfermedad profesional sin asalariados? Silicosis y cierre de minas**

Además de permitirles ventajas financieras inmediatas, el llamado tácito a la paciencia de los mineros y la creación de verdaderas trayectorias administrativas de los pacientes de silicosis le permite a las empresas hulleras ganar tiempo.<sup>29</sup> Sabemos que a lo largo de toda la Cuarta República, la explotación minera está de hecho en declive. Las perspectivas no paran de nublarse debido a la política energética de Francia y de la CECA (Communauté européenne du charbon et de l'acier) que favorecen el petróleo y sus derivados. Ello se traduce en el colapso

---

29 Sobre esta idea de *carreras de papel* véase Alexis Spire (2005).

de la mano de obra. De los 330.000 empleados existentes en las hulleras en 1950, de los cuales dos tercios se encuentran en el fondo, se pasa a 230.000 en solo ocho años.

En los años 1960 comienza una nueva fase representada, al comienzo de la década, por el plan *Jeanneney*. La preocupación por la reducción gradual de la actividad de las minas da paso de inmediato a la previsión de su cierre, programado de manera casi inevitable. Examinaremos las consecuencias sobre la gestión de la silicosis por las hulleras desde el final de los *Treinta Gloriosos*. Este análisis no es solo una extensión del período precedente. Dado que lleva directamente al período contemporáneo, él también debe plantearse la pregunta por el balance demográfico. ¿En total, cuántos mineros murieron desde el reconocimiento de la enfermedad en 1945, considerando que antes de esta fecha no se contaba con ninguna cuantificación, ni siquiera imperfecta, de los casos de silicosis? Si ambos expedientes, el de los modos de gestión de la enfermedad por las hulleras y el de número de víctimas, deben ser tratados frontalmente es porque ellos descansan en tres evoluciones comunes:

1. El aumento de la eficacia de la prevención.
2. Un nuevo tipo de recurso a la mano de obra extranjera.
3. La inclinación de la proporción entre activos y jubilados.

### ***La prevención***

En 1946, siguiendo las experiencias de la década de 1930, comienza en las minas la detección sistemática de la silicosis, pero encuentra dificultades para generalizarse. En 1949, ninguna empresa de obras públicas ha organizado un servicio médico, «la silicosis fue ignorada casi en todas partes, incluso por los médicos y causó muchas víctimas, con frecuencia bajo la máscara prestada de la tuberculosis». El doctor Teaulade, autor de este balance, estigmatiza «la incidencia temible de las primas de rendimiento que, al invitar a los trabajadores a apurarse a ganar más, los llevaban también a desatender las protecciones

sanitarias». <sup>30</sup> En las minas y en las obras, «el trabajo al contrato, las primas suplementarias otorgadas tanto a los obreros como a los responsables, en función del avance de los trabajos de perforación de túneles y galerías, crean una psicosis de avidez por la ganancia, que lleva a los trabajadores a descuidar el uso de los dispositivos de protección personal que pueden interferir con el trabajo físico que tienen que llevar a cabo».

Más que de una inacción total, según los sectores y las empresas es conveniente hablar de una fuerte desigualdad en la sensibilización y en la acción. A finales de 1945, el cuerpo médico de las Empresas carboníferas de Francia se centra en la densidad de partículas de cuarzo puro en la atmósfera. Después del envío a Inglaterra de una delegación a estudiar las estrategias de lucha contra la silicosis, un primer intento de inyección de agua, visiblemente insuficiente, fue ejecutado en el Valenciennois. <sup>31</sup>

Pero después de este comienzo difícil, debido en parte, aunque no exclusivamente, al efecto de la infusión previa de agua, <sup>32</sup> la media general de los índices conióticos decrece de ma-

---

30 Informe del Dr. Teulade a la Caja primaria departamental de Seguridad social de Cantal [*Caisse primaire départementale de Sécurité sociale du Cantal*], 1949 (CAC 19920443 art 50).

31 Interrogado por Evelyne Desbois, Yves Jeanneau y Bruno Mattéi (1986). Léon Delfosse, responsable cegetista de las hulleras en la época de la Liberación, estima que después de un período (consecutivo a la expulsión de los representantes de la CGT) cuando fue descuidada, 1947-1953, la prevención retoma su importancia a partir de mediados de los años 1950, bajo el efecto del peso considerable de las compensaciones. Si la afirmación es hecha por un testigo fuertemente «comprometido», corresponde a la cronología de evasión, por parte de las hulleras, de una carga financiera que se vuelve cada vez más coercitiva bajo la Cuarta República. Esto puede verse con más detalle en la siguiente sección de este capítulo.

32 Además de las técnicas de humidificación, la prevención del riesgo de la silicosis pasa por todas las medidas susceptibles de controlar y disminuir los efectos de la formación de polvo: ventilación, extracción en la fuente, productos de sustitución, equipos de protección individual, considerando la lista no exhaustiva propuesta por Le Bacle, Bouchami y Gouffier (1995).

nera progresiva. De 6.000 partículas de cuarzo puro por  $\text{cm}^3$  en 1945, la media cae a 4.000 en 1953. Esta cifra fue retomada por el decreto del 21 de diciembre de 1954, como límite de concentración admisible de partículas de polvo. La lucha contra la acumulación de polvo se intensifica. Así, para el primer semestre de 1958, la tasa media es dividida por seis y desciende a 250 partículas de cuarzo puro, una cifra considerada tolerable en diferentes países.<sup>33</sup> En las décadas siguientes, la disminución de la densidad de partículas continúa, a un ritmo que, sin embargo, tiende a ser afectado por la desaceleración de la actividad. Las cargas financieras, el recurso a la mano de obra extranjera con contratos temporales y a la cual le reservan el trabajo más peligroso, desestimulan la inversión en prevención. Justo en la década de 1980, los valores límites en el fondo son ampliamente sobrepasados (Thébaud Mony, 1991).<sup>34</sup>

En muchos establecimientos distintos a la minería, la situación es aún más grave, como lo señalan las muestras de polvo tomadas por los servicios de prevención del CRAM (Caisse Régionales d'Assurance Maladie [Cajas regionales de seguro de salud]) de en las empresas que están bajo su control (34.000 entre 1950 y 1975). La mitad de las instituciones donde existe un riesgo de silicosis no cumplen con el límite de exposición establecido por el Ministerio de trabajo.<sup>35</sup> Si bien es cierto que las normas varían según los ministerios y sectores de actividad, son solo indicativas.<sup>36</sup>

---

33 Sobre todos esos puntos ver en especial el acta de las *Journées françaises de pathologie minière*, 22-23 octubre 1958 (en particular la intervención del Dr. Jarry, p. 122); Claude Amoudru (1972), y Amoudru y Nadiras (1966).

34 Sobre las medidas de exposición del personal en el fondo a la formación de polvo efectuadas por la Dirección de servicios médicos de las Empresas carboníferas de Francia en los años 1980, véase CDF (1982).

35 Véase Lardeux (1989).

36 A este respecto la obra de Thébaud Mony (1991) contiene (p. 62 y p. 277 ss.) una monografía de una planta de trituración de piedras que, en 1988, supera en treinta veces los valores límites recomendados por el Ministerio de Trabajo, la empresa responde a los problemas de salud con una



En las minas, el mejoramiento general repercute directamente sobre el plano epidemiológico. Un primer indicador es el de la incidencia, es decir, la proporción de nuevos casos de silicosis reconocidos en el año. Después de haber oscilado entre el 1 y el 2% de efectivos de 1964 a 1976, decrece a partir de 1977, y cae a 0,5% en 1980 y 0,4% en 1985 (CDF, 1982).<sup>37</sup> Por supuesto este dato es insuficiente, porque la incidencia depende, de una parte, de la evolución de la tasa de reconocimiento y, de la otra, de efectos de estructura tales como la antigüedad de los efectivos. Veremos más adelante que la evolución de esos dos parámetros en este período no parece afectar su significación.

El número de casos de silicosis reconocidos después de menos de veinte años de trabajo en el fondo se vuelve marginal (inferior a cincuenta en 1982). Los servicios médicos de las hulleras ven en el «crecimiento progresivo del tiempo de latencia entre la exposición y la identificación de la enfermedad [...] un progreso sanitario evidente y bastante notable» (CDF, 1982: s.p.). También se observa una clara mejoría en las complicaciones de la silicosis, en especial en el caso de la terrible «silico-tuberculosis»:<sup>38</sup> a mediados de los años 1950, un tercio de los mineros atacados por esta coafección morían en tres años. Bajo el efecto conjunto de las campañas de detección y de vacunación contra la tuberculosis en las cuencas mineras y del progreso de los tratamientos, «el tiempo promedio que separa la constatación médica inicial de la enfermedad profesional del diagnóstico de la tuberculosis» pasa de diez a veinte años entre las décadas 1950 y 1970. Para los médicos de las hulleras es el momento de pedir una reorganización de la legislación en el sentido de una disminución (en especial en la asignación de las tasas de IPP).<sup>39</sup>

---

rotación ultrarrápida de los efectivos.

37 El cambio proviene principalmente de la cuenca del Nord Pas-de-Calais.

38 La silico-tuberculosis toca al 1,43 % del conjunto de pacientes de silicosis en 1962, y al 0,64 % en 1971. Véase Amoudru (1972).

39 Véase Lenoir (1977). Hay que señalar que en 1965, con la participación

Subrayemos por ahora que un efecto de estos cambios es la prolongación de la «trayectoria» de los silicóticos en la totalidad de la carrera profesional y en el ciclo de vida. Como lo señala un informe oficial del servicio médico de las hulleras, los problemas de prevención tienden a asemejarse, «en cuanto a los objetivos y modelos, [...] a aquellos usados por el sector nuclear, en el cual el objetivo no es la ausencia del efecto cancerígeno solo durante la vida activa, sino la prevención de los efectos cancerígenos a lo largo de la vida» (CDF, 1982: 20).

### ***Nuevos usos de los mineros migrantes: la llegada de los marroquíes***

Otro cambio de estrategia, a la vez elemento estructural de la gestión del personal a partir de los años 1960, y factor de peso en la medida de la mortalidad por silicosis, es el recurso a la mano de obra extranjera, principalmente marroquí. Es evidente que esto no es inédito. El porcentaje de trabajadores extranjeros dedicados a la minería, tras alcanzar un máximo del 50% en 1930, es todavía del 42% en 1937, y a pesar de los retiros ligados a la crisis, es cercano al 40% al comienzo de la década de 1950. A pesar del retiro de 3.600 mineros poloneses en 1946, esta nacionalidad es de lejos la mejor representada, con más de 25.000 asalariados de las HBNPC en 1950. De 1945 a 1962 llega una nueva oleada de inmigración, en el marco de un acuerdo entre Francia e Italia que prevé que en intercambio de mano de obra, Francia le dé a Italia 150 kilos de carbón diarios por hombre.

Sin embargo, en los años 1950, esas dos nacionalidades ven caer su representación en dos tercios<sup>40</sup> para dar paso a la llegada masiva de trabajadores marroquíes: 78.000 de 1962 a 1977 solamente para la cuenca Nord-Pas-de-Calais, que en especial provienen del suroeste del país. Si en 1960, los trabajadores ma-

---

de la URSSM, 70.000 mineros de la cuenca del Nord et du Pas-de-Calais fueron vacunados.

40 Véase ACHML (s.f. e).

marroquíes representan solo el 10,7% de los obreros contratados para trabajar en el fondo durante ese año, esta proporción varía del 46 al 63% en los siguientes cinco años. En 1965, ellos constituyen el 45% de la mano de obra extranjera empleada en las minas, mano de obra que por sí misma representa el 24% de los efectivos totales de las hulleras (Amoudru, 1967). A diferencia de la aparente continuidad con las precedentes, esta nueva oleada de inmigración se lleva a cabo en el contexto, enteramente nuevo, de la programación del cese de la explotación. Ha quedado atrás la etapa en que se necesitaba encontrar a todo precio mineros para trabajar en el fondo y las hulleras recurrían a la introducción de migrantes extranjeros en las cuencas mineras. De ahí en adelante, la contratación se traduce en la multiplicación de contratos de trabajo a término definido, lo que permite conciliar un triple objetivo: evitar la titularización de mineros en el Nord-Pas-de-Calais, adaptarse con mayor flexibilidad a los peligros de la producción y del cierre de las excavaciones y pagar a menor costo el tema del riesgo de la silicosis.

La bibliografía secundaria ha mostrado bien cómo, después de una fuerte selección sanitaria hecha a partir de una serie de visitas médicas «retenes» tanto en Marruecos como a la llegada a las hulleras, los mineros escogidos fueron sometidos a condiciones de trabajos muy duras: altas tasas de polvo, calor, ruido, posturas dolorosas debido a la estrechez de las galerías, con riesgos importantes de accidentes de trabajo y de silicosis (Amoudru, 1967; Thébaud Mony, 1991).<sup>41</sup> Pero los médicos de las hulleras se esfuerzan en atribuir los «pocos casos de silicosis que aparecen durante la estancia en Francia, a los trabajos mineros realizados fuera de las hulleras, y en probar que cierto número de marroquíes se expusieron anteriormente a los riesgos conióticos en las minas de veta del sur de Marruecos» (Amoudru, 1967: 15-28).<sup>42</sup>

---

41 Véase también la perspectiva crítica de Marie Cegarra (2000).

42 Amoudru, portavoz de las hulleras desde el punto de vista médico, sostiene que gran parte de los mineros marroquíes que hacen una reclamación de indemnización habían contraído la silicosis en su país, silicosis no de-

En cualquier caso, los contratos temporales impiden a la mayoría de ellos satisfacer las condiciones de tiempo de exposición (recordemos que requieren cinco años de trabajo en el fondo reconocidos) fijadas por la legislación. Es solo a partir de 1977, fecha de la detención de la inmigración dirigida por las hulleras, que los mineros marroquíes, para entonces 4.000, pueden hacer renovar sus contratos de trabajo de manera casi-automática, antes de que su estatus de minero sea reconocido en una huelga tres años más tarde.

Los mineros marroquíes reprochan a las hulleras el hecho de frenar el reconocimiento de la silicosis por medio de trabas administrativas y sobre todo de finiquitarles el contrato a aquellos que la contrajeron (Cegarra, 1999). Específicamente, un reporte oficial marroquí, presentado en 1978 a las autoridades francesas, afirma que en lugar de renovar mediante una prórroga tácita año y medio los contratos de trabajo, las hulleras imponen a sus asalariados marroquíes una interrupción cercana a los cuatro meses, durante la cual los mineros diagnosticados de silicosis son devueltos a su país.<sup>43</sup> Nada más difícil para ellos que hacer valer sus derechos. Una vez devueltos a Marruecos, se enfrentan a la ausencia de una estructura sistemática de detección, al menos en las zonas alejadas de las grandes ciudades. Los pocos casos declarados son examinados por los médicos de los consejos marroquíes e informados enseguida al organismo francés de la seguridad social del cual dependen, y quien establecerá si reconoce o no que la neumoconiosis fue contraída en Francia. A las reclamaciones del gobierno marroquí, la dirección de la Seguridad social contesta primero que la negativa de recontratar a un trabajador que sufre de silicosis «no está dentro

---

tectada durante las visitas médicas preliminares a su contratación porque todavía estaba en fase de latencia radiológica.

43 El informe fue discutido en la reunión interministerial del 13 de febrero de 1978, organizada de acuerdo con los compromisos adquiridos por Francia en la convención de mano de obra firmada el 1 de junio de 1963 con Marruecos (Ministerio de Trabajo, Dirección de la Población y las Migraciones, CAC 19920443 art. 50).

de su jurisdicción». <sup>44</sup> Además, en virtud de los acuerdos del 9 de julio de 1965 entre ambos países, los trabajadores inmigrantes marroquíes que regresan a su país pueden, de la misma manera que los franceses, ser oficialmente reconocidos como enfermos de silicosis después del examen realizado por un colegio de tres médicos a pesar de tener un tiempo de exposición insuficiente. Ahora bien, según los agentes administrativos del Centro de seguridad social de migrantes, las declaraciones de enfermedades profesionales presentadas en el extranjero suscitan mucha desconfianza entre los expertos y los colegios franceses de modo que tienen menos posibilidades de éxito.

Como en materia de enfermedades profesionales no existe ningún dato estadístico considerando la nacionalidad o el lugar de la solicitud (Francia o el extranjero), ni en el régimen general ni en el régimen minero, es bastante difícil hacerse una idea objetiva del porcentaje de rechazos correspondiente a los trabajadores extranjeros que retornan a su país (Thébaud Mony, 1991). En 1987, cuando se registran más de 30.000 titulares de indemnizaciones en la cuenca del Nord Pas-de-Calais, de las cuales la mitad eran beneficiarios, el director general de las hulleras, Jack Verlaine, afirma que solo 327 antiguos mineros marroquíes reciben una indemnización por silicosis, sin precisar con claridad si la cifra corresponde a todos los mineros y antiguos mineros de nacionalidad marroquí habiendo trabajado en las hulleras francesas o solamente a aquellos que regresaron a su país (Cegarra, 1999). Al momento de esta declaración, los mineros marroquíes (2.500 de los 7.000 que todavía estaban empleados en el fondo en las minas del Nord Pas-de-Calais) llevan a cabo una larga huelga (de la cual saldrán victoriosos) con el fin de beneficiarse, más que de una ayuda para el regreso, de una «licencia carbonífera» después de diez años de antigüedad (contra quince inicialmente previstos en el marco de ese plan de acompañamiento del cierre de las últimas canteras). El

---

44 Respuesta a la Dirección de la seguridad social al ministerio de trabajo, 25 de mayo de 1978, (Ministerio de Trabajo, Dirección de la Población y las Migraciones, CAC 19920443 art. 50).

reconocimiento de las neumoconiosis para los mineros deseosos de regresar al país era una de las condiciones del acuerdo. Sin embargo, es difícil evaluar en qué medida pudo ser aplicado efectivamente (Thébaud Mony, 1991).

## **Una nueva gestión demográfica y financiera**

La tercera gran evolución iniciada en los años 1960 atañe directamente la gestión de la silicosis por parte de las hulleras. Eso se traduce de manera más bien brutal en un reconocimiento y una reparación mucho más restrictivos de la enfermedad. A partir de 1963, el número de indemnizaciones creadas, que en pocos años había bajado a la mitad, fue superado por el número de indemnizaciones extintas. Después de una fuerte disminución en valor absoluto (de 3.458 nuevas indemnizaciones en 1960 se pasó a 1.965 diez años más tarde), las tasas de aceptación de los expedientes de solicitud de reconocimiento de silicosis fluctúan anualmente de 30 a 42% en los años 1970, mientras que oscilan en un porcentaje cercano a 60 al final de la Cuarta República.

La época está también marcada por la reducción de la escala de las tasas de invalidez establecidas en el momento de otorgar indemnizaciones. Asistimos, por decirlo así, a la desaparición de las tasas de IPP a 0% o al resurgimiento a más de 20%. A partir de 1965, 197 de las 256 indemnizaciones entregadas por las HBNPC, es decir el 77%, lo son con una tasa comprendida entre el 1 y el 9%, y el 17% lo son entre el 10 y el 19% (URSSM, s.f.). Veinte años más tarde, ya no hay tasas de IPP a 0% y las superiores al 20% no representan más del 4% del total de los «primeros pagos».

No se podría reducir estas transformaciones a un sesgo de estructura: lejos de derivar de la evolución de la edad y de la antigüedad de las poblaciones de mineros empleados en el fondo, resultan realmente y en parte de una serie de progresos médicos. En efecto, esos mejoramientos acaecen en el momento en

que el envejecimiento de las poblaciones de silicóticos (activos y sobre todo inactivos), derivado de la suspensión de los contratos, ayudadas por la antigüedad y el estado de salud, hubieran debido al contrario traducirse en un deterioro de la situación.<sup>45</sup>

Aun así, la medicina no lo explica todo. Las variaciones brutales de ciertas series estadísticas indican suficientemente la importancia de las opciones de gestión en la evolución de las estadísticas. Para dar un ejemplo, la prevalencia en el fondo disminuye casi a la mitad en dos años, del 9% en 1980, al 4,7% en 1982 (CDF, 1982). Es difícil no atribuir esta caída a la llegada de la izquierda al poder en 1981 y a la consiguiente política de sacar del fondo a los trabajadores afectados de neumoconiosis. En un horizonte de comparación más amplio, la estabilización a un nivel bajo de la tasa de reconocimiento después de los años 1960, en contraste con el período de la Cuarta República, puede marcar un endurecimiento deliberado de la política de otorgamiento de indemnizaciones. Por otra parte, la tasa de prevalencia por cohorte sigue siendo elevada. Según las estimaciones de las hulleras correspondientes a las últimas tres décadas del siglo XX, la silicosis ataca el 20% de los mineros empleados en fondo (CDF, 1982).<sup>46</sup>

Las decisiones médicas, que recordemos están siempre entre las manos de las hulleras, provienen todavía parcialmente de opciones de gestión. Simplemente estas cambiaron en relación a los años 1950. En esta época, lo hemos visto, era esencial conservar la mano de obra en el fondo, dándole suficientes perspectivas a los mineros, llevándolos lentamente, renegociación tras renegociación, hacia una tasa de invalidez que les asegurara la subida a la superficie.

---

45 Se trata de un argumento de peso para el médico jefe de las hulleras, Claude Amoudru (1972).

46 Por su parte Thébaud Mony (1991: 255) propone cifras mucho más elevadas: 52% de prevalencia por treinta años de antigüedad o más en la cuenca Nord Pas-de-Calais.

De manera creciente, la naturaleza del problema cambia en los años 1960. La combinación entre la desaceleración de la actividad en las cuencas, la disminución de los efectivos, el recurso a una mano de obra inmigrante temporal, relajan la necesidad de fijar en el fondo a los mineros. En especial, masivamente, se pasa de la gestión económica de una mano de obra activa, a una gestión social de antiguos mineros convertidos en dependientes de las aseguradoras y de las prestaciones colectivas. Como consecuencia de la reducción progresiva de los efectivos y de los progresos en la lucha contra la mortalidad, la gran transformación del período es, en efecto, el deterioro de la tasa de carga entre el personal activo en las minas de carbón, por un lado, y los jubilados o el personal discapacitado por el otro. En términos cuantitativos, esta inversión toma proporciones astronómicas. Por cien afiliados activos al régimen de la seguridad social minera, se contaban 60 beneficiarios de prestaciones sociales en 1950, 100 en 1958, 200 en 1969, 500 en 1983, 1.000 en 1991 (CAN, s.f.).

Al efecto demográfico global se suma un mecanismo institucional. El retiro cada vez más precoz de la actividad. En la década de 1970, se desarrollan los retiros anticipados antes de los 50 años, que influyen directamente las tasas respectivas de la silicosis en la población activa e inactiva menor de 51 años. En la cuenca Nord Pas-de-Calais también se desarrolla, lo hemos visto, una política casi sistemática de ascenso de la mina tan pronto como la discapacidad supera el 30% (CAN, s.f. a).<sup>47</sup> Ahora bien, ese retiro precoz del fondo, incluso de la actividad, es concomitante con la prolongación del período que precede a la aparición y a las complicaciones de la enfermedad. Se está ahora más cerca de treinta que de veinte años entre el momento la detección y la aparición de los problemas más graves. De ese doble mo-

---

47 En 1982, entre los titulares de indemnizaciones por neumoconiosis de menos de 51 años, «solamente» el 42% siguen en actividad, de los cuales el 40,74% tiene una tasa de IPP inferior al 30% y el 1,12% una comprendida entre el 30 y el 39%, y 0,36% una tasa entre el 40 y el 65%.



vimiento, resulta un acortamiento de la «trayectoria» del sicolítico empleado en el fondo: el intervalo entre el momento de la detección y el de la salida del puesto de trabajo peligroso se mide en años y ya no en décadas. Las tasas de IPP nulas y el llamado tácito que de ellas derivaba, ya no tienen sentido como en la década de 1950. Se establece un nuevo equilibrio: un reconocimiento más difícil, pero una salida más rápida del empleo arduo, incluso de la actividad. Este cese de actividad anticipado no hace más que acelerar el deterioro de la tasa de carga entre activos y jubilados.

Estas evoluciones convergentes repercuten, por supuesto, de forma directa en el estatus de las poblaciones víctimas de silicosis. Todavía en 1970, los nuevos casos de neumoconiosis reconocidos atañen cerca del 80% de los activos y un poco más del 20% de los jubilados, después de una evolución regular, estas dos proporciones se invierten en 15 años (CDF, 1985).<sup>48</sup> A partir de la década de 1980, se puede decir que las «trayectorias de silicóticos» conciernen casi exclusivamente a jubilados. El problema médico de la silicosis sigue entonces una lógica incommensurable con aquella que prevalece durante los Treinta Gloriosos. Ya no constituye un parámetro económico de gestión de la mano de obra, sino una obligación social entre otras, afectando una población excluida del mercado laboral, en cuencas donde la actividad está a menudo completamente deteriorada. Los reportes estadísticos lo traducen de manera directa. A medida que uno se aproxima a la época contemporánea, ellos se estructuran cada vez más en torno a las prestaciones sociales. La evolución se alcanza en la década de 1990 y se observa visualmente por la creciente proporción de la Caja Autónoma Nacional de la Seguridad social en los informes estadísticos en las minas (CAN). Informes que se vuelven verdaderos trataditos aplicados al derecho de la seguridad social. La silicosis, cual-

---

48 En el conjunto de las cuencas hulleras, se contabiliza, en 1974, 10.119 neumoconióticos activos y 41.566 retirados. En 1985, estas cifras son de 1.681 y de 39.659 respectivamente.

quiera que sea su continua importancia financiera<sup>49</sup> ya solo hace parte de un conjunto de problemas socio-económicos tramitados por la seguridad social, la cual retoma su control en 1987. La enfermedad se diluye en un conjunto de prestaciones (seguros AT-MP, pero también jubilaciones, prejubilaciones, invalidez)<sup>50</sup> que permiten, una vez más, descargar parcialmente el costo en el conjunto de la colectividad y de los asalariados y que prolongan su invisibilidad estadística.

Lo mismo sucede con el problema de los antiguos mineros reconvertidos a otras actividades y otros sectores a medida que se cierran las canteras. Abarcando en parte, pero sin reducirlas a ello, nuestras reflexiones precedentes sobre la inmigración invitan a preguntarse por el número de asalariados que habiendo comenzado su carrera en las hulleras se les desencadenó una silicosis luego del período de latencia frecuente para esta afección y cuando ya trabajaban en otros sectores. Si con los datos existentes resulta imposible medir de forma directa aquello que llamamos algunas veces, a propósito de las enfermedades no atribuibles al último empleador, el «riesgo antiguo», informaciones toscas de las que disponemos dejan suponer que un número significativo de las silicosis declaradas al régimen general de la seguridad social son el resultado de tales trayectorias de salida de las minas. De nuevo, las lagunas en el registro estadístico — en el caso presente la ausencia de seguimiento de los asalariados a lo largo de su carrera profesional— no pueden sino difuminar y rebajar la percepción de los daños ocasionados por el trabajo en el fondo (Le Bacle *et al.*, 1995).<sup>51</sup>

---

49 Por los costos de invalidez que ella representa, la silicosis sigue siendo la tercera enfermedad profesional en Francia, al momento del balance elaborado por Le Bacle, Bouchami y Gouffier (1995).

50 Por ejemplo, más allá de un 65% de invalidez, umbral de la invalidez general, los mineros son sistemáticamente retirados del empleo, lo que no era el caso en los decenios anteriores.

51 Así, de los 6.649 casos de silicosis reconocidos por las CRAM de 1977 a 1991 (esto es por el régimen liberal fuera de las hulleras), 2.270, es decir el 34 %, corresponde solo a la región de Lille.

## El número de muertes o la estadística imposible

De una enfermedad incurable tan temible como la silicosis, y exponiendo a los efectivos a riesgos también masivos, podría parecer evidente plantearse la pregunta, desde el comienzo de este artículo, del número de muertes que ella ha provocado. En este punto del razonamiento, comprendemos que esta pregunta, tan legítima desde un punto de vista a la vez histórico, demográfico y cívico, está desprovista de sentido. Todas las etapas del increíble procedimiento requerido para acceder al estatus de «silicótico» y a una tasa de invalidez substancial son a tal punto construidas y negociadas, que los datos relativos a la morbilidad no pueden sino ser considerado como indicadores indirectos de las técnicas de gestión de la mano de obra de las hulleras, o de los seguros sociales por la CAN.

La dificultad es reforzada por la doble opacidad, a la vez institucional y estadística, del sistema. Opacidad en parte deliberada y denunciada como tal en la época, en tanto permitía diluir la silicosis en otras enfermedades, otras prestaciones sociales (invalidez, prejubilación), otras causas de muerte.<sup>52</sup> A quienes esperaran encontrar mediciones simples, directas y exhaustivas de la morbilidad ocasionada por la silicosis, los resúmenes estadísticos producidos después de los años 1950 contraponen una serie de pantallas (multiplicidad de los servicios que pro-

---

52 Al menos, cuatro tipos de fuentes contienen datos estadísticos de la silicosis: las estadísticas nacionales de la rama AT-MP para los trabajadores asalariados; las estadísticas del régimen minero. Estas dos son relativas a la compensación. Un tercer conjunto son las estadísticas reglamentarias de prevención médica de la silicosis, bajo la autoridad de la dirección de minas del Ministerio del desarrollo industrial y científico por un acuerdo del 15 de abril de 1958. Y, finalmente, los estudios de los servicios médicos de las hulleras, principalmente para el Nord Pas-de-Calais. Como lo reconoce el propio Claude Amoudru (1995): «estas disparidades crean a veces dudas y suspicacias».

ducen informes, heterogeneidad de los estatutos, incoherencias parciales de las series en el tiempo) que diluyen la percepción cuantitativa del problema. ¡Cuán ilusorio sería ambicionar una estimación de la mortalidad!

Tomando un solo ejemplo, es muy difícil establecer una serie de cifras estabilizadas en el tiempo. Para un período determinado, el número de enfermos y el número de decesos ligados a la silicosis evolucionan año tras año al ritmo del reconocimiento tardío de los expedientes: como para el carácter de enfermo de silicosis, existe de hecho una negociación caso por caso del origen silicótico de la muerte, tema al que volveremos pronto. Puesto que el reconocimiento puede tardarse más de un año, de ello se desprende la situación extrema de una estadística en movimiento, que cambia de forma retrospectiva a medida que se pretende recapitularla. De la misma manera, los resúmenes estadísticos de los años 1980 indican en detalle la estructura por edades de los muertos, pero según su tasa de incapacidad. Así, ello impide poner en relación a esta última con la mortalidad, elemento que sería fundamental para evaluar la consistencia médica de los niveles de IPP reconocidos a los mineros (ACHML, 1980).

Es imposible determinar la población de muertos por silicosis en un sentido médico (no legal) del término; tampoco se puede reconstituir *ex post* las trayectorias profesionales y especialmente la edad eventual de la salida del fondo. Es igualmente imposible separar el rol propio de la silicosis del de las otras coinfecciones o complicaciones, sean o no reconocidas oficialmente. Durante los Treinta Gloriosos, ¿cuántas víctimas de la «tuberculosis» o de la «silico-tuberculosis», incluso de otras neumoconiosis, son de hecho muertes por silicosis?<sup>53</sup> El recur-

---

53 No encontramos, por ejemplo, elementos de distinción entre la «silicosis» y la «siderosis». Incluso, todavía en los años 1980, reaparece la distinción entre «silicosis» y «neumoconiosis del hullero», de la cual Thébaud Mony (1991: 253) y líneas nuestras arriba muestran las ambigüedades,

so a una mano de obra inmigrante sometida a contratos precarios y a eventuales repatriaciones viene a complicar aún más la escena. Esta técnica de gestión, cuyo carácter estructural y no accesorio ya subrayamos, impide definitivamente toda estimación seria del número de víctimas en las hulleras. Estamos obligados, como en el caso de la morbilidad, a producir estadísticas de las cuales se sabe que solo proveen una estimación por defecto, pero de las cuales es estrictamente imposible determinar hasta qué punto han sido subestimadas.

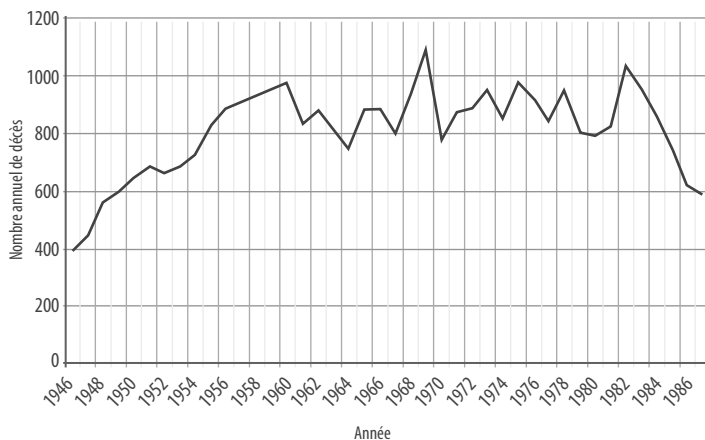
Tomemos el número oficial de muertes por silicosis cuantificadas por la seguridad social de las minas entre 1946 y 1987 (Gráfico 5). Se trata de la serie estadística más consistente para tener una base de la estimación del número de víctimas de la silicosis, ella concierne el sector económico más golpeado por la enfermedad y se lleva a cabo de principio a fin, como lo hemos dicho, en un régimen homogéneo de protección social.

---

sin olvidar las polémicas, de los años 1920 sobre la definición de la silicosis. Véase capítulo 1 de Devinck y Rosental (2007). Por el contrario, los informes de estadísticas anuales de la CAN dan una idea de la evolución de las complicaciones legales de las neumoconiosis. En 1982, por orden decreciente según número de beneficiarios de indemnizaciones, son reconocidos: por insuficiencia ventricular derecha (623 beneficiarios), tuberculosis (361), neumotórax espontáneo (43), neurosis cavitaria aséptica (38), insuficiencia respiratoria aguda (37), aspergilosis (13), supuraciones broncopulmonares (12).

## Gráfica 5

### Número oficial de muertes por silicosis en las hulleras de 1946 a 1987



Sumando las muertes en el período, se llega a la cifra de 34.000 mineros o antiguos mineros muertos por silicosis. Esto no es más que una base para la estimación. De entrada, su definición no es ni médica, ni demográfica, sino legal. Por supuesto, ella corresponde solo a los «silicóticos» en el sentido oficial del término, ese que analizamos en este artículo. Pero en esta población, de entrada restringida en el plano estatuario, esta serie estadística cuantifica solamente los difuntos cuyos beneficiarios reclamaron el pago de las indemnizaciones. En otros términos, ella cuantifica el número de decesos oficialmente imputados a la silicosis luego de una investigación, solicitada por las familias, en la que se obtuvo un resultado afirmativo, condición evocada en los reportes estadísticos anuales de la CAN.

Primera restricción, pues esta definición excluye evidentemente los decesos que no tuvieron una investigación de imputabilidad. Confesada incluso por las hulleras, esta omisión

concierno al menos el 20% de las víctimas (ACHML, s.f.). Teniendo en cuenta este porcentaje, el número de víctimas de la silicosis de las hulleras pasa de 34.000 a más de 40.000, pero vemos bien los límites de ese razonamiento. Tener en cuenta sesgos innegables, confirmados por las propias empresas de carbón, hace deslizarse de inmediato del conteo a la estimación.

La diferencia importante entre el número de muertes y el número de procesos no proviene solo de los difuntos que no dejaron beneficiarios. Una parte de las familias es reacia a lanzarse a un proceso, a menudo desalentador, o termina por renunciar a él. El primer obstáculo a afrontar es la duración del proceso. Como lo reconoce la CAN: «la pregunta por la imputabilidad a la neumoconiosis de los decesos acaecidos durante un año es, prácticamente y en todos los casos, decidida solamente en un plazo de casi dos años» (ACHML, 1980: 13). En la práctica, el recuento de los cuadros estadísticos de la seguridad social de las minas presenta a menudo retrasos incluso más largos: en 1993 quedan pendientes 190 expedientes presentados en 1990 y 188 en 1989, para un total de 551 muertes reconocidas en el año. La espera puede ser dolorosa, muchas familias se niegan a la realización de una autopsia, con frecuencia solicitada un año después del deceso.<sup>54</sup> Ella es en definitiva incierta. Mientras que la tasa de rechazo de imputabilidad por la CAN era del 30% para el conjunto de la Cuarta República (3.673 rechazos sobre 12.210 solicitudes), y del 37% (solamente en el Nord Pas-de-Calais) de 1959 a 1965 (es decir 3.205 sobre 8.769), esta llega al 59% en 1984 (1.221 sobre 2.080) y a dos tercios en 1991 (981 sobre 1.479).

---

54 El artículo L 177 del código de seguridad social estipula que «la caja debe, si los herederos de la víctima lo solicitan o con su consentimiento si ella misma lo estima conveniente para la manifestación de la verdad, pedirle a un juez de paz en cuya jurisdicción ocurrió el accidente hacer proceder una autopsia en las condiciones previstas por los artículos 303, 304 y 305 del código de procedimiento civil».

Una de las dificultades a las que se enfrentan los beneficiarios, sobre quienes recae la carga de la prueba de una relación causal entre la silicosis y el deceso, es que este es susceptible de acaecer muchos años después de la exposición al riesgo. Luego de la opinión del médico consejero de las hulleras y del médico consejero de la URSSM, es a un Comité de Opinión sobre la Pensión (COP) donde los expedientes de los decesos de silicóticos son, incluso hasta una fecha reciente, transmitidos para decidir sin apelación sobre su imputabilidad. Los expertos se acostumbraron a considerar que un enfermo de silicosis no puede morir de esta enfermedad si es titular de una indemnización inferior al 50%. Esta práctica deja al descubierto otra de las dificultades de las «transacciones» que el minero enfermo habrá llevado a lo largo de su vida con el experto encargado en neumoconiosis y los colegios de dos o tres médicos, respecto a su IPP reconocida. Para preservar los derechos de su familia tenía que llegar a la menor brevedad posible a una tasa de invalidez mínima. Para las hulleras, simétricamente, este hábito se constituye en otra razón para sacar del fondo a los mineros antes que su tasa de invalidez fuera demasiado elevada, al contrario de lo que se producía en la década de 1950, época de una fuerte necesidad de mano de obra.

Como lo establece un estudio sobre el período 1973-1981, la probabilidad de cambiar para las familias la opinión inicialmente emitida por el COP es casi nula (Desliers, 1984). A lo largo de esos nueve años, 13.318 solicitudes, es decir dos tercios de los expedientes de difuntos oficialmente declarados como silicóticos, son sometidas al COP de la Unión regional del Norte y del Pas-de-Calais. Un poco menos de la mitad de las muertes (6.644) son imputadas a la enfermedad. Para las 6.674 muertes restantes, solamente el 11,6% de las familias (755) se arriesga a recurrir a la Comisión de Recursos de Reposición (CRR). Después de ser casi todas desestimadas, 163 familias cuestionan la decisión de la CRR mediante la presentación de sus casos a la Comisión de primera instancia del contencioso de la seguridad social. El 40% de los casos implicados corresponden a mineros



titulares de una tasa de indemnización superior al 50%. Al término de este largo proceso, solo cinco decesos fueron reconocidos como imputables a la silicosis. En resumen, de los 6.649 decesos finalmente imputados de forma oficial a la silicosis, 99,92% lo fueron, en primer examen por el COP, y 0,08% al término de una contestación por los beneficiarios.

Estas proporciones, a su manera, objetivan el principio del tratamiento de la silicosis por las hulleras: un sistema jerárquico que incita a los mineros a la obediencia y a la paciencia, y que no vacila en llamar al orden para contener los intentos de desviación. Igualmente, un sistema que asegura las condiciones de su propia opacidad estadística y que convierte en imposible una medición, incluso tosca, del número de víctimas. Más que intentar una evaluación superficial, no podemos sino terminar por detallar los componentes de ella.

Respecto a los efectivos medibles, podemos contar, de 1946 a 1987, 34.000 muertes reconocidas a las cuales se les suma, según las propias hulleras, 6.000 mineros muertos que no dejaron beneficiarios. Por otro lado, se puede estimar un promedio de 7.500 muertes oficialmente *non* imputables a la silicosis de 1946 a 1965,<sup>55</sup> y un número que no pudimos descubrir en nuestras fuentes, salvo para los años 1980, cuando alcanzó alrededor de 1.000 por año. El conjunto representa un total de decenas de miles de rechazos, de los cuales no se sabrá jamás, desde un punto de vista médico, cuantos serían atribuibles a la silicosis, entendida unas veces como causa única y otras como desencadenante de complicaciones.

Respecto a los efectivos no medibles, se debe incluir a los mineros muertos de «tuberculosis» o de «silico-tuberculosis»

---

55 Además, a los 3.673 rechazos de imputabilidad hasta 1958, los 3.205 rechazos de la cuenca del Nord Pas-de-Calais de 1959 a 1965, incrementados en un 25% en un intento por reflejar, por defecto, el peso de la cuenca en el conjunto de las hulleras, lo que da un promedio de 4.000.

antes del reconocimiento de 1946 (para tener en cuenta solamente la terminología del siglo XX), así como una parte de los mineros extranjeros empleados en las minas de entre guerras hasta los años 1980. Una parte en lo absoluto medible debido a la ausencia de la nacionalidad en las estadísticas, al regreso a su país de cierto número de esos migrantes y, para el período correspondiente a la Cuarta República, a los contratos de empleos precarios y a la imposibilidad de seguir sus trayectorias médicas luego de su salida de las empresas carboníferas. Pero sin duda una parte substancial, si se considera que estos mineros extranjeros eran a propósito asignados a los trabajos más peligrosos desde el punto de vista médico, es incluso, de forma cada vez más acentuada en el tiempo, una de las razones iniciales para su reclutamiento.

En definitiva, recordemos que para este artículo solo se considera la morbilidad y la mortalidad ligadas a la silicosis en las minas. Había allí una razón de oportunidad (las hulleras, en particular el Pas-de-Calais, concentran el mayor número de víctimas) pero también de fuentes. Cualquiera que sea su propio interés, en el seno de los sectores no mineros, los datos de la silicosis obtenidos del régimen general de la seguridad social necesitarían el mismo trabajo de búsqueda de archivos, luego de contextualización, que el que nosotros realizamos aquí. Es fútil contentarse con producir cifras de manera bruta, dejando suponer que ellas permiten una medida del desastre humano, sanitario y demográfico que ha representado la silicosis. Bien disimulada y bien cubierta, esta gran asesina, de la cual no podemos olvidar que continúa actuando aún hoy en Francia,<sup>56</sup> no está lista para revelar ni los detalles ni la amplitud de sus crímenes.

---

56 En 2004, se cuentan oficialmente 4.480 reconocimientos de silicosis y casi los mismos decesos imputables, lo que la convierte en la segunda enfermedad profesional más mortífera después del asbesto.

## Referencias

- 2000, «Mora, le négrier», Cegarra, Marie, *Le Monde Diplomatique*, novembre.
- Rosental, Paul André. (2006). Pour une histoire politique des populations, *Annales. Histoire, sciences sociales*, 61, 1, 7-29.
- Szreter, Simon. (1996). *Fertility, class and gender in Britain. 1860-1940*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdelaïs, Patrice. (1993). *Le nouvel âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*. Paris: Odile Jacob.
- Brian, Éric. (2001). Nouvel essai pour connaître la population du royaume: histoire des sciences, calcul des probabilités et population de la France vers 1780. *Annales de démographie historique*, 38, 2, 173-222.
- Le Bacle, C., Bouchami, R. y Gouffier, C. (1995). Silicose: la situation en France dans les années 1990. *Documents pour le médecin du travail*, 63, 3, 159-165.
- Catilina, Pierre y Roure Mariotti, Marie Claire. (2003). *Médecine et risque au travail: guide du médecin en milieu de travail*. Paris: Masson.
- Ramazzini, Bernardino. (2005). *Per una vita austera lunga sana proficua*. Reggello: Firenze Libri.
- Markowitz, Gerald y Rosner, David. (2005). *Deadly Dust: Silicosis and the Politics of Occupational Disease in Twentieth Century America*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Cottreau, Alain. (1978). La tuberculose: maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail? Critique d'une épidémiologie officielle: le cas de Paris. *Sociologie du Travail*, 20 2, 192-225.
- Farge, Arlette. (1977). Les artisans malades de leur travail. *Annales ESC* 32, 5, 993-1006.
- Devinck, Jean Claude y Rosental, Paul André. (2007). *Histoire d'une maladie professionnelle «exemplaire»: la silicose en France au XX<sup>e</sup> siècle*, informe final para el programa «Santé et travail» Paris : Mire-Drees.
- Archivos del Centro Histórico Minero de Lewarde (ACHML). (1947). 32 W61, Circular 341 S n° 329 du 8 octobre.
- Buzzi, Stéphane, Devinck, Jean Claude y Rosental, Paul André. (2006). *La santé au travail (1880-2006)*. Paris: La Découverte.
- Meslé, France y Vallin, Jacques. (1988). *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*. Paris: INED-PUF.
- Bognar, Emerich. (1954). Condition des mineurs. *Esprit*, avril.
- ACHML, s.f., *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958, tableau G1, B7 384*.

- ACHML, s.f. a, *Statistiques concernant la réparation de la silicose 1952-1970*, B7 384.
- ACHML, s.f. b, *Analyse critique de l'ordonnance du 2 août 1945*, 32 W 61.
- ACHML, s.f. c, *Procès-verbaux des médecins-chefs, 1951-1956*, B7 384.
- ACHML, s.f. d, *Statistiques concernant la réparation de la silicose du début de la réparation au 31 décembre 1958, tableau E2*.
- ACHML, s.f. e, *Répartition du personnel du bassin par nationalité 1950-1985*, 64 W 59.
- ACHML, 1980, *Statistiques annuelles sur la réparation des pneumoconioses*, B7 384.
- Ladoucette, Philippe de. (2004). Charbonnages de France et la société française. *Annales des Mines*, mayo, 7-17.
- Thébaud Mony, Annie (Ed.). (1991). *La reconnaissance des maladies professionnelles*. Paris: La Documentation Française.
- Even. (1975). Pneumoconioses (réserves). *Revue française des maladies respiratoires*, 3, 3, 284.
- Spire, Alexis. (2005). *Étrangers à la carte: l'administration de l'immigration en France (1945-1975)*. Paris: Grasset.
- Desbois, Evelyne, Jeanneau, Yves y Mattéi, Bruno. (1986). *La foi des charbonniers, les mineurs dans la bataille du charbon 1945-1947*. Paris : Éditions de la MSH.
- Amoudru, Claude. (1972). Les pneumoconioses du houilleur dans les mines de charbon françaises. Rappel épidémiologique. *Lille médical*, 17, 1084.
- Amoudru, Claude y Nadiras, Pierre. (1966). La médecine du travail dans les houillères du Bassin du Nord et du Pas-de-Calais. En: Louis Trenard (Ed.). *Charbon et sciences humaines, actes du colloque organisé par la Faculté des lettres de l'Université de Lille en mai 1963* (pp. 281-314). Paris-La Haye: Mouton.
- Charbonnages de France (CDF). (1982). *Statistiques de la prévention médicale de la silicose*, Direction des services sociaux, Service du médecin-chef, rapports annuels.
- Charbonnages de France (CDF). 1985. *Statistiques de la prévention médicale de la silicose*, Direction des services sociaux, Service du médecin-chef.
- Lardeux. (1974). Bilan de 25 ans de prélèvements de poussières en milieu industriel. *Revue de l'industrie minière*, 4, 39.
- Lenoir, L. (1977). La pneumoconio-tuberculose. Évolution des problèmes médico-légaux au cours des vingt dernières années. *Bulletin de médecine légale*, 14 de mayo 503-512.
- Amoudru, Claude. (1967). Tutelle sanitaire de la main d'œuvre marocaine dans les HBNPC. *Revue médicale minière*, 2<sup>e</sup> série, 15-28.

- Cegarra, Marie. (1999). *La mémoire confisquée: les mineurs marocains dans le Nord de la France*. Lille: Presses universitaires du Septentrion.
- Caisse Autonome Nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CAN). S.f. *Régime spécial de la sécurité sociale dans les mines: Statistiques 1993*.
- Caisse Autonome Nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CAN). S.f. a. *Statistiques 1982*.
- Desliers, F. (1984). *Le contentieux judiciaire de l'indemnisation des pneumoconioses du mineur de charbon*. Tesis de medicina. Lille.



# LA RECUPERACIÓN DE LOS CUERPOS PARA EL CAPITAL: La rehabilitación profesional durante la dictadura militar brasileña (1964-1985)

*Ana Beatriz Ribeiro Barros Silva<sup>1</sup>*

## La explotación laboral durante la dictadura militar brasileña

El día 1º de abril de 1964, fruto de una articulación entre las clases dominantes, vinculadas al aparato militar, al capital nacional e internacional asociado y al latifundio agro-exportador, contando con el apoyo de sectores de la iglesia y de parcelas de las clases medias, un golpe militar fue desencadenado contra la corta experiencia democrático-populista vivida por Brasil a partir de 1945. Paulatinamente, el país fue sometido a un régimen autoritario y discrecional, estableciéndose un «Estado de excepción» en el cual los derechos civiles y políticos eran directamente violados. Se iniciaba la construcción de un Estado fuerte, centralizado y autoritario, basado en el control de los sectores sociales y políticos, y cuya finalidad primordial era garantizar condiciones de florecimiento del sector privado (Ianni, 1991, p. 230). La estructura estatal constituida a partir de los gobiernos militares fue un «Estado de Seguridad Nacional» (Alves, 2005),

---

1 Ana Beatriz Riveros Barros. Doctora en História de la Universidad Federal de Pernambuco (UFPE, Brasil), donde desarrollo la tesis “O desgaste e a recuperação dos corpos para o capital: acidentes de trabalho, prevenção e reabilitação profissional durante a ditadura militar brasileira (1964-1985)”. Actualmente, es profesora substituta de História Moderna e Contemporânea em el Campus III de la Universidad Estadual de Paraíba (UEPB, Brasil). Correo electrónico bbarrosjp@gmail.com

cuyas bases ideológicas reposaban en la Doctrina de Seguridad Nacional y Desarrollo elaborada por la *Escola Superior de Guerra* (ESG). Por consiguiente, a través de la promoción del binomio «seguridad con desarrollo», el Estado ganaba la legitimación ideológica necesaria para su creciente autoritarismo. Pero, ¿cuál fue el verdadero significado de ese período para la gran mayoría de la población? ¿A costa de quien el «desarrollo con seguridad» fue concretado?

Para que entendamos el carácter del golpe y de los gobiernos subsecuentes, es necesario estar atentos para el hecho de que, más allá de una conspiración meramente militar, el golpe de 1964 envolvió amplia movilización de los principales segmentos y organizaciones de las elites dominantes, y la adhesión de las camadas más conservadoras de la sociedad brasilera, especialmente de la clase media, además del importante apoyo y financiamiento de los Estados Unidos. Fruto de una crisis de acumulación capitalista que venía siendo gestada hacía años y de la intensificación de la lucha de clases durante el gobierno de João Goulart, el golpe representó una verdadera reacción de la clase dominante a la expansión de las luchas populares, tanto en las ciudades como en el campo, que venían ganando cada vez más visibilidad y respaldo, aunque limitado, en el gobierno de Jango.

Tan pronto asumieron el poder, los golpistas eliminaron del escenario político todas las organizaciones, sectores y personas que pudiesen representar algún tipo de oposición al orden autoritario que se instalaba. El movimiento sindical fue decapitado, los sindicatos y federaciones fueron colocados bajo intervención estatal, además de persecuciones y prisiones arbitrarias de los principales líderes. La dictadura brasilera inauguraba un ciclo en América Latina, con miras a salvaguardar intereses de clase específicos: «Amplios sectores del empresariado moderno, por todo el continente, vieron en los militares un pilar para la estabilidad, el crecimiento y la seguridad de sus proyectos económicos» (Silva, 2003: 260).



En estudio clásico, René Armand Dreifuss observó como el empresariado brasileiro actuó de manera muy bien articulada y tuvo papel decisivo en la preparación del golpe. Para tanto, estudio la actuación de los elementos de diversos sectores de la sociedad brasileira, en especial de las clases dominantes, conectados al complejo IPES-IBAD (Instituto de Pesquisas Econômicas y Superiores e Instituto Brasileiro de Acción Democrática) y que actuaron intensamente en la elaboración de un clima favorable para el golpe, en este evento propiamente dicho y en los gobiernos militares que se siguieron. Dreifuss observó que un proyecto de clase venía siendo gestado y que finalmente, como el propio título de su obra enfatiza, «conquistó el Estado» en 1964. De acuerdo con el autor, «la elite orgánica empresarial se hizo defensora y portavoz de los puntos de vista moderados del centro, ampliando las perspectivas elitistas y consumistas de las clases medias y fomentando el temor a las masas» (Dreifuss, 1981: 230). Después de 1964, esta élite dominante

preservó la naturaleza capitalista del Estado, una tarea que involucraba serias restricciones a la organización autónoma de las clases trabajadoras y la consolidación de [...] un tipo de capitalismo tardío, dependiente, desigual, pero también ampliamente industrializado, con una economía principalmente dirigida hacia un alto grado de concentración de propiedad en la industria e integración con el sistema bancario (Dreifuss, 1981: 485).

Así que, a pesar del protagonismo militar, las dictaduras de Seguridad Nacional de América Latina, entre ellas la brasileira, representaron los intereses de las burguesías nacionales que, a pesar de hegemónicas internamente, estaban vinculadas al capital internacional, de forma dependiente y subordinada. Acerca de esos regímenes, como bien resume Padrós,

En términos económicos, las dictaduras consolidaron, como características generales, la internacionalización de la economía, la aplicación de las instrucciones del FMI y del Banco Mundial, el crecimiento del endeudamiento externo, la concentración de renta y la explotación de las «ventajas comparativas» (particularmente

la baja remuneración de la mano de obra). En términos políticos, los objetivos fueron muy claros: destruir las organizaciones revolucionarias; desmovilizar y despolitizar los sectores populares; profundizar la asociación con los EUA y los aliados internos de la región; encuadrar los espacios político-institucionales (partidos, Congreso, sindicatos, gremios estudiantiles, etc.); imponer un orden interno ordenancista de seguridad y estabilidad; vaciar el pluralismo político e interrumpir la dinámica electoral (Padrós, 2007: 44-45).

Tales «ventajas comparativas» para atraer inversiones y concentrar renta no fueron nada más que la posibilidad de explotación laboral de forma cada vez más intensa, hecha posible por políticas del gobierno, por los intentos de disciplinización de la población y por el autoritarismo vigente en el período.

Respecto a lo que nos interesa más directamente aquí, que es el impacto de este régimen sobre la clase trabajadora, como consecuencia de su perfil marcadamente clasista, podemos citar dos iniciativas, entre otras que fueron fomentadas: el control de las huelgas a través de la *Lei de Greve* (ley n° 4.330, del 1° de junio de 1964), que creaba una serie de obstáculos y prohibiciones e impedían, en la práctica, la mayoría de las huelgas; y la creación de un mecanismo para el cálculo de los reajustes salariales con la intención de «despolitizar» las negociaciones salariales entre jefes y empleados, además de eliminar la actuación política de los sindicatos. En la práctica, durante la dictadura empresarial-militar brasilera, la criminalización que cualquier movimiento reivindicativo y la continua e intencionada subestimación del residuo inflacionario y de los impuestos de productividad, siempre calculados muy por debajo del valor real, hicieron caer asombrosamente a los niveles de salario, lo que maximizaba la explotación laboral, facilitada por las diversas intervenciones en los sindicatos y la persecución a los líderes más combativos (Alves, 2005).

Además de eso, la legislación laboral fue considerada por el nuevo gobierno como otra barrera rumbo al crecimiento y

dinamismo económico. Para substituir las reglas de estabilidad hasta entonces vigentes, fue creado en 1966 el *Fundo de Garantia por Tempo de Serviço* (FGTS). A partir de entonces, a priori, no existía más cualquier tipo de estabilidad y los trabajadores podían ser fácilmente despedidos, independientemente del tiempo de servicio.

Estos retrocesos en términos de derechos de los trabajadores solo fueron efectivos debido a la amenaza de los despidos en masa y a la inestabilidad generalizada en el mercado, además del terrorismo de Estado, que hacía que los trabajadores dudasen en reivindicar mejorías en sus condiciones de vida y trabajo o entrar en la Justicia Laboral contra sus jefes. Luego, la combinación de apretón salarial y la inestabilidad disponibilizó un inmenso contingente de mano de obra barata, inestable, necesitada de trabajar para garantizar su supervivencia y forzosamente disciplinada y dócil. Además del efecto desmovilizador, la rotación creciente de los trabajadores mantenía los salarios cada vez más bajos, pues siempre que un trabajador era readmitido en otra empresa, el reiniciaba en el nivel salarial más bajo (Dreifuss, 1981).

Como fue resaltado por el Informe final de la Comisión Nacional de la Verdad, el golpe de 1964 inauguro un período de amplia coerción política de los trabajadores como forma de «iniciar la producción» y alcanzar una acumulación de capital a la mayor velocidad posible. Entonces, «en la ciudad y en el campo, las élites civiles entendían que era necesario reprimir, disciplinar, someter y volver a los trabajadores más productivos, con el fin de permitir una mayor acumulación de riqueza, así como mantener los privilegios existentes» (Comissão Nacional da Verdade, 2014: 62). En ese sentido, justo después del golpe, fue instaurado un nuevo régimen fabril, fruto de la «alianza empresarial-policial-militar», que utilizo la violencia, control y coerción para alcanzar sus objetivos.

El impacto de ese grupo de medidas sobre la población asalariada fue enorme. El poder adquisitivo del salario mínimo paso a sufrir una creciente y significativa devaluación, llegando al punto de en 1976, alcanzar apenas 31% de su valor en 1959 (Alves, 2005). El aumento de la explotación fue evidente, pues si en 1959 eran necesarias 65 horas y 5 minutos de trabajo para comprar la ración alimentaria mínima, en 1974 eran necesarias 163 horas y 32 minutos de trabajo para adquirir la misma cantidad (Dieese, 1979). De modo general, la elevación de la productividad física del trabajador brasileiro durante la dictadura militar no fue resultado de inversiones en tecnología más avanzada, y sí de los cambios en las relaciones de trabajo impuestas por la coerción política, inestabilidad, apretón salarial, carestía y rotación de la fuerza de trabajo. Por consiguiente, el aumento de la productividad del trabajador fue sensible, especialmente en las industrias más avanzadas.

Por consiguiente, con el apretón salarial y la inestabilidad, el trabajador tenía que trabajar más del doble de horas para garantizar la misma ración mínima, mientras que las empresas eran beneficiadas a través de la acumulación acentuada por el aumento de la productividad, por la baja remuneración por la extracción del sobretrabajo de sus empleados sin la necesidad de cumplir con los gastos de nuevas contrataciones. No es casual, la media diaria de trabajo en Brasil paso a ser de 14 horas, pues la extensión de la jornada, con el aumento de horas extra, fue una de las estrategias encontradas por los trabajadores para garantizar su supervivencia, que, en contrapartida, aumentaba las tasas de acumulación de capital de las empresas (Alves, 2005).

Entonces, con base en la nueva legislación salarial y laboral, en las generosas exenciones fiscales para el patronato, además de amplias inversiones estatales en las áreas estratégicas, se buscó favorecer la gran empresa y demás estratos de alta renta como forma de impulsar el crecimiento económico. Con tantas ventajas, gran volumen de capital extranjero fue invertido

en Brasil, especialmente en los sectores de bienes de consumo durables y bienes de capital. Este conjunto de políticas acabo por originar el llamado «milagro» económico, ocurrido entre 1968 y 1973, cuando la economía brasilera registró tazas de crecimiento del PIB de dos dígitos (Mendonça y Fontes, 2004). Sin embargo, como resultado de la búsqueda por el desarrollo a cualquier costo, basado en la intensa explotación del trabajo y en la concentración de la renta, Brasil fue considerado el «campeón mundial» de accidentes laborales, de acuerdo con la OIT, durante los años del llamado «milagro económico».

## **Estadísticas de accidentes de trabajo y la seguridad social**

Durante la dictadura militar, la Seguridad Social paso por una importante centralización y expansión, lo que permitió una mayor sistematización, en escala nacional, del número de asegurados, beneficios concedidos, índices de enfermedades, accidentes y muertes en el trabajo. De esta manera, a pesar del encubrimiento, de la negación y de la minimización de este hecho por parte del régimen dictatorial, los índices de siniestralidad laboral revelaban más esta faceta de la dictadura, fruto de la política de crecimiento a costa de los trabajadores, exhibiendo su carácter de clase.

Para tener una idea de la gravedad y frecuencia de los accidentes de trabajo durante este período, de acuerdo con las estadísticas oficiales, ocurrieron en Brasil una media de 6.238 accidentes por día en 1975, contabilizando 4,3 accidentes por minuto (Faleiros, 2010). Entre 1970 y 1991, fueron registrados 28.271.828 accidentes; de estos, 92.688 llevaron a la muerte (Takahashi y Canesqui, 2003). Y para evidenciar el efecto dramático del modelo de desarrollo que generó el «milagro» económico brasilero, si en 1969 fueron 1.059.296 casos, en 1970 fueron registrados 1.224.575 accidentes en Brasil, que solo se incrementó en los años siguientes, llegando a 1.924.189 en

1975, mayor índice registrado durante la dictadura militar y marca histórica del país.<sup>2</sup>

El problema de los accidentes y enfermedades laborales fue ganando relevancia durante la dictadura militar, a tal punto que dejaron de ser vistos simplemente como mero efecto colateral del desarrollo económico, de acuerdo con la retórica gobernante, sino como un problema político y social que necesitaba ser sanado por el régimen en nombre de su legitimidad, cada vez más cuestionada. El problema de la incapacidad para el trabajo se volvió un verdadero problema de salud pública, y en una proporción tal que repercutió en diversos sectores de la sociedad, requiriendo medidas del gobierno con miras a no volverse también un grave problema político que escapase al control de la dictadura. La lucha por «mejores condiciones de trabajo» – plataforma tan antigua de la clase obrera y al mismo tiempo tan poco comprendida por los que están distantes de las cuestiones de los mundos del trabajo –, a pesar del silenciamiento impuesto a los sectores más combativos de la clase obrera, ganaba un nuevo contorno, evidenciando la violencia de la explotación laboral.

En un régimen que colocaba el «desarrollo con seguridad» en primer plano —seguridad nacional, bastante alejada de la seguridad laboral, vale la pena mencionar— a favor de la acumulación de capital a cualquier costo, medidas como la intervención directa y efectiva en los lugares de trabajo, el aumento

---

2 Se encuentran variaciones en los totales de accidentes entre una fuente y otra, pero ninguna gran variación. En general, las estadísticas a partir de 1970 son consideradas las más confiables, pues en 1968 y 1969, los datos aun eran muy escasos. De acuerdo con la ley brasilera, accidentes de trabajo incluyen los accidentes típicos, enfermedades laborales y accidentes de trayecto. Los datos referentes a los accidentes de trabalho para este artículo están basados en los *Anuários Estatísticos sobre Acidentes de Trabalho do Brasil*, de la Seguridad Social, compilados por el *Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho* (DIESAT). Disponible en la página del DIESAT: [http://www.diesat.org.br/acidentes\\_2009.asp](http://www.diesat.org.br/acidentes_2009.asp)

de la inspección y la implementación de una legislación que efectivamente protegiese el trabajador no eran una opción. Mucho menos un real fortalecimiento de sindicatos y de las CIPAS, colocando los mayores interesados en la seguridad laboral como protagonistas de un proceso que llevase a la construcción de condiciones dignas de trabajo.

De hecho, fue implementada una legislación que retiraba todavía más la responsabilidad por la incapacidad laboral del capital y la transfería para el Estado. La política de prevención de accidentes, estimulada por el gobierno, fue dirigida a la culpabilización de sus víctimas —los trabajadores— y el riesgo laboral fue «socializado» a través de la Seguridad. Incluso, las estadísticas de accidentes fueron subestimadas y manipuladas con miras a crear la impresión de que el gobierno estaba «haciendo alguna cosa» para disminuir los índices de incapacidad laboral. Y finalmente, para los desafortunados que cometiesen un «acto inseguro» y se accidentasen, a pesar de todos los esfuerzos a favor de la previsión, el gobierno, en lo alto de benevolencia, incluso cuidaba de su salud debilitada y concedía «beneficios» y «auxilios» de la Seguridad Social, muy por debajo del ya parco salario que los trabajadores recibían cuando gozaban de su «plena salud».

Los índices oficiales de accidentes laborales en Brasil eran verdaderamente degradantes, pero el costo por el desgaste del trabajador, agotado en nombre del desarrollo nacional, era asumido por la Seguridad Social, dentro de la lógica de la socialización de los riesgos. De acuerdo con estadísticas oficiales, de los 7,3 millones de asegurados del INPS (*Instituto Nacional de Previdência Social*) en 1970, en pleno auge del «milagro económico», 1,22 millones recorrieron a la Seguridad debido a accidentes de trabajo, o sea, uno de cada cinco trabajadores registrados en la Seguridad sufrió un accidente que mereció registro en aquel año (Biondi, 1972).

No obstante, el número de accidentados era en realidad mucho mayor, como resultado del inmenso contingente de tra-

bajadores no registrados por las empresas, que no contribuían con la Seguridad, y que, una vez accidentados, no tenían a quien recurrir. La situación se volvía más dramática debido a la práctica de no «firmar el documento de trabajo» en los sectores de la economía que más usaban mano de obra con poca o ninguna cualificación, en funciones de gran riesgo y escaso cumplimiento de las normas de seguridad, por ejemplo, de la construcción civil.<sup>3</sup> En este sector, la rotación de la mano de obra era altísima, basada en contratos por obra, pues existía un gran contingente de trabajadores buscando empleo, flotando entre el ejército de reserva y el trabajo precario y no formalizado, lo que hacía que los operarios aceptaran empleos temporales, con pago semanal y con la posibilidad de despido en cualquier momento, cuando «ya no puede ser productivo, porque se lastimó». Entonces, la situación era aún más grave de lo que las estadísticas oficiales señalaban, pues en el sector que usaba más trabajo de campo, se utilizaba mayor número de empleados sin registro y, por consiguiente, ocurrían más accidentes, lo que llevaba al cálculo de que uno de cada tres trabajadores brasileiros estaba condenado a sufrir un accidente, anualmente.

Por consiguiente, en lo que respecta a los accidentes y enfermedades laborales la Seguridad Social (PS, por sus siglas en portugués) desempeñaba un papel fundamental. Primeramente, era responsable por la asistencia a la salud del trabajador incapacitado para el trabajo, incluyendo atención médica, exámenes, medicamentos y cirugías que fuesen necesarias. A pesar de poseer servicios propios de asistencia a la salud, para la gran mayoría de los casos, durante el período de la dictadura militar se hizo a la opción por la compra de servicios de la red privada, que

---

3 Además del gran crecimiento de la construcción civil durante la dictadura, este también fue el período de establecimiento de los grandes contratistas, que se sumaron al proyecto de poder del Estado dictatorial y fueron responsables por las grandes obras, que eran verdaderas exhibiciones del régimen, como el Puente Rio-Niterói, hidroeléctricas. Y evidentemente, el problema de los accidentes también alcanzó las contratistas, conforme demuestra Campos (2012).



eran posteriormente pagados por la PS. En segundo lugar, la Seguridad era responsable por la manutención de sus asegurados, a través de la concesión de beneficios financieros, por lo menos hasta considera que el contribuyente estaba en condiciones de retornar al trabajo. E incluso asumió la misión de restaurar la fuerza de trabajo dilapidada por la explotación y devolverla al mercado, a través de la Rehabilitación Profesional.

## **La recuperación de los cuerpos para el capital**

Como vimos hasta aquí, con la gran disponibilidad de mano de obra barata y forzada para aceptar salarios de hambre y pésimas condiciones laborales, la substitución del trabajador incapacitado era hecha con gran facilidad. Tal cual se hace con una máquina, era mucho más barato reponer un operario accidentado, incapacitado laboralmente, «defectuoso» como la pieza de un engranaje, por otro saludable, en perfectas condiciones de «uso». No obstante, el número de incapacitados para el trabajo, temporal o permanentemente, era demasiado alto para continuar siendo ignorado, y venía creciendo paulatinamente, así como el número de beneficios por accidentes.

A pesar del cuidado que debemos tener con los índices oficiales, en la tabla a seguir, basada en datos del INPS, podemos tener una idea de cómo las consecuencias de los accidentes eran distribuidas entre la población asegurada. Siendo así, cerca de 10% de los accidentados eran considerados aptos para retornar al trabajo solo con asistencia médica. La gran mayoría (cerca de 85%) quedaba temporalmente incapacitada para el trabajo, habiendo aun los que quedaban permanentemente incapacitados y los que eran considerados inválidos. Finalmente, los familiares o dependientes de los asegurados del INPS que habían muerto tenían directo a una pensión.

**Tabla 1****Accidentes laborales según las consecuencias**

Año	Solo asistencia médica		Incapacidad temporal		Incapacidad permanente		Invalidez		Muertes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1970	108.493	8,88	1.068.953	87,56	40.463	3,32	484	0,04	2.232	0,18	1.200.111	100
1971	132.444	9,66	1.192.957	87,69	42.163	3,17	689	0,05	2.559	0,19	1.330.523	100
1972	183.307	12,18	1.292.916	85,90	45.853	3,05	599	0,04	2.805	0,19	1.504.723	100
1973	149.811	9,17	1.428.432	87,46	58.009	3,55	820	0,05	3.122	0,19	1.632.696	100
1974	156.585	8,82	1.607.357	87,48	64.203	3,57	1.151	0,06	3.764	0,21	1.796.761	100
1975	168.371	9,01	1.625.797	86,85	69.111	3,61	1.699	0,09	4.942	0,26	1.916.187	100
1976	168.002	9,55	1.521.155	87,20	64.162	3,68	1.765	0,10	3.900	0,24	1.743.825	100
1977	206.526	12,57	1.397.912	85,07	34.415	2,09	2.378	0,15	4.445	0,27	1.643.298	100
1978	242.443	15,52	1.293.889	82,85	17.104	1,09	3.987	0,25	4.342	0,28	1.561.765	100
1979	198.946	13,48	1.250.647	84,73	17.494	1,18	4.298	0,29	4.673	0,32	1.476.056	100
1980	207.371	13,77	1.265.468	84,05	23.029	1,53	4.896	0,33	4.824	0,32	1.505.588	100
1981	166.613	12,72	1.108.193	84,62	24.434	1,87	5.487	0,42	4.808	0,37	1.309.535	100
1982	140.123	11,50	1.042.487	85,52	26.234	2,15	5.582	0,46	4.496	0,37	1.218.922	100

Fuente: INPS, Mensuarios estadísticos, diversos números *apud* (Faleiros, 2010: 237)

Entonces, ¿qué hacer ante el cada vez mayor número de trabajadores amputados, enfermos e incluso enloquecidos por el trabajo? Con el creciente número de asegurados del Seguro, así como de trabajadores incapacitados, los gastos de pensiones venían aumentando año tras año. Además de eso, teniendo en cuenta la visibilidad que los accidentes de trabajo alcanzaron, al Brasil alzar la condición de campeón mundial de infortunios laborales, lo que incentivo críticas por parte de la opinión pública, era necesario controlar el problema en términos económicos, sociales y humanitarios. Luego, era fundamental que estos tra-

bajadores incapacitados fuesen recuperados en términos físicos y vocacionales a modo de permitir su retorno al mercado laboral y, principalmente, volviesen a la condición de contribuyentes de la Seguridad Social. Era el inicio de los programas de Rehabilitación Profesional (RP) en Brasil, ofrecidos a los asegurados del INPS, coordinados por el poder estatal y que fueron paulatinamente diseminados por el país, especialmente en la década de 1970.

De modo general, la rehabilitación es un proceso global orientado a la recuperación física y psicológica de la persona discapacitada, teniendo en la mira su reintegración social. Por su parte, la *Rehabilitación Profesional* es utilizada en el mundo capitalista para reaprovechar la capacidad residual de personas que hayan sido consideradas incapaces – sea por accidente, enfermedad o problema congénito – permitiendo su retorno al trabajo. Por eso, la RP es considerada un recurso médico-social que evita la marginalización del individuo parcialmente incapacitado, dándole la oportunidad de retornar al trabajo, sea en la actividad que ejercía anteriormente o en otra que se adecue a sus posibilidades y para la cual debe recibir entrenamiento u otros medios para su reeducación profesional, en caso de ser necesario.

La utilización de la fuerza de trabajo considerada a priori como incapacitada, originando la Rehabilitación Profesional, tuvo su origen en Europa y en los Estados Unidos en el período de las Guerras Mundiales, y en su versión más divulgada, era orientada a la recuperación de los veteranos mutilados por la guerra. Pero, además de eso, durante el esfuerzo de guerra, fueron abiertos puestos de trabajo para civiles, hombres y mujeres con reducción de capacidad, que fueron empleados en las industrias, en vista de que los hombres con mejores condiciones estaban en frente. Entonces, se comprobaba que personas con reducción de capacidad, incluso casos bastante severos, podían ser aprovechados, aunque temporalmente, de acuerdo con las necesidades del mercado laboral (Navarro, 1983). Por lo tanto, a pesar de su carácter evidentemente social y humano, la RP

tenía un sesgo marcadamente económico, de aprovechamiento de la fuerza de trabajo de reserva, habitualmente marginalizada, pero necesaria en períodos de franca acumulación y expansión del capital. A partir de entonces, la reinserción de personas discapacitadas al mundo del trabajo fue fuertemente apoyada por la OIT, lo que dio origen a diversas Convenciones y Recomendaciones, desde las más complicadas, dedicadas al tema de la inclusión en el mercado de trabajo, hasta las más específicas, sobre la Rehabilitación Profesional.

De esta manera, además de la asistencia a la salud y de la concesión de beneficios financieros, la Seguridad Social brasileña también asumió el encargo de recuperar prioritariamente los trabajadores accidentados con mayor gravedad, aprovechando su capacidad de trabajo residual, con el fin de que retornasen al mercado laboral, readaptándolos a su antigua función o preparándolos para otra que tuviesen condiciones de ejercer. Este es el principio de la Rehabilitación Profesional, prevista legalmente en Brasil en la década de 1940, pero colocada en práctica como un programa preventivo de ámbito nacional entre las décadas de 1970 e 1990.

Sin embargo, a diferencia de lo que fue hecho en otras áreas de la salud, donde se optó por la compra de servicios del sector privado, la Seguridad asumió los costos de la RP en casi que su totalidad, después de todo, el costo financiero del proceso de rehabilitación era muy alto, y también exigía profesionales de diversas áreas y con especialización en rehabilitación, lo que era bastante raro en la época. Además de eso, el tiempo necesario para algún resultado efectivo en la RP era generalmente largo y los retornos muy bajos, lo que justifica el poco interés de la iniciativa privada en ofrecer servicios de RP. Por estas y otras razones, la RP quedó a cargo de la Seguridad.

La Rehabilitación Profesional era la última pieza del trípode de la política preventiva para los accidentados y enfermos por el trabajo, además de la asistencia médica y la concesión

de beneficios financieros. Una vez finalizada la etapa de asistencia médica, y en caso de que el asegurado aun no estuviese en condiciones de retornar al trabajo, pero fuese detectada la posibilidad para tal, era remitido por la Pericia Médica al CRP (Centro de Rehabilitación Profesional) más cercano, en caso de que hubiese uno, buscando su readaptación para el trabajo a través del aprovechamiento de su capacidad laboral residual. O dicho de otra forma más explícita, «hacer que un individuo discapacitado, usando toda su capacidad restante, sea capaz de, por sí mismo, proveer su propia subsistencia» (Boccolini, 1978: 3). Una vez concluido con éxito el programa y considerado rehabilitado, el asegurado era considerado como capaz de reingresar al mercado laboral, a pesar de la frecuente presencia de secuelas físicas y psicológicas.

A partir de la creación de los CRP, los trabajadores incapacitados para el trabajo pasaron a ser atendidos por la PS por medio de dos programas preventivos articulados entre sí y complementarios: los programas de soporte de renta y los de rehabilitación profesional. El CRP era donde trabajaban los equipos dedicados a la RP y podía tener los siguientes departamentos: administrativo; médico; servicio social; psicología aplicada; terapia ocupacional; pre-vocacional; fisioterapia; orientación y reubicación. El equipo interdisciplinario de estos Centros podía estar compuesta por médicos, asistentes sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeros, técnicos en asesoramiento profesional, técnicos en prótesis e ortesis, terapeutas de la palabra, pedagogos, profesores de oficio, profesores de enseño básico y sociólogos.<sup>4</sup>

Durante el proceso de rehabilitación, los CRP también podían remitir sus asegurados para cursos profesionalizantes o prácticas en empresas, en caso que fuese verificada la posibilidad de adaptación del asegurado a otra función para la cual

---

4 El detalle de las funciones de cada miembro de los equipos interdisciplinarios que actuaban en los CRP se encuentran en INPS (s.f.).

necesitaba ser capacitado. Material de trabajo, medicamentos, auxilio de transporte, alimentación, prótesis y órtesis también podían ser proporcionados dependiendo de la condición socioeconómica y del caso de cada asegurado. Aunque, un puesto de trabajo podría ser destinado al asegurado, después de contactos de los funcionarios del CRP con empresas, pero esta reubicación en el mercado no era una obligación del CRP, pues una vez considerado rehabilitado, el asegurado era considerado en condiciones de conseguir una vacante en el mercado, a pesar de sus frecuentes secuelas.

En las décadas de 1970 y 1980, la rehabilitación fue fuertemente expandida a través de los CRP, unidades de mayor envergadura y con varios equipos interdisciplinarios, y posteriormente por los NRP (Núcleos de Rehabilitación Profesional), de menor porte, con uno o dos equipos interdisciplinarios. Es importante resaltar que, durante el periodo del régimen militar, la Seguridad Social brasilera vivió un proceso de crecimiento institucional acelerado, pasando a manejar, entonces, la mayor masa institucional de recursos financieros del país, lo que permitió la implantación de CRP en casi todas las capitales de los estados brasileros y grandes ciudades. En efecto, el área de rehabilitación profesional del INPS concentró el mayor volumen de recursos financieros del instituto, destinados a la compra de equipos, contratación de grupos interdisciplinarios, así como la manutención de grandes estructuras físicas para el proceso de rehabilitación, lo que demuestra la relevancia de estos servicios para el régimen, como forma de enfrentar la incapacidad para y por el trabajo.

Durante la dictadura militar, la Rehabilitación Profesional fue dejando de ser un derecho al que el asegurado tenía derecho, sin el objetivo directo del retorno a la labor, y pasa a ser una obligación del asegurado, que de no ser seguida adecuadamente, podría costarle su beneficio. Incluso, la pensión por invalidez solo era posible después de la constatación que la rehabilitación no era en efecto posible. Con la unificación de los institutos

en torno del INPS y con la relevancia del problema de los accidentes laborales, la Rehabilitación con énfasis en el aspecto profesional pasó a ser un derecho de todos los asegurados de la Seguridad Social del país, destinado a atender prioritariamente la clientela accidentada o enfermada por el trabajo.

Los objetivos de la RP se explican al analizar las resoluciones y normas erigidas para reglamentar este servicio. El Acto Normativo n° 43 (aprobado por la Resolución n° CD/DNPS-360, de 13 de septiembre de 1968) disciplinó el programa de rehabilitación profesional, definió la prioridad de atención para los asegurados activos en disfrute del auxilio-enfermedad, principalmente los accidentados del trabajo. La selección de los candidatos sometidos a la RP se debía basar en la posibilidad del accidentado de retornar al mercado en un período que no excediese 180 días y definió que el mismo sólo se completa con el retorno del asegurado al trabajo. Además de eso, solamente después de la conclusión del programa, el asegurado podría ser encuadrado para el recibimiento de auxilio-accidente (Callegari, 1979). Así, queda en evidencia cuanto el RP se estrechaba, enfocándose apenas en los asegurados que tuviesen condiciones de retornar al mercado laboral en un corto espacio de tiempo.

El decreto n° 72.771, de septiembre de 1973, fortaleció algunas de las determinaciones anteriores. Según el Art. 125, «los pensionados inválidos quedan obligados, bajo pena de suspensión del beneficio, a someterse a los exámenes y tratamientos o procesos de rehabilitación profesional proporcionados por el INPS». El Art. 183 trajo una definición de los objetivos de la RP: «La rehabilitación profesional tiene por fin desarrollar las capacidades residuales de los beneficiarios, cuando estén enfermos, inválidos o de algún modo física o mentalmente discapacitados, apuntando a su integración o reintegración al trabajo». El Reglamento de la Seguridad Social, oficializado por el Decreto 83.080/1979, tuvo toda la sección VIII dedicada a la RP, donde el objetivo precípua de la RP es reforzado una vez más «apuntando a la integración o reintegración al trabajo».

Otro documento del Ministerio de la Seguridad y Asistencia Social (MPAS) explica que la Rehabilitación Profesional pretende ofrecer a los beneficiarios de la PS «cuando sean portadores de incapacidad física o mental, causados por accidente o enfermedad, los medios de reeducación o readaptación profesional pertinentes, para que puedan ejercer actividad remunerada» (INPS, 1980: 3). El decreto n° 2 del 18 de marzo de 1975, es aún más explícito:

Los criterios para la evaluación de la capacidad laboral del accidentado del trabajo o portador de una enfermedad profesional o del trabajo, se fundamenta básicamente en la apreciación del individuo como un todo de cara al ejercicio profesional. Siendo esta una *conceptualización estrictamente vinculada a la capacidad profesional, no se consideran las pérdidas anatómicas o funcionales en sí, sino apenas sus repercusiones sobre la actividad útil.* (Cursivas mías)

O sea, no importaba que tan dolorosas o incómodas fuesen las secuelas, que tanto hubiesen sido afectadas sus actividades cotidianas, su sufrimiento después de una amputación traumática: la Rehabilitación, que incluía atención médica, fisioterapéutica y psicológica, entre otros, sólo estaba disponible para los que tenían condiciones de retornar a la actividad laboral, pues el valor del individuo y su «actividad útil» solo se expresaba a través de su condición de trabajador. La Resolución Conjunta INAMPS/INPS n° 55, de 22 de julio de 1983, no dejaba dudas del sesgo económico de la RP: «Intensifiquen el estímulo y apoyo que se hicieren necesarios al desarrollo de los programas y acciones de ejecución, destinados a la promoción e a la recuperación de la salud del asegurado, con miras a prevenir situaciones que lleven al auxilio-enfermedad». En esos fragmentos, el objetivo precipuo de la RP queda en evidencia: era necesario hacer que los inválidos retornasen al mercado laboral de modo veloz, retirarles el beneficio y si era posible, volverlos de nuevo contribuyentes de la Seguridad.

Por lo tanto, la política de rehabilitación de ese período se destinaba al trabajador incapacitado que presentase condiciones



de volver a la actividad productiva en un período de corto o mediano plazo, dejando al margen los que tenían secuelas más graves y los trabajadores jubilados, muchas veces inválidos a causa del trabajo. Sin acceso a la rehabilitación con miras a mejorar su calidad de vida y reducir secuelas, los jubilados y los inválidos, debido a la gravedad de su enfermedad o accidente, quedaban simplemente sin ningún auxilio, se consideramos la pésima calidad de los servicios de la salud pública, desechados durante la dictadura.

Además de eso, la RP estaba basada en una filosofía utilitarista: la población objetivo era seleccionada entre «útil» e «inútil», fortaleciendo la «noción de que el hombre solo posee su existencia reconocida mientras se hace trabajador a los ojos del capital» (Sposati y Fleury, 1989: 14). En ese punto, los más «necesitados» —desempleados, trabajadores del sector informal, indigentes, desheredados, y en nuestro caso, los que después de la enfermedad o accidente a causa del trabajo— que no podían ser reinsertados al mercado o eran reinsertados precariamente debido a su condición física, no existían para el capital, y, por consiguiente, no existían para las políticas públicas de salud y rehabilitación.

Esta visión era elaborada en las producciones de divulgación de la RP, en las normas e informes producidos por el MPAS, y en textos de especialistas defensores de la Rehabilitación Profesional como la verdadera solución para el problema de los incapacitados y trampolín para el desarrollo nacional. Eran tiempos de euforia. Según Odir Mendes Pereira, Coordinador General de la Rehabilitación Profesional en el INPS, uno de los fundadores de la Sociedad Brasileira de Medicina Física y Rehabilitación, y conocido aun hoy como el «padre de la Rehabilitación Profesional» en Brasil, aun antes de 1972 un Presidente del INPS le había dicho: «Yo tengo absoluta certeza de que dentro de algunos años el INPS será solo Rehabilitación Profesional, porque ella es la función principal de la Seguridad Social» (Pereira, 1972: 137).

En cartilla elaborada por el INPS sobre la Rehabilitación Profesional, el Instituto era presentado como «un seguro para la vida entera», que en 1978 cubría 21 millones de trabajadores urbanos y 13 millones en el campo. En el discurso elaborado por el INPS, la RP era presentada como «un Derecho a una nueva oportunidad de trabajo». El trabajador incapacitado por accidente o enfermedad, a través de la RP, debería volverse apto para regresar al mercado laboral. Sin embargo, el reaprovechamiento del accidentado era comúnmente presentado como una cuestión estratégica de desarrollo. De acuerdo con el ideario del régimen, era necesario evitar «la marginalización del incapacitado, dándole una nueva oportunidad», después de todo, en un país como Brasil, que luchaba por el puesto de gran potencia, todos los trabajadores eran importantes, «incluso aquellos que fueran víctimas de accidente o de enfermedad son necesarios. Ellos necesitan y deben volver al trabajo» (INPS,1978.)

Durante el período dictatorial, era común decirse que la RP no se había desarrollado más precozmente en Brasil porque «felizmente no tuvimos guerra, factor preponderante en el triunfo y desarrollo de la Rehabilitación» (Boccolini, 1978: 2). Entonces, este avance fue desencadenado por el desarrollo y por la industrialización de los últimos años, que llevaron al aumento de los accidentes laborales y de tránsito: «En Brasil, fue el desarrollo industrial, con el aumento de los accidentes laborales y accidentes de tránsito, lo que concientizó a la nación sobre este aspecto del problema» (Mendes, 1981: 201). Pero también era posible recuperar el atraso: «Brasil aprendió, entonces, la lección ya conocida universalmente: “Ningún país es hoy lo suficientemente rico para darse el lujo de desperdiciar la mano de obra aún válida del hombre limitado por enfermedad o accidente”» (Mendes, 1981: 201).

De acuerdo con Odir Mendes, «la Rehabilitación Profesional es un servicio que apunta a la reintegración social del trabajador incapacitado, a través del desarrollo de sus potencialidades

físicas, sociales, intelectuales y profesionales y de una colocación compatible con sus condiciones generales» (Mendes, 1981: 201). Se calculaba que había 520 millones de personas incapacitadas en el mundo, siendo 55 millones apenas en América Latina. No obstante, el número de personas incapacitadas era visto casi como un indicador de desarrollo y riqueza: «Cuanto más desarrollado es el país, mayor es su porcentaje de incapacitados, pues la vida moderna, la tecnología avanzada, el mayor uso de vehículos automotores, generan discapacidades» (Mendes, 1981: 202). Siguiendo su argumento, los EUA y Canadá, por ejemplo, poseían 17% de incapacitados. Por lo tanto, de acuerdo con la ideología del régimen, los índices alarmantes de accidentes de trabajo en el país nada más eran un efecto colateral del desarrollo, el precio a ser pagado por el crecimiento de la nación.

Sin embargo, era necesario concientizar la sociedad, especialmente la clase empresarial, sobre el problema de los incapacitados y de la necesidad de que estos tuviesen una «segunda oportunidad». Según Mendes, el empresariado europeo aceptaba más fácilmente el hombre incapacitado en el trabajo por causa de las legiones de heridos de guerra que tuvieron que ser aprovechados como fuerza de trabajo, pero, en América Latina, el empleador tendía a rechazar el hombre incapacitado por tres razones erróneas: el incapacitado era visto como un enfermo que no iba a «dar producción», con tendencia a faltar mucho y con mayor tendencia a provocar accidentes. No obstante, según «investigaciones hechas en Europa y EUA», no referenciadas por Mendes, el hombre incapacitado, después de rehabilitado para una función compatible con su limitación, en 60% de los casos producía igualmente al trabajador «normal» y en 40%, producía hasta más. Tampoco habría diferencia en cuanto al absentismo y según estas investigaciones, el incapacitado se accidentaba menos que otros empleados.

De forma similar, Daphnis Souto, en texto también publicado por la revista *Saúde Ocupacional e Saúde (SOS)*, resaltó las ventajas del rehabilitado: estudios señalaban que los trabajadores

discapacitados no presentaban desventaja y hasta demostraban cualidades superiores a los denominados «normales».<sup>5</sup> Incluso, algunas empresas europeas daban preferencia a incapacitados, pues estos se concentraban más en el trabajo y producían más: «Es el caso del trabajo de sordos en servicios gráficos o en telares, es el caso de ciegos en servicios que exigen movimientos delicados como ensambles electrónicos de transistores» (Souto, 1978: 264).

Para esos tecnócratas propagadores de la RP, de conformidad con la línea política de la dictadura, no aprovechar la capacidad residual de los incapacitados era una «injusticia flagrante» por no respetar el «derecho al trabajo» de esos individuos, es un «desperdicio» de su «valor», que no podían usufructuar el derecho y el deber de dar su cuota para el «desarrollo de la colectividad y el reparto de los costos sociales, en vez de sobrecargarlos» (Souto, 1978). Interesante notar el discurso de la valorización del trabajo como único medio para que el individuo dejara de ser un peso para la sociedad; justamente el trabajo, que en la mayoría de las veces provocó la incapacidad de esos sujetos. Entonces, la lucha por la garantía de la ciudadanía de los discapacitados se centra en el acceso al trabajo por la persona discapacitada (Graby, 2015), y principalmente, en conseguir y conservar un empleo compatible con sus limitaciones, lo que era el gran obstáculo para el proceso de RP.

De modo general, la defensa de la RP se revestía de un discurso en pro de los derechos de los trabajadores y de un humanismo que encubría cálculos económicos meticulosos buscando mantener la Seguridad superavitaria, además de un discurso basado en la utilidad del ser humano apenas como trabajador bajo el capitalismo. Por consiguiente, el trabajador accidentado o enfermo, en beneficio de la Seguridad, era presentado como

---

5 Como demostración de eso, Daphnis Souto también cita una investigación sobre la inserción de rehabilitados en Petrobrás, de autoría de José Luiz Pereira Mattos, y un trabajo realizado en una industria textil por N. L. Gonçalves (pero no da las referencias).

oneroso e inútil para la sociedad en su totalidad, siendo necesario un proceso de readaptación o reajuste para que este elemento marginalizado pudiese volver a ser útil, digno, partícipe del desarrollo de la colectividad a través de su labor. Como bien resumió un artículo de la Revista Brasileira de Salud Ocupacional, revista editada por Fundacentro, «No tiene precio la tarea de reintegrar al trabajo productivo e, incluso en el medio social, seres humanos que, por *contingencia del destino*, se convirtieron en elementos *marginalizados y onerosos a la sociedad*».<sup>6</sup> En realidad, este manto funcionalista y asistencialista de la rehabilitación solo servía para enmascarar la explotación laboral, manteniendo intactas las condiciones laborales y vida de la mayor parte de la población brasileña y transformando la fuerza de trabajo en algo fácilmente descartable, después de todo, de víctima el trabajador se transmutaba rápidamente en victimario.

En el capitalismo, el cuerpo del trabajador es transformado en un «medio de producción» más, convirtiéndose, para la clase de los tenedores de los medios de producción, un medio de acumulación capitalista, que necesita ser controlado, domesticado, como forma de dar continuidad a la producción, al paso que para el trabajador su cuerpo pasa a ser un vehículo para su fuerza de trabajo, su fuente de subsistencia y reproducción. Por lo tanto, antes de la garantía de una «inactividad socialmente permitida», basada en la incapacidad para el trabajo, se volvió acuciante la tarea de restaurar la fuerza de trabajo, a través de la recuperación del cuerpo del trabajador circunstancialmente incapacitado. En ese sentido, las instituciones estatales vinculadas a la salud, entre ellas la rehabilitación profesional, se transmutaron en instrumento de encuadramiento político de las clases subalternas, contribuyendo, así, para la manutención e fortalecimiento de la explotación capitalista que propició el «milagro» económico, pieza clave para el apoyo al régimen discrecional.

---

6 Aspectos da Reabilitação Profissional no INPS. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, Fundacentro, V.I, n.3, jul.- set. 1973, p. 51. *Cursivas mías.*

## Referencias

- diesat. (s.f). Anuário Estatístico sobre Acidente de Trabalho no Brasil 2009. Recuperado de: [http://www.diesat.org.br/acidentes\\_2009.asp](http://www.diesat.org.br/acidentes_2009.asp)
- Abreu Callegari, Norma Santos. (1979). *Reabilitação profissional do acidentado. Anais do XVII CONPAT, São Paulo, 1978*. São Paulo: Fundacentro.
- Batista Conti Takahashi, Mara Alice y Canesqui, Ana Maria. (2003). Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública, 19, 5, 1473-1483*.
- Biondi, Aloysio. (1972). Prevenildo, cuidado! *Opinião, 4, 8*.
- Boccolini, Fernando. (1978). Controle Médico. Reabilitação Profissional. São Paulo: MTPS/
- DNSHT/ INPS/ FUNDACENTRO/ PNVT.
- Comissão Nacional da Verdade. Brasil. (2014). Violações de direitos humanos dos trabalhadores. *Relatório, Vol. 2: textos temáticos (62)*. Brasília: CNV.
- Dreifuss, René A. (1981). *1964: a conquista do Estado. Ação política, poder e golpe de classe*. Petrópolis: Vozes.
- Graby, Steven. (2015). Access to work or liberation from world? Disabled people, autonomy, and post-work politics. *Canadian Journal of Disability Studies, 4, 2, 132-160*.
- Ianni, Octavio. (1991). *Estado e Planejamento Econômico no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- INPS. (1980). Reabilitação Profissional. MPAS/ INPS.
- INPS. (s.f). Reabilitação Profissional (Normas Técnicas); A equipe de reabilitação-Volume 1. Ministério da Previdência e Assistência Social/ Instituto Nacional de Previdência Social/Secretaria Especializada em Bem-estar.
- INPS. (1978). Reabilitação Profissional no INPS. Panorama Atual/78. INPS/ Coordenadoria de Comunicação Social.
- Mendes Pereira, Odir. (1972). A Reabilitação Profissional no Brasil. Seus planos de expansão e suas vantagens. *Revista Brasileira de Fisiatria, 1, 3, 137*.
- Mendes Pereira, Odir. (1981). Reabilitação Profissional. *Saúde Ocupacional e Segurança-SOS, 16, 5, 201*.
- Mendonça, Sonia Regina de y Fontes, Virginia Maria. (2004). *História do Brasil recente: 1964-1992*. São Paulo: Ática.
- Moreira Alves, Maria Helena. (2005). Estado e Oposição no Brasil (1964/1984). Bauru, SP: Edusc.

- Paula Faleiros, Vicente de. (2010). *O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores*. São Paulo: Cortez.
- Pedreira Campos, Pedro Henrique. (2012). A Ditadura dos Empreiteiros: as empresas nacionais de construção pesada, suas formas associativas e o Estado ditatorial brasileiro, 1964-1985. Niterói: Tese de Doutorado em História/UFF.
- Navarro, Vicente y Berman, Daniel M. (1983). *Health and work under capitalism: an international perspective*. Farmingdale, New York: Baywood Publishing Company Inc.
- Revista do DIEESE. (1979). Separata, abril.
- Serra Padrós, Enrique. (2007). América Latina: Ditaduras, Segurança Nacional e Terror de Estado. *Revista História & Luta de Classes*, 3, 4, 43-49.
- Sposati, Adailza, Brant Carvalho, Maria do Carmo y Teixeira Fleury, Sônia Maria. (1989). *Os direitos dos desassistidos sociais*. São Paulo: Cortez Editora.
- Souto, Daphnis F. (1978). Reabilitação Profissional: uma atividade integrada a Recursos Humanos. *Saúde Ocupacional e Segurança-SOS*, 13, 6, 264.
- Teixeira da Silva, Francisco Carlos. (2003). Crise da ditadura militar e o processo de abertura política no Brasil, 1974-1985. En: Ferreira, Jorge y Almeida Neves Delgado, Lucília de. *O Brasil Republicano, Vol. 4: o tempo da ditadura* (260). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.





PARTE II  
**EL FACTOR HUMANO EN LA  
INDUSTRIA**



**LUZ SOBRE EL FENÓMENO DE  
UN CORAZÓN APARENTEMENTE  
INFATIGABLE**

**La fatiga de la clase obrera en Colombia,  
1898-1946**

Óscar Gallo<sup>1</sup>

**Entre la neurastenia y la fatiga  
de los trabajadores**

Una de las primeras referencias colombianas al tema de la fatiga entre los trabajadores es, probablemente, el artículo *Astenia de los obreros*, del médico Miguel María Calle, de la Empresa Minera El Zancudo (EMZ). Calle comienza el artículo destacando que la expresión neurastenia estaba siendo abandonada, sustituida por la de astenia: «termino genérico que abarcaba todas las distintas modalidades de agotamiento psíquico y físico, y que permitía una clasificación más racional de lo que antes se denominaban estados neurasténicos» (Calle, 1910a, 1910b). Posteriormente observó la relación entre el trabajo y las pésimas condiciones en que vivían los trabajadores debidas a los últimos

---

1 Historiador y magíster en historia de la Universidad Nacional de Colombia, Doctor en Historia de la Universidad Federal de Santa Catarina (Brasil). Actualmente coordina el área temática de salud laboral de la Escuela Nacional Sindical. Correo electrónico: [investigacionsaludtrabajo@ens.org.co](mailto:investigacionsaludtrabajo@ens.org.co); [oscardalovelez@hotmail.com](mailto:oscardalovelez@hotmail.com)

acontecimientos políticos y económicos ocurridos en Colombia en la primera mitad del siglo XX.

Calle hacía alusión a la caída de los salarios y al aumento de los precios de los artículos de primera necesidad, pues antes de la Guerra de los Mil Días, el obrero común ganaba, en papel moneda, de \$30 a \$40 diariamente, o sea, \$180 o \$240 por semana, con jornadas diarias de once horas. Vale la pena aclarar que la moneda colombiana era el peso, dividido en 100 centavos. En 1880, fue introducido el papel moneda y, en 1905, fue reintroducido el peso oro (\$100 en papel moneda equivalían a \$1 oro). A su vez, un peso oro equivalía, en media, a US\$1,02 entre 1910 y 1932 (Palacios, 2002: 262-264). Para tener una idea práctica de estos valores, se puede considerar que en la región donde Calle era médico, una libra de carne alcanzó entre \$12,00 y \$17,00 de papel moneda, en 1912, año de grandes alzas en los precios.<sup>2</sup>

Es justamente el enfoque social del problema de la astenia en los trabajadores lo que torna novedad el texto de Calle. En 1898, Julio Rodríguez Piñeres había publicado *Neurastenia*. Como otros contemporáneos, Rodríguez consideraba la neurastenia consecuencia de varios factores ajenos al mundo del trabajo. En ese sentido, resaltaba la predisposición neuropática, sobrecarga intelectual, moral y sexual, intoxicaciones por alcohol y drogas, excesos de cuidados y mimos familiares, vida en las grandes ciudades, miedo, enfermedades infecciosas agudas, edad y género. Resumiendo, la neurastenia era vista más como un problema predominante en las clases media y alta de las ciudades, un defecto de la virtud más relacionado con los excesos que con las carencias. No en vano, el periódico *El Sol* sugería el trabajo para ahuyentar el *esplín*, la *murria* o la neurastenia con «su angustia cobarde y la tristeza inútil». En efecto, «el hombre que trabaja tiene el placer de vivir, porque tiene conciencia de su propio ser o de hacer algo» (F.A.U., 1914).

---

2 Archivo Histórico de Antioquia, Fondo Gobierno Municipios, Titiribí 1918, tomo 5258, 12 de febrero de 1912, f. 107.

Para Calle, al contrario, era un problema de la pobreza. Los salarios eran absurdamente insuficientes para atender las exigencias de una familia de cinco a seis personas. En el primer párrafo de su artículo, vacila entre los factores hereditarios y los factores sociales, pero rápidamente, su texto pasó a describir la astenia como un fenómeno patológico, consecuencia de diversos factores socioeconómicos. Afirmó que los hijos de los trabajadores estaban sometidos a influencias perniciosas, que hacían de ellos candidatos perfectos a la degeneración asténica. Consideró que la causa principal de estas prematuras alteraciones o agotamiento no eran predisposiciones heredadas, como señalaban otros, sino los salarios, que no permitían a una familia raciones reparadoras y saludables. A esto se sumaban casas estrechas, mal ventiladas, húmedas, sin agua potable, ropas insuficientes e inadecuadas. Por lo tanto, la miseria y las privaciones eran la anticipación de una vida adulta descrita por largas jornadas de trabajo sin la energía necesaria para soportarlas, sin descanso para reparar las pérdidas orgánicas y sin alimentación para restablecer el desgaste diario.

El médico de la EMZ también consideró equivocada la percepción de granjeros y empresarios con respecto al mal servicio de los obreros, usada como justificación para los bajos salarios. Para él, la

producción resulta escasa y cara porque los obreros trabajan poco; y trabajan poco porque se alimentan mal y no descansan; y se alimentan mal y no descansan porque no se les paga siquiera lo necesario para suplir las más estrictas necesidades. Es cosa natural que un individuo complete debidamente su labor si sabe que aquello le proporciona alivio, y que al regresar a casa encuentra en ella alegría y bienestar; pero, si en vez de eso, encuentra una esposa tan fatigada como él mismo y unos cuantos hijos demacrados, que, en vez de salir corriendo a su encuentro, sonrientes y amables, solo piden el pan que no puede proporcionarles, solo esta memoria será suficiente para hacerle el trabajo detestable, y destruirá las energías que una vida mejor podría darle (Calle, 1910a: s.p.).

No hay dudas que sus parámetros enmarcaban la cuestión de la neurastenia en un lugar diferente de aquel de la herencia convergente y de la predisposición neuropática, determinadas por su antecesor. El lugar de observación directa de la vida de los trabajadores en la más importante región minera del país permitió que Calle identificara problemas que otros médicos del país no habían observado. Por eso, consideró injusta la apreciación de los industriales, que desconocían que, en vez de obreros perezosos, se trataba de individuos que soportaban un verdadero desfalco en su presupuesto orgánico.

La desgracia del asténico era descrita por una cadena de eventos que deterioraban paulatinamente toda su vida. La fatiga permanente le impedía trabajar y le causaba preocupación por la sensación de desgaste incurable, falta de apetito, tristeza, insomnio, agitación. Estaba claro para Calle que la astenia, como un estado de agotamiento que imposibilitaba trabajar, tenía como único método de cura el reposo físico y moral. Pero eso era posible únicamente en dos situaciones: cuando los obreros conseguían organizarse en sociedades de apoyo mutuo o cuando las empresas proporcionaban médico, medicamentos y algunos recursos para el sustento de las familias (Calle, 1910b). ¿Cómo conseguir esto y, sobre todo, como crear mecanismos para evitar recaídas o que los obreros saludables llegaran a tal estado? Sin respuestas definitivas, proponía tímidamente que los empresarios tuvieran en cuenta que los mejores rendimientos se producían con un personal mejor remunerado y saludable.

En 1923, Carlos Arturo Jaramillo publicó una tesis original acerca de la higiene del hombre de letras. Al analizar el trabajo intelectual, mencionaba en algunas partes el problema del exceso de trabajo y la tendencia a la neurastenia entre los intelectuales. Sin embargo, dijo que la obsesión del hombre de acción era absolutamente diferente de la del hombre de letras, pues en este último, el cansancio provocaría una mezcla de enfermedades del espíritu, manifestaciones sombrías y oscuras del ánimo y una melancolía perpetua producida por la vida sedentaria. Se

trataría de un peso que no era la acidia del dandi, tan próxima de la pereza estigmatizada por el capitalismo.

Del veneno letal del trabajo sin distracciones para el espíritu o de los excesos de emociones resultarían locuacidad, cansancio, inquietud, cefalalgia, digestiones difíciles, palpitaciones, sensaciones de pausa en la vida, falta de memoria, inteligencia oscurecida, entre otros síntomas físicos y psicológicos. Ante esto, Jaramillo proponía huir de la neurastenia, «lamentable invención de las almas angustiadas», viviendo en otra parte la propia vida, sin obsesiones y pesadillas, olvidando todo y a todos, ausentándose para tener una pequeña muerte. Al final, agregó: «el mundo de las emociones numerosas y espléndidas es el único que puede curar las heridas, las heridas atroces y pequeñas de nuestra alma moderna extenuada por la lectura, el bienestar y la civilización» (Jaramillo, 1923: 28).

Jaramillo no abordó directamente el problema de la fatiga en los obreros, sin embargo, al mencionar la distancia existente entre la fatiga y el sobrecargo, abordó tangencialmente la cuestión. Para él, la fatiga era un sentimiento doloroso, que dificultaba la acción, causado por un trabajo excesivo o muy prolongado. Era una sensación normal, al paso que el sobrecargo sería un estado patológico. Para este autor, la utilización de los centros superiores conscientes y voluntarios engendraría más rápidamente la fatiga que cuando se utilizaban únicamente los centros inferiores, reflejos y automáticos. De ese modo, afirmaba que «los movimientos regulados por el automatismo pueden ser mantenidos durante largo tiempo sin gran fatiga; lo contrario de los que necesitan de la atención y de la participación de los centros nerviosos superiores» (Jaramillo, 1923: 45).

Tal afirmación tiene que ser leída con mucho cuidado para no deducir fácilmente que el trabajo físico era menos fatigante que el trabajo mental. Adicionalmente, afirmó que en el trabajo mental existían operaciones cerebrales a las cuales el espíritu se acostumbraría, pues los centros superiores podían relajar su

acción consciente y voluntaria. Al contrario, las operaciones cerebrales más fatigantes serían las que exigieran intervención incesante del cerebro. Tanto en el hombre de acción como en el hombre de letras, la fatiga podía manifestarse con igual intensidad, consumiendo las fuerzas de ambos, pero en direcciones diferentes. Un hombre de acción se debilitaría sometido al trabajo continuo de la inteligencia y viceversa.

Esa visión de la fatiga como consecuencia del agotamiento de los centros nerviosos se relacionaba con la forma como se percibía la modernidad y el progreso industrial. En primer lugar, colocaba el problema del cansancio y la neurastenia como consecuencia del progreso, de ferrocarriles, automóviles, telégrafo, rotativas, teléfono. En ese sentido, Jaramillo recordaba las palabras del fisiólogo italiano Angelo Mosso, cuando insistía que la cantidad de libros y periódicos «lejos de ser un instrumento de reposo, son una poderosa causa de fatiga» (Jaramillo, 1923: 45).<sup>3</sup> En segundo lugar, ayudaba a entender porqué la medicina se relacionaba fundamentalmente con el denominado maquinismo, forma de la actividad industrial vista como absolutamente agotadora, dado el permanente estado de alerta en que tenía que estar el obrero.

Dos décadas después, el médico José Manuel Restrepo sugirió la creación de casas de reposo para los trabajadores por parte de las empresas privadas y públicas, construidas en lugares con «climas apropiados, lejos del ruido, aire y agua puros, con buena porción de terreno donde el obrero pueda dedicarse a otras labores de índole agrícola o pecuaria en pequeña escala» (Restrepo, 1942: 189). Justificaba tales casas afirmando que en fábricas y oficinas los tiempos de descanso eran absolutamente necesarios, pues el trabajo exigía atención permanente, al contrario de lugares con poco personal, producción manual o al aire

---

3 Sobre la crisis del progreso, véase Friedmann (1977). La asociación de las ideas de crisis con el origen de la termodinámica es muy interesante, ver Rabinbach (1990).



libre. Sobre los trabajadores del campo, Restrepo afirmaba que el hecho de conseguir dominar el trabajo y no ser dominados por el maquinismo, «les da sensación de ser hábiles y de ser ellos los verdaderos creadores de la riqueza» (Restrepo, 1942: 192).

Las consecuencias de esa separación artificial entre moderno o premoderno, campo y ciudad, trabajo manual y trabajo industrial fueron de tal magnitud que la mayoría de las leyes del mundo se olvidaron de legislar para trabajadores rurales. La legislación colombiana hizo parte de esta mayoría, por más que estuviera absolutamente claro que el desarrollo agrícola del país estaba relacionado con mejorar definitivamente las pésimas condiciones de trabajo y la salud de los campesinos.

Los comentarios acerca de la fatiga no se daban exclusivamente en el mundo académico. Fueron múltiples las referencias de políticos y legisladores mostrando que sabían, hacía mucho, que aquellos que se entregaban sin pausas al trabajo sucumbían a él. En el informe de 1917, el Ministro de Gobierno condenaba las excesivas jornadas de trabajo, afirmando que «la gran industria provocó, con su maquinismo (sic), un aumento en la duración del trabajo que desconocían los tiempos pasados. La máquina ignora el descanso, y el interés del patrón es que su rendimiento sea el máximo» (Pérez, 1917: 16). En conclusión, «un adulto no resiste a un trabajo fabril de más de doce horas sin perjudicar su salud y comprometer su vida» (Pérez, 1917: 17).

En 1932, como anticipo a la reforma política para establecer el descanso dominical, un informe de actividades del ministerio de industrias afirmaba que esto era una exigencia de la sociedad, una obligación en favor del individuo, de la familia, de la raza, para evitar el desgaste fisiológico, por un trabajo que sería mejor realizado con obreros sin fatiga (Chaux, 1932: 113). En el interregno, la Primera Convención de la Organización Internacional del Trabajo trató el tema del límite de las horas de trabajo en los establecimientos industriales a 8 horas diarias y 48 semanales. Una de las razones enunciadas por los asistentes era

que la época contemporánea había visto surgir el extraordinario fenómeno de la industrialización, y con él, problemas desconocidos para los hombres, siendo el más grave «el aniquilamiento del obrero por el uso desmedido de sus energías para satisfacer intereses meramente materiales» (Chaux, 1932: 113).

Analizando justamente esta Convención, los representantes de la Oficina General del Trabajo (OGT) argumentaban sobre la importancia de que el legislador colombiano acogiera medidas encaminadas a reducir la cantidad de horas de trabajo. Más que la imposición, se insinuaba la importancia de estas medidas porque investigaciones científicas demostraban que el trabajador tenía un número limitado de energía utilizable, y que una vez superada esta capacidad, el desgaste orgánico producía disminución de la productividad, desconcentración, subconsciencia, propensión a las enfermedades profesionales y particular predisposición a accidentes. Adicionalmente, el trabajador fatigado se deprimía y era inducido al alcoholismo, y a la búsqueda de estímulos vitales que eliminaran esa sensación. Esa no fue la única vez que el boletín institucional de la OGT se manifestó sobre el tema, de hecho, fue recurrente en todos los números publicados desde 1929. En artículos relacionados con la higiene del trabajo, se insistía en la importancia de evitar el agotamiento físico y disponer de algunas horas semanales para el almacenamiento de fuerzas y de energía para el día siguiente. Para las mujeres, se sugería disminuir la cantidad de horas de trabajo, dada la menor resistencia a la fatiga (OGT, 1929b). En conclusión, la idea de la fatiga y la del descanso circulaban como preocupación académica, social y legislativa. El cronista Luis Tejada recordaba algo común en los escritos de la época:

El obrero necesita de un descanso, impuesto naturalmente por el desgaste de la energía y por la fatiga inherentes a una ruda labor. Nada más racional y justo que ese descanso lo dé, lo haga posible la misma empresa a quien el obrero ha enajenado su trabajo y en cuyo servicio ha desgastado su energía (Tejada y Cano, 2008: 407-408).

En algunos casos, todo ese debate se trasladó a la realidad, como ocurrió en las industrias Bavaria, Compañía Colombiana de Tabaco, Fábrica de Cementos Samper, entre otras, que acogieron la idea de pausas adicionales por la mañana y por la tarde, para «facilitar así la reparación de las fuerzas de los obreros y mantenerlos en buenas condiciones físicas, con el objetivo de poder producir un mayor rendimiento de obra» (OGT, 1929a: 36). Pasó a ser tan obvia y difundida la necesidad del descanso, que varios empresarios la colocaron en práctica. Pero, ¿cómo se manifestó la discusión médica acerca de la fatiga en la Colombia de los años 1930? Este artículo pretende responder a esta pregunta mediante el análisis de artículos y tesis publicados en la época. En otros trabajos se ha analizado el horizonte de la historiografía colombiana y mundial sobre la medicina del trabajo y, en general, sobre la salud de los trabajadores (Gallo, 2014).

## **La fatiga a la luz de la sicofisiología y la sociología**

En 1937, Emilio Morales preguntaba si el problema de la alimentación de la clase obrera no tendría una estrecha relación con el salario mínimo, pago al cual debía tener acceso el trabajador para comprar la ración alimenticia proporcional al esfuerzo que debía desarrollar. Preguntaba, también, si la menor resistencia orgánica, las enfermedades infecciosas, degenerativas y la mortalidad en las clases humildes de Colombia no eran resultado de la mala alimentación de personas en permanente exposición a la fatiga (Morales, 1937).

En las preguntas de Morales resuenan las reflexiones de Calle, pero no corresponden al mismo registro discursivo. Morales abordó el problema de la fatiga a partir de la fisiología del trabajo y de la fisiología industrial, dos campos de saber que comenzaron a ser apropiados en Colombia en los años 1930. Dos campos que, sobre todo, se interesaban por la «fatiga industrial», una noción sicosocial del problema que no correspondía al re-

gistro estrictamente médico. En efecto, Morales explicó en su texto que la finalidad de la fisiología del trabajo era determinar la forma como trabaja el obrero y como él podría aumentar la producción y conservar la salud con menor fatiga. Por su parte, la fisiología industrial promovía las condiciones más favorables de la actividad industrial, de modo que resultara más eficiente en cantidad y calidad, más agradable y lo menos perjudicial posible (Morales, 1937).

Ese proceso, que ponía en escena la preocupación por la fatiga de los trabajadores, se produjo como consecuencia lógica de las limitaciones de la ciencia médica en comprender la complejidad del proceso productivo. El historiador François Vatin explica que hubo, por parte de la sicofisiología, un desplazamiento en dirección a la psicología, con la intención de comprender la fatiga, pero que fracasó en ese proceso. Por un lado, los sicofisiologistas «no consiguieron establecer un vínculo entre la energía muscular y la fatiga inducida por el trabajo físico». Por otro, no consiguieron «colocar en evidencia alguna contrapartida energética al trabajo mental, y la fatiga síquica apareció como irreducible a cualquier intento de medicación» (Vatin, 2004: 71). Como la fatiga era una noción práctica, cuya comprensión no era posible por métodos fisiológicos o psicológicos, el obstáculo fue resuelto en los años 1920 y 1930 poniendo el problema en el campo de la sociología. Parte de ese proceso de *sociologización* implicó la objetivación de conceptos como el de «fatiga industrial», acuñado por Charles Myers y llevado a la investigación sociológica por Friedmann (1956) o a la psicología industrial por Elton Mayo (1977).

Vatin explica esto destacando que los conocimientos de los sicofisiologistas del trabajo no fueron rechazados, ni siquiera olvidados; fueron simplemente «instrumentalizados, utilizados como iluminaciones parciales de una realidad percibida, primero en lo social, inclusive en lo moral: la peligrosidad del trabajo moderno para el hombre» (Vatin, 2004: 72). Hubo así un retorno a la noción de la fatiga en su sentido común. Esto ocurrió

luego que la «música celestial» del ambicioso proyecto científico de los sicofisiologistas se mostró infructuosa, tanto para entender la fatiga como para volver más felices las relaciones entre trabajadores y jefes.

Ese desplazamiento de lo estrictamente fisiológico a lo sociológico, visible en la historia de las ciencias del trabajo en Francia, no fue tan explícito en el caso de Colombia, porque el problema en el país apareció con un componente «social» muy fuerte desde el comienzo. Dos argumentos pueden ser enumerados. Primero porque, exceptuando la publicación de Calle, no existen antecedentes académicos importantes, antes de 1937, de investigaciones directamente relacionadas con la fatiga de los trabajadores. Se puede cuestionar esta afirmación, pero recordemos que el trabajador de los especialistas en cuestiones laborales era un sujeto de derechos y, además, los especialistas en ese campo no parecían estar muy dispuestos a dialogar con sus homólogos de otras especialidades, como se observa al analizar las tensiones entre médicos-legistas y médicos del trabajo (Gallo, 2015). La fatiga era para ellos un problema principalmente industrial. Tanto así que circulaban, masivamente, informes institucionales y debates políticos en periódicos oficiales. El segundo argumento en favor de esa particularidad del caso colombiano es que los médicos preocupados con la salud de los trabajadores estaban iniciando sus actividades en ese ámbito, cuando en Europa la discusión ya exhibía síntomas de agotamiento y necesidad de transformación. Más claramente, cuando la sociología consideró seriamente el problema, lo hizo compitiendo o interactuando con la emergente psicología aplicada.

Este último aspecto es muy importante, pues al mismo tiempo en que se producía esa sociologización del problema, se producía la psicologización del debate, coincidiendo con el movimiento que ocurría en todo el mundo desde los años 1920, y que significó la consolidación del factor humano como noción aglutinadora del análisis. Puede haber muchas explicaciones para entender porqué se dio ese proceso en Colombia, como

por ejemplo la difusión de los trabajos de Elton Mayo finalizando los años 1940, pero cabe mencionar la apropiación de la psicología aplicada española y de la experiencia del Instituto de Rehabilitación de Inválidos del Trabajo de España. Para entender esto, es necesario hacer un paréntesis y recordar la forma como Mercedes Rodrigo Bellido (1891-1982) y César de Madariaga y Rojo (1891-1961) se incorporan a redes académicas del país. Más que tratar la figura del precursor, interesa aquí destacar esos autores por haber sugerido un doble problema historiográfico acerca de la circulación y de la apropiación de saberes.

Durante la Guerra Civil Española, Colombia recibió 524 españoles en 1932, 575 en 1935, 359 en 1938, 405 en 1939, 389 en 1940 (Bushnell, 1982). La cifra parece incongruente con el apoyo unánime a la República por parte de los presidentes colombianos Alfonso López Pumarejo (1934-1938) y Eduardo Santos (1938-1940), sin embargo, se justifica por la política de inmigración excluyente, que permitió solamente el ingreso de personas con antecedentes irreprochables, conocimientos útiles y capital. En la práctica, significaba mucho cuidado con elementos anarquistas y comunistas, más pragmatismo político que solidaridad.

Mercedes Rodrigo fue una de las principales figuras de la psicología aplicada en España. Estuvo ligada al laboratorio y al gabinete de orientación vocacional de la *École des Sciences de l'Education*, del Instituto Rousseau, dirigido por Édouard Claparède (1873-1940). En 1923, se formó como sicóloga de la Universidad de Ginebra y, en el mismo año, junto con Pedro Roselló, tradujo el *test de Claparède* (Bozal y Gil, 2011; Herrero González, 2000). En 1924, se unió al recién creado Instituto de Rehabilitación de Inválidos del Trabajo (IRIT), como coordinadora de la sección de orientación profesional. El Instituto se convirtió, en 1928, en el Instituto Nacional de Psicotécnica (INP) y ella se convirtió en su directora en 1936. En 1939, aprovechando la invitación de Luis Eduardo Nieto Caballero,

rector de la Universidad Nacional, consiguió exiliarse en Colombia. En 1948, se fue para Costa Rica, pues «la Colombia del 9 de abril se parecía mucho con la España de la Guerra Civil» (Ardila, 1993: 84).

La llegada de Mercedes Rodrigo coincidió con la necesidad que tenía la Universidad Nacional de mejorar el proceso de selección de nuevos candidatos, principalmente para las facultades de medicina y derecho. Para eso, fue creada la sección de psicotécnica del Laboratorio de Fisiología de la Universidad Nacional. Entre las actividades realizadas por Rodrigo para el laboratorio, se destacan la adaptación, difusión y aplicación del *Army Alpha Test*, el *Army Beta*, las pruebas de *Thurstone*, entre otros test de inteligencia y relaciones espaciales, así como estudios sobre los perfiles psicológicos de los estudiantes de enfermería y medicina.

En la misma línea, avanzó en las actividades de orientación profesional, inicialmente con los estudiantes de la facultad de medicina, y luego, con los de ingeniería y enfermería. La sección de psicotecnia tuvo un rápido reconocimiento y pasó a realizar tests de discriminación perceptual, memorización, evocación, imaginación, raciocinio y resolución de problemas. Seleccionó y orientó profesionalmente los alumnos de los colegios San Bartolomé, Nicolás Esguerra, Boyacá y el Gimnasio Moderno, cadetes de la Policía Nacional y de la escuela Superior de Guerra, trabajadores de las empresas Bavaria y Tranvía Municipal. Además de esto, enseñó el curso de psicología médica en 1946 y publicó el libro *Introducción al estudio de la psicología*, en el cual enfatizó en la psicología infantil y la orientación vocacional. No obstante, como ella afirmó, la psicología aplicada o psicotécnica tenía soberanía sobre todos los actos humanos, ya que «existen hechos psicológicos sobre todo» (Rodrigo, 1946: 309). Finalmente, el 20 de noviembre de 1947, con el objetivo de ampliar la sección psicotécnica, creó el Instituto de Psicología Aplicada de la Universidad Nacional de Colombia, el primero de su tipo en América Latina.

Por intermedio de Mercedes Rodrigo y Nieto Caballero, llegó también al país César Madariaga, en 1939. En contraste con la cantidad de artículos e informaciones sobre la vida de Rodrigo, es muy poco lo que se sabe sobre este personaje. Formado en ingeniería de minas y metalurgia, era un conocido promotor y defensor de los beneficios de la organización científica del trabajo. Antes de exiliarse en Colombia, fue director de la Escuela de Capataces y Minas de Almadén, vicepresidente del Comité Nacional de la Organización Científica del Trabajo y miembro del Instituto de Reeducción de Inválidos del Trabajo. Además de profesor de la Facultad de Administración Industrial y Comercial (FAIC) del Gimnasio Moderno,<sup>4</sup> trabajó como consultor de relaciones industriales en el Instituto de Fomento Industrial, institución privada y gubernamental colombiana creada en 1940.

En 1946, publicó el libro *Introducción al factor humano en la industria* (Madariaga, 1946), obra que recoge lo esencial de sus conferencias a los alumnos colombianos. La importancia de este autor puede ser percibida por la influencia que tuvo en países como Chile y Portugal (Azevedo, 2012; Ortúzar, 2013), además, obviamente, en España. En Colombia faltan investigaciones que permitan profundizar sobre su papel, pero es cierto que él y Rodrigo transmitieron la experiencia acumulada sobre asuntos laborales del IRIT a los futuros médicos y administradores de las universidades Nacional y de los Andes.

Sobre el IRIT existe una extensa bibliografía, que muestra claramente su importancia para el desarrollo de la medicina del trabajo y de la sicología aplicada en España. Fue creado el 4 de marzo de 1922 y comenzó a operar en 1924. Tenía la intención de «mejorar las condiciones de personas afectadas por incapacidad» y también contribuir para «resolver los problemas de las

---

4 La FAIC fue creada en 1943 para formar los futuros cuadros administrativos de la industria de Bogotá; se unió, en 1948, a la Escuela de Economía de la Universidad de los Andes.



relaciones económicas y relaciones laborales que las altas tasas de accidentes de trabajo implican para los empresarios y el Estado» (Martínez Pérez, 2006: 354). El modelo fue marcado por el alto grado de medicalización y por la influencia de la Organización Científica del Trabajo (OCT). En el campo médico fueron aplicados los principios de higiene industrial, ergonomía, estudios sobre prevención de accidentes y fatiga, así como fueron realizadas investigaciones sobre traumatología, ortopedia y rehabilitación de los trabajadores. En el campo de las ciencias del trabajo fueron realizados tests de habilidades para especialistas y trabajadores, orientación profesional, selección de personal y formación, buscando el mejor desempeño del trabajador.

Volviendo al problema de la fatiga industrial en Colombia, la fisiología del trabajo considera que el funcionamiento de toda célula viva es una sucesión ininterrumpida entre una fase de actividad y una fase de reposo. La fatiga, en esos términos, es un proceso normal, que anuncia para las células el momento en que es necesario pasar del estado de actividad al estado de reposo. En este, la célula repone el protoplasma y acumula energía. Cuando el reposo no ocurre, el desequilibrio se extiende en cuatro fases vitales: esfuerzo, fatiga, sobrecarga y muerte (Resrepo, 1948: 181).

El esfuerzo consiste en una acción voluntaria, solidaria y armónica, con el objetivo de efectuar un trabajo, vencer una resistencia o alcanzar un fin. Puede ser agudo, cuando es brusco, rápido, violento, único o concentrado en un espacio de tiempo; y crónico, si el exceso de fuerza es reiterado, habitual o realizado por un largo tiempo. La fatiga, por su lado, describe los puntos graduales intermedios entre el esfuerzo y la sobrecarga. En la medida en que el esfuerzo se prolonga, la acumulación de residuos aumenta sin tiempo de reparación protoplasmática, y la intoxicación y el envenenamiento hacen que la célula pierda propiedades vitales y, finalmente, muera. Tal acumulación sin pausa para la recuperación produce la disminución de la capacidad funcional de los órganos, hasta la caída definitiva de la

acción o muerte. El momento y la intensidad de los fenómenos concomitantes varían de un individuo a otro, en función de la constitución o estructura anatómica, temperamento o fisiología. Como dijo Morales, «todo órgano, todo tejido, todo individuo tendrá un ritmo propio de fatiga, que difiere considerablemente del ritmo de otro órgano y de otro individuo» (1937: 25). Independientemente de los grados de resistencia orgánica individual, el «fenómeno de restauración» consiste en la acumulación y en el descarte de las «sustancias fatigantes», siendo común a todos los individuos, constituyendo un fenómeno de defensa orgánica de todos los tejidos, así como un mecanismo de organización.

Contemporáneo de Morales, José Miguel Restrepo (1942) divide la fatiga fisiológica en tres categorías, proporcionales al grado de impregnación celular. En el primer grado, se encuentran los trastornos patológicos súbitos de carácter muscular, generalmente sin impacto global. Es común entre escritores, telegrafistas, costureras, violinistas, motoristas. El segundo grado de fatiga es la condición resultante de una impregnación celular que, localizada inicialmente en un grupo de células —por ejemplo, en anexos del sistema muscular como los tendones— genera un desequilibrio biológico, posteriormente, en todo el organismo. Es el caso del nistagmo o blefarospasmo de los mineros y la sordera de los soldadores. El tercer grado de fatiga es llamado de *surmenage* o *agobio*, refiriéndose a la fatiga continua, sin pausas o espacio para la reparación orgánica o física.

Otros dividen la fatiga en síquica, de las funciones sensoriales, de las funciones motoras y de la distribución motora. En la primera, se observan pesadez en la cabeza, somnolencia, falta de entusiasmo, malestar, vitalidad disminuida, imprecisión en la ejecución del trabajo. No hay dudas, para los médicos, que resulta de las modernas condiciones del trabajo *taylorizado*. La fatiga sensorial está asociada a los espacios de trabajo poco iluminados o con mucho ruido, caracterizándose por cefaleas frontales e incluso trastornos más graves de acomodación y adaptación,

como el nistagmo profesional. Del ruido, resultan fenómenos como mareo o esclerosis del tímpano. La fatiga de las funciones motoras, por su parte, se divide en dinámica y estática: en la primera, los músculos que no están involucrados en la actividad laboral tardan en recuperarse, acumulando mayor fatiga en comparación con los músculos necesarios para el trabajo. La fatiga producida por el trabajo estático resulta de la contracción muscular prolongada, seguida de dolor localizado que obliga a interrumpir el esfuerzo. Finalmente, la fatiga causada por la mala distribución del trabajo produce trastornos dispépticos o insomnio. En general, fatigas de más de un mes o un año producen deformidad física, pérdida completa del sentido moral y pérdida de la objetividad para diferenciar cantidad y calidad.

Así, la fatiga es un síndrome entre lo fisiológico y lo psicológico, asociada a múltiples trastornos. Por este motivo, una de las principales preocupaciones de los médicos industriales consistía en diagnosticarla sin utilizar los fenómenos subjetivos conocidos como «sensación de fatiga». En otras palabras, ¿cómo extraer la experiencia de la fatiga del registro de la anamnesis, para neutralizar las simulaciones de fatiga o enfermedad? Esta preocupación, en apariencia estrictamente clínica, ocurría, entre otras explicaciones, porque la fatiga, en el contexto de los seguros colectivos de enfermedad, era fácilmente asociada al síndrome de «histerización» de todos los problemas síquicos, morales, familiares y de desadaptación al trabajo, en función de una desnutrición o abandono justificado sin reducción del salario.

Los médicos colombianos probaron la solución a ese problema principalmente mediante la utilización de un test de estado fisiológico y valor funcional del organismo. Morales ya recomendaba su utilización, pero fue con Mercedes Rodrigo que esos métodos modernos de investigación sicofisiológica se establecieron en el país (Gaitán Ayala, 1946). Los test de estado fisiológico comprendían la observación de las modificaciones químicas de sangre, orina, excreciones, intercambios respiratorios, calorimetría, metabolismo, peso y apetito, variaciones

en el pulso arterial, en el volumen del corazón, en los reflejos, etc. Por otro lado, el valor funcional del organismo era evaluado en términos musculares, por la fuerza y la resistencia (dinamometría); precisión, amplitud y regularidad (ergografía); coordinación y control (test del temblor); velocidad muscular (dactilografía). Para evaluar los aspectos sicofisiológicos se empleaban test sensoriales e intelectuales, de atención, memoria, asociación y lógica.

No obstante, los métodos de la sicofisiología fueron insuficientes para comprender un fenómeno tan complejo como la fatiga. Para comenzar, la fatiga no podía ser aislada de otros fenómenos habituales en la vida del trabajador, como las angustias y preocupaciones motivadas por factores propios del trabajo y externos, relacionados con la vida familiar y con la convivencia social. Justamente una noción sociológica, la «fatiga industrial», define el problema como «un fenómeno biológico, económico y social que debe ser considerado por el industrial, el trabajador, el higienista, el médico, el economista y el teólogo» (Morales, 1937: 33). Con esa reflexión sociológica de la fatiga industrial se destacan la importancia de adaptar máquina moderna al cuerpo humano y el papel de ingenieros y médicos en esta adecuación; de armonizar la máquina al ritmo natural del individuo, y no al contrario; de respetar el ritmo con su acción tónica de economía de esfuerzos; y también respetar los movimientos «inútiles», pues pueden constituir una forma de descanso muscular y servir de medio de eliminación de los productos de la combustión —lo que, a su vez, explicaría la persistencia milenaria de movimientos en diferentes artes y oficios; percibir la monotonía como obstáculo para el rendimiento, según la naturaleza de la operación y los factores fisiológicos y psicológicos; entender seguridad y bienestar como factores de recuperación y eliminación de la fatiga, así como la influencia de factores estimulantes del trabajo como el salario; tener en cuenta las condiciones y hábitos del trabajador (familia, sexualidad, bebidas, casa, medios de transporte, deberes fuera del trabajo), sumados a factores sociales, como sindicalismo, patriotismo, instinto gregario,

inteligencia general, sentimientos religiosos; finalmente, era necesario eliminar la práctica de salarios por producto, pues era fisiológicamente peligrosa en tanto obligaba al trabajador a velocidades nocivas —también en ese sentido, era necesario garantizar la estabilidad laboral, con tarifas y salarios diferenciados que dignificaran la calidad profesional.

Como se observa, el enfoque sociológico de la producción fue tan ambicioso como la fisiología del trabajo y la sicofisiología. Sin embargo, reconoció metodológicamente la imposibilidad de comprender o controlar todos los elementos en función de su lucha particular contra la fatiga industrial. Morales lo expresó señalando que

la indeterminación del valor recíproco de diferentes factores se debe a que el fin buscado es de extrema complejidad, y no puede ser examinado sucesivamente a partir del mismo punto de vista por el ingeniero, el industrial, el estadista, el médico del trabajo, el psicólogo, el fisiologista, el economista, el [sociólogo]<sup>5</sup> etc. (Morales, 1937: 37)

Era posible, pues, controlar las variables ambientales de los procesos productivos, como temperatura, humedad, ruido, maquinaria. Pero otros aspectos, como la «fatiga colectiva», con sus síntomas fisiológicos imprecisos y sensaciones subjetivas, escapaban a toda posibilidad de medida o intervención.

El control de la fatiga estuvo en el núcleo de todas las discusiones sobre rendimiento industrial. En la documentación sobre la temática, se afirma explícitamente que intervenir en las causas de la fatiga es el medio para aumentar la producción y reducir los costos de la accidentalidad en la industria. Para eso, es preciso determinar «la conformidad laboral con la constitución sicofisiológica del individuo; determinar la naturaleza más o menos fatigante de las diferentes profesiones; determi-

---

5 La original cita *teólogo*, pero supongo debe ser un error de imprenta.

nar, por último, si es posible, las causas de la fatiga, en cada individuo» (Restrepo, 1942: 187). El estudio de la fatiga importaba porque la intensidad de esta era consecuencia de la mayor o menor adecuación del trabajador a su oficio, lo que equivale a decir también que el riesgo profesional aumenta cuando no hay una correlación directa entre las aptitudes del trabajador y su oficio, lo que se traduce en aumento de la accidentabilidad y disminución del rendimiento. Ese horizonte está relacionado con la falta de selección profesional, la falta de prevención o racionalización de las tareas y las deficiencias anatómicas —o, en una palabra, con el factor humano. Por otro lado, importaba por cuenta del impacto en la producción y en la vida social. Sobre la producción, por disminuir el rendimiento, aumentando los accidentes de trabajo, morbilidad, mortalidad, tiempo perdido en la industria y obras mal hechas. En lo social, se manifestaba en la negligencia y en la inestabilidad laboral, en irritabilidad y desconfianza.

Una vez que el médico o ingeniero identificaran el personal que sufría de fatiga industrial, sugerían dos tipos de medidas para reducirla y retornar al punto de equilibrio productivo sin deterioro agudo del factor humano. Restrepo, siguiendo a Charles Myers, afirma que era necesario evitar períodos largos sin descanso y las jornadas de más de 8 horas; suprimir las horas extras; introducir pausas de descanso con modificaciones de actividad e intervalos de actividades deportivas y de recreación; realizar entrenamientos sistemáticos que permitieran una adecuada selección profesional y adaptación del obrero de acuerdo con sus capacidades naturales; crear un medio saludable y de bienestar para el trabajo; introducir estímulos laborales; suprimir las causas de irritación, determinando un salario en relación al rendimiento. Al mismo tiempo, considerando que en la era del maquinismo predomina el agotamiento mental, los especialistas sugerían la implementación del *dopolaboro*, que consistía en prácticas agradables para el trabajador, como jardinería, deportes, cultura física, oficios domésticos, entre otras. De esa forma aumentaba la producción, al paso que el trabajo se huma-

nizaba, con prácticas para mantener la tranquilidad social y las buenas relaciones entre jefes y obreros.

En cuanto a la accidentalidad, la discusión se basaba en la idea de que la máquina moderna exigía del trabajador la vigilancia permanente. Como decía Restrepo, «la racionalización del trabajo en fábricas, bajo el sistema de Taylor, contribuye efectivamente para la mayor eficiencia industrial, pero también es responsable por muchas perturbaciones [físicas y nerviosas]» (Restrepo, 1942: 185-187). Por lo tanto, la culpa del accidente podía ser el factor humano, el factor mecánico y ambos factores. De la menor a la mayor intervención del factor humano se identificaban los accidentes producidos por una acción no habitual de los materiales; los accidentes debidos a una acción no habitual del trabajador; los accidentes resultantes de la acción no usual del material, después de una acción no habitual del individuo.

Las opiniones se dividían entre quienes consideraban que la causa principal de los accidentes era la velocidad de la producción y aquellos que creían que la principal causa era la fatiga. La divergencia no era irrelevante, pues se trata de acontecimientos paralelos, pero no necesariamente simultáneos. Cuando el problema era la velocidad, el accidente podría acontecer antes de la fatiga. En las estadísticas empresariales, eso podría eventualmente materializarse en una tendencia a la accidentalidad los lunes por la mañana. No obstante, cuando el problema fuera la fatiga, sería más probable que los mayores índices de accidentalidad se presentaran los jueves o viernes. Estudios específicos mostraban que los índices de accidentalidad crecían durante el segundo semestre del año, en razón de las estrechas relaciones con la fatiga síquica, más concretamente, con la disminución de la capacidad de reacción defensiva y la pérdida de la atención. La situación podía ser peor en trabajos nocturnos.

En la práctica, las estadísticas industriales eran oscuras y frágiles metodológicamente; al menos en el caso colombiano,

no pasaban de aritméticas industriales sin mayor complejidad. A pesar de eso, dejaban claro que superar los límites de la capacidad de trabajo afectaba los índices de accidentalidad y, a largo plazo, la salud del trabajador era afectada, así como los costos de la producción. La situación podía empeorar, pues en Colombia, según algunos médicos, las condiciones nutricionales y, en sentido amplio, los aspectos económicos, higiénicos y sociales, volvían más peligrosos los excesos del trabajo o agudizaban la fatiga con sus efectos concomitantes.

Así, en términos científicos, no había dudas en cuanto a la importancia del descanso. Por un lado, como mostraron varios autores, uno de los problemas emergentes en el siglo XX era qué hacer con el tiempo libre de los trabajadores. Por otro, la mayoría de las investigaciones realizadas posteriormente se dirigió menos a justificar la importancia del reposo que a administrar el cuerpo del trabajador en la industria, de suerte que fuera posible disminuir los efectos de fatiga. Cabe mencionar, por ejemplo, los programas de visión tridimensional que empleaban contraste y colores complementarios para diferenciar partes de la máquina y aumentar la atención. No se trataba, pues, de prevenir lo inevitable, pero sí de reducir la velocidad del deterioro. Un texto sobre fisiología del reposo, publicado en la revista de la OGT de Colombia,<sup>6</sup> expresó en siete principios la preocupación por el empobrecimiento precoz y la utilización inconsciente del bien más valioso del obrero, esto es, su fuerza de trabajo. Más o menos con las mismas palabras, los autores destacaban que todo trabajo necesitaba de períodos de descanso, distribuidos a lo largo del día, para impedir que las fuerzas se agotaran y aumentar con ello el rendimiento total (Boletín de la Oficina General del Trabajo, 1930).

Además de aumentar la accidentalidad o incidir en el rendimiento laboral, la fatiga constituía un factor predisponente o

---

6 Véase «Fisiología del reposo [traducción de *Hygiène du Travail*], Anónimo (1930).



coadyuvante de enfermedades, como trastornos del aparato circulatorio, alteraciones de la nutrición, perturbaciones del sistema neurovegetativo y nervioso central, así como de emergencia de enfermedades latentes, como la tuberculosis. Los esfuerzos agudos y crónicos prolongados, con sus grandes efectos corporales, son elementos constitutivos de las leyes sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales —los agudos corresponden al primer grupo, y los crónicos, al segundo.

Por otro lado, reconocer la relación entre fatiga industrial y accidentalidad laboral abría un gran potencial en el ámbito jurídico, pues podía atenuar la culpa potencial del trabajador. La legislación sobre accidentes de trabajo eximia al patrón de la responsabilidad sobre el incidente cuando el obrero tuviera «culpa», sin embargo, como la mayoría de los accidentes ocurría por fatiga industrial, no habría razones para negarse a indemnizar. No obstante, este argumento fue usado más teóricamente que en el ámbito médico legal. En todo caso, hubo un avance en cuanto al reconocimiento de la necesidad de descanso por parte del factor humano, dicho de otro modo, que la fatiga era un proceso morboso consecuencia del trabajo —incluso si tal reconocimiento se daba con un objetivo menos justo y más prosaico, como era aumentar el rendimiento. Lanzar un rayo de luz sobre el fenómeno de un corazón aparentemente infatigable permitió cuantificar y cualificar múltiples factores de riesgo o contingencias de la producción. Más que eso, el conocimiento de los peligros y riesgos para el cuerpo en el ámbito industrial vinieron a ser insumos en el siglo XX para justificar algunas reformas sociales.<sup>7</sup>

---

7 Algunos historiadores muestran que ese conocimiento sirvió a los trabajadores en la lucha por los derechos. Véase Bertucci (1997). Aunque no existan trabajos de la historiografía colombiana sobre este aspecto, cabe imaginar que, en la prensa obrera de Colombia, los obreros también habían usado los discursos médicos para reivindicar reformas sociales. Para un panorama sobre la prensa obrera en el país, ver Núñez Espinel (2006).

## Reflexiones acerca del factor humano

A lo largo de este artículo, ha sido posible observar la manera como algunos médicos colombianos objetivaron un problema clásico del mundo laboral: la fatiga. Se observó que la discusión fue puesta desde los orígenes como un problema sicofisiológico, con un pronunciado énfasis en lo social. Este es un aspecto intrigante, pues muestra que los especialistas colombianos en aspectos laborales tenían en cuenta, como sus homólogos de otros países, factores hereditarios,<sup>8</sup> no obstante, en una perspectiva que consideraba igualmente significativos los factores sociales.

Naturalmente, se debe tener mucho cuidado para no transformar la singularidad del ejemplo en una teoría general del pensamiento médico social colombiano de la primera mitad del siglo XX. Las fuentes analizadas corresponden apenas a una parcela de la producción académica de los médicos colombianos. Concretamente, la producción académica de aquellos médicos también interesados en el mundo del trabajo con sus accidentes, enfermedades profesionales, legislación e instituciones.

En conclusión, se puede decir que la «fatiga industrial» perteneció a un ramo diferenciado de la neurastenia, históricamente más próxima de Rudolf Clasius y Charles Myers que de Bénédicte Augustin Morel. De hecho, para los médicos del trabajo, la fatiga era, antes que nada, un concepto de las ciencias del trabajo, construido con elementos analíticos de la termodinámica, de la sicofisiología del trabajo y de la sociología. De esa manera, se relacionaba con otras figuras de la retórica científica, como esfuerzo y descanso, debates acerca de la técnica, el medio y la máquina. Y que en el siglo XX, comprendía una compleja red de interacciones con el problema de las transformaciones productivas, los cambios en las condiciones de trabajo, la incor-

---

8 En otras regiones del continente, este discurso parece haber tenido mayor relevancia, véase Ferla (2005), Haidar (2008), Roldán (2010).

poración de leyes laborales y la consolidación de las formas de racionalización científica del trabajo —representada en Colombia, principalmente, por la economía industrial.

Por su parte, la fatiga se junta a la noción bastante problemática de factor humano. En efecto, la discusión hizo parte del proceso más amplio de emergencia e incorporación del «factor humano» o «factor sociológico» al cálculo de la producción. Ciertamente, las metáforas de motor humano y capital humano no fueron sustituidas, pero hubo un proceso de sicologización y sociologización. Así, en la medida en que se transitaba de la fisiología del trabajo hacia la sicofisiología, el foco en la capacidad corporal del obrero fue descentrado, en función de la observación metódica del carácter mental del trabajador y de su comportamiento social. No es posible analizar el impacto social y político provocado por un concepto como el de factor humano o el de hombre social, sin embargo, se deben problematizar algunas de sus coordenadas epistemológicas.

El movimiento del factor humano surge en respuesta al absurdo mecanicismo taylorista, partiendo del principio que es pura especulación metafísica considerar al hombre como motor o pura fuerza (Friedmann, 1956). Para los investigadores involucrados en ese universo de reflexiones sobre los problemas laborales, la medicina industrial no puede considerar al trabajador como una máquina o medir la capacidad laboral en función exclusiva de la fuerza muscular. En la idea de factor humano convergían las manifestaciones de fuerza, afectos, sentimientos y emociones. Como dijo T. J. Ostrewich en el Consejo Interamericano de Seguridad, «ningún trabajador deja de ser papá, novio, soñador, ni deja de odiar solo porque viste un overol. No podemos borrar las emociones con llamados a la razón. La lógica no alcanza» (Ostrewich, 1950: 13). El mismo autor recordaba que el trabajador no es un engranaje de la máquina industrial, sino «una unidad completa que trabaja, respira y reúne aspectos mentales, físicos, emocionales, culturales, sociales y económicos» (Ostrewich, 1950: 13).

Además de atenuar la clásica visión del motor humano, esta idea volvía más compleja la preocupación con rendimiento, disminución del precio y aumento del volumen de la producción, desafíos fundamentales de la racionalización científica del trabajo. De acuerdo con la definición adoptada por la Conferencia Económica Internacional de 1927, la racionalización era el conjunto de procedimientos propios para asegurar el mínimo de pérdida de esfuerzos y de material, para «obtener de todos un rendimiento máximo para alcanzar un precio de coste mínimo» (Maurethe, 1930: 436). En ese sentido, queda claro que, para asegurar un mínimo de pérdida del material y un máximo de producción, era necesario mejorar la máquina, al paso que se optimizaba el método de producción y aumentaba el rendimiento, con menor agotamiento del obrero. Teóricamente, son las causas mecánicas y las no mecánicas las que determinan tanto el rendimiento como la mayor accidentalidad. Sin embargo, prácticamente todos los investigadores aceptan que el buen funcionamiento de la industria dependía principalmente del factor humano. Para bien o para mal, todas las campañas de intervención en la industria para acelerar la producción ponían al hombre en el centro. Cualquier pretensión de mejoramiento, sincronía o seguridad industrial recaía sobre el factor humano.

No siendo el hombre más una máquina de producción de trabajo, y siendo el factor humano el eje de la producción, la empresa terminaba dependiendo de los factores individuales y de la influencia de lo social en el factor humano. O, como dijo Friedmann, de un hecho técnico, un hecho psicológico y un hecho social (Friedmann, 1956). Así, para los observadores de la época, no era secreto que los problemas económicos, la insatisfacción con la vida, los conflictos familiares, las preocupaciones morales, la mala nutrición, entre otros, incidían directamente en la producción. Del mismo modo, era evidente para ellos que los mismos factores intervenían en la mayor o menor accidentalidad laboral. No se subestimaba completamente el peso que el maquinismo, sus movimientos monótonos y la rutina tenían sobre el individuo, pero los niveles de percepción y motricidad

que podían llevar a la mayor accidentalidad deberían ser evaluados en correlación con otros factores, como malas condiciones de trabajo, factores de grupo, de ambiente y sociales.

En ese sentido, los problemas de la producción eran asociados a los problemas de la vida y, de alguna forma, incorporados al campo de la sociología. De hecho, en los años 1940, la fatiga industrial se había «sociologizado», de la misma manera que la discusión sobre los factores sociales vinculados a la salud colectiva era cada vez más aceptada como parte evidente del debate. Al respecto, Rafael Salamanca insistía en la necesidad de que los médicos realizaran un tipo de investigación social en que todas las causas y condiciones fueran evaluadas de acuerdo con la realidad nacional, sin inclinarse por evaluaciones exclusivistas —pedagógica, social, nutricional, endocrinológica, determinista geográfica o hereditaria (Salamanca Aguilera, 1941). Más o menos en la misma época, Laurentino Muñoz (1947) señalaba que los problemas de salud eran muy complejos y necesitaban de la aplicación de principios médicos, económicos, antropológicos, éticos, sociales, estéticos. Añadía que, en la visión de los médicos, el problema de la higiene era frecuentemente visto de manera parcial, desatendiendo accidentes y enfermedades del trabajo, así como la mortalidad infantil, que eran problemas a ser resueltos con una decidida acción social.

La idea del factor humano emergió en Colombia, tímidamente, en las facultades de ingeniería, en torno a los años 1910, alcanzando su auge en los años 1940, cuando un grupo de políticos en el contexto de la creciente tecnocracia la incorporó a los debates institucionales. El factor humano en el debate político permitió un desplazamiento del problema de la degeneración de la raza, manteniendo unos pocos matices de la discusión. En 1934, los miembros de la Oficina Nacional del Trabajo, al enumerar las razones por las cuales era necesario establecer un salario mínimo, afirmaron que «aparte de las conveniencias sociales y raciales», la labor de creación de riqueza «tiene que incluir ineludiblemente el mejoramiento del factor trabajo, es decir, el

capital humano, que incorpora sus esfuerzos en la producción» (Lanao Tovar, 1934: 302). Seis años después, en el mismo órgano, José Joaquim Caicedo Castilla, Ministro del Trabajo, Higiene y Previdencia Social recordaba como funciones esenciales de esa institución la defensa del factor humano, para la cual era necesaria una política de fomento municipal y amplia política social (Caicedo Castilla: 1940: 8). Paralelamente, algunos de los argumentos favorables a la previdencia social eran, precisamente, conservar el factor humano y aumentar sus principales valores de salud y capacidad para el trabajo (Stein, 1942). El historiador Daniel Díaz señala que, para el presidente Alfonso López Pumarejo, «el problema no era ya la degeneración de la raza, sino las cadenas de la tradición que aprisionaban las inteligencias y las fuerzas de la población [por eso la solución era] la educación del pueblo inculto [...] y la formación de ciudadanos conscientes de su nacionalidad» (Castro Gómez y Restrepo, 2008: 56). No obstante, fue con Mariano Ospina Pérez que el debate sobre el factor humano alcanzó su ápice. Como recuerda Daniel Pécaut, el programa económico de Ospina Pérez era convertir el país en una gran empresa de producción (Pécaut, 2001). Eso explica porqué, durante su campaña presidencial en 1946, proponía el desarrollo del factor humano, de la fuerza productiva nacional, de los institutos científicos para estudiar a los trabajadores, las causas y efectos de la fatiga psicológica y fisiológica, los efectos orgánicos del trabajo y diversos agentes nocivos, y demás instrumentos para el rendimiento del trabajador (Mayor Mora, 1997).

En conclusión, el factor humano era tanto aquel que desarrollaba armónica y conscientemente la energía síquica y física, como la energía activa que contribuía con otras fuerzas económicas para el mejoramiento de la producción y para el aumento de la riqueza nacional (Calderón Reyes, 1955). Estos atributos parecen hacer eco con otras categorías vigentes en la época, como raza y capital humano, pero también son parte de un largo proceso de afirmación y legitimación de la identidad,

mediante objetivación y apropiación, por parte de los médicos, de diversos factores inherentes al mundo del trabajo. De esa manera, en lo que respecta al factor humano en los discursos de ingenieros y médicos, se observa, en primer lugar, la complejidad del problema con la introducción de los factores individuales y los factores sociales. Por un lado, la vertiente más cercana de los ingenieros, que pone el factor humano en relación con la racionalización «científica» del medio del trabajo, el aumento del rendimiento, de la productividad, la capacidad y la reducción de los costos por accidente. Esto asociado a la liberación de potencial y experiencia de los individuos, al paso que se daba un proceso de persuasión y búsqueda de consenso con el obrero para menguar las formas de resistencia cotidiana o los actos de independencia del espíritu.

Por otro lado, estaba la vertiente sicofisiológica del trabajo, en principio más teórica, enfocada a la identificación de las causas predisponentes y de los factores sicosociológicos involucrados en el aumento de la accidentalidad, de la enfermedad y de la reducción del rendimiento. En ese campo de saber, el factor humano fue visto fundamentalmente a través de dos herramientas: la selección psicotécnica del personal y la orientación profesional. Partía del supuesto que existían individuos más aptos para determinados trabajos que, al ser colocados en un lugar diferente, sufrían en su espíritu y su carne las consecuencias de dicha actividad. Igualmente, eran considerados tipos de individuos más propensos a sufrir accidentes: maníacos depresivos, soñadores, crónicamente ansiosos, paranoicos, solitarios, de «personalidad retorcida» (Ostrewich, 1950). Toda esa clasificación de los factores psicológicos que incidían en la mayor accidentalidad parece contradecir lo que también se afirmaba, en términos teóricos, acerca de la importancia de reconocer los factores sociales implicados en el proceso productivo.

Al concluir este capítulo es posible afirmar que la observación sistemática del factor humano permitió comprobar, cien-

tíficamente, que el control de los factores sicofisiológicos de la producción favorecía tanto patronos como obreros. Sin embargo, esta suerte de nihilismo parecía olvidar que la búsqueda de la felicidad de los trabajadores únicamente era importante si contribuía efectivamente al aumento de la productividad, como decía el presidente de una gran compañía de la época: «la sociología ha demostrado que los hombres parecen producir mejor sin son felices. Mas, si la experiencia probara que producen incluso mejor si están furiosos, nos las arreglaríamos para que lo estuvieran permanentemente» (Aktouf, 2009: 223). De igual forma, parecía olvidar que un régimen basado en la exploración sistemática de los trabajadores y la negación de los derechos era infelizmente más fácil de aplicar. Además, los defensores del movimiento del factor humano nunca consiguieron entender el comportamiento del obrero, un dato siempre rebelde a la previsión y al cálculo (Canguilhem, 1947), más cuando el esfuerzo comprensivo se instrumentaliza en función de la productividad. Así, todos los esfuerzos para conceptualizar la fatiga fueron tan frágiles que se aceptó la imposibilidad de una teoría general de la fatiga (Le Bianic y Vatin, 2007).

En la crítica al tecnicismo taylorista o en la búsqueda de la liberación del trabajador de los problemas corporales de la producción, los sicofisiologistas hicieron de la mente y del propio cuerpo del trabajador un nuevo ídolo. La culpa, consciente e inconsciente, del obrero en los accidentes de trabajo pasó a ser fundamental, al paso que el medio laboral se volvía, paulatinamente, un aspecto secundario en el momento que se evaluaran los riesgos de la industria. Evidentemente, este no fue un proceso tan homogéneo. En los años 1950, muchos de los problemas de la producción en Colombia aún eran técnicos. En todo caso, la discusión sobre el factor humano en la producción circulaba en los ámbitos académicos e industriales contribuyendo para indicar y ocultar los problemas del mundo del trabajo, mediante una retórica de sicologización, medicalización y normalización de las aptitudes para el trabajo.



## Referencias

- Aktouf, O. (2009). *La administración entre tradición y renovación*. Cali: Universidad del Valle, Universidad Libre.
- Anónimo. (1930). Fisiología del reposo [traducción de *Hygiène du Travail*]. *Boletín de la Oficina General del Trabajo*, 1, 4, 220-222.
- Ardila, A. (1993). *Psicología en Colombia: Contexto Social e Histórico*. Tercer Mundo Editores.
- Azevedo, A. C. (2012). Os primórdios da organização científica do trabalho em Portugal: o progressivo aperfeiçoamento dos métodos de racionalização desde o início do século XX até à II Guerra Mundial. *Mundos do trabalho*, 4, 7, 245-265.
- Bertucci, L. M. (1997). *Saúde: arma revolucionária, São Paulo, 1891-1925*. Campinas: Centro de Memória, Unicamp.
- Bozal, A. G., y Gil, S. V. (2011). Entre Europa y América Latina: Mercedes Rodrigo, Psicopedagoga Pionera. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*, 13(17), 71-92. Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=86922615004>
- Bushnell, D. (1982). Colombia. En: M. Falcoff y F. B. Pike. *The Spanish Civil War, 1936-39: American hemispheric perspectives* (pp. 159-202). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Caicedo Castilla, J. J. (1940). La obra social del gobierno. *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, 8-20.
- Calderón Reyes, J. J. (1955). Evolución histórica de la medicina del trabajo: labores realizadas en el Instituto de Medicina Legal de Bogotá sobre «Medicina del Trabajo». *Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia*, 23 (11-12), 782-805. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/23048>
- Calle, M. M. (1910). «Astenia de los obreros I». *La Organización*, Medellín, 28 de febrero, pp. 1-2.
- Calle, M. M. (1910b, marzo 2). «Astenia de los obreros II». *La Organización*, Medellín, 2 de marzo, pp. 1-2.
- Canguilhem, G. (1947). Meio e normas do homem no trabalho. *Pro-posições*, 12, 109-121.
- Castro Gómez, S., y Restrepo, E. (Eds.). (2008). Raza, pueblo y pobres: Las tres estrategias biopolíticas del siglo XX en Colombia (1873-1962). En: *Genealogías de la colombianidad: formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX* (10-41). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar.
- Chaux, F. J. (1932). *Memoria del Ministerio de Industrias al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1932*. Bogotá: Imprenta Nacional.

- F.A.U. (1914, octubre 17). «El trabajo ahuyenta los males», *El Sol*, Medellín, 17 de octubre, p. 1.
- Ferla, L. (2005). O trabalho como objeto médico-legal em São Paulo dos anos 30. *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, LVII (1), 237-263.
- Friedmann, G. (1956). *Problemas humanos del maquinismo industrial*. Buenos Aires: Suramericana.
- Friedmann, G. (1977). *La crisis del progreso: Esbozo de la historia de las ideas (1895-1935)*. Barcelona: Laia.
- Gaitán Ayala, M. J. (1946). *Ergografía*. Bogotá: s.d.
- Gallo, Óscar. (2014). Higiene industrial y medicina del trabajo en Colombia, 1912-1948. En: H. Cardona Rodas y Z. Pedraza Gómez (Eds.). *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina* (pp. 239-272). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Gallo, Óscar. (2015). Trabajo, medicina e legislação na Colômbia, 1910-1946. Tesis Doctoral en Historia. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Haidar, V. (2008). *Trabajadores en riesgo: una sociología histórica de la biopolítica de la población asalariada en la Argentina, 1890-1915*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Herrero González, F. (2000). Mercedes Rodrigo: una pionera de la psicología aplicada en España y en Colombia. Tesis de Doctorado en Filosofía. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Jaramillo, C. A. (1923). *La higiene del hombre de letras*. Bogotá: Minerva.
- Lanao Tovar, J. R. (1934). Editorial. *Boletín de la Oficina Nacional del Trabajo*, VI (45-50), 301-305.
- Le Bianic, T., y Vatin, F. (2007). Armand Imbert (1850-1922), la science du travail et la paix sociale. *Travail et Emploi*, 111, 7-19.
- Madariaga, C. de. (1946). *Introducción al estudio del factor humano en la industria. Nociones de psicoeconomía*. Bogotá: Cooperativa Nacional de Artes Gráficas.
- Martínez Pérez, J. (2006). El obrero recuperado: Medicina del trabajo, ortopedia y tecnología médica en la imagen social de las personas con discapacidades (España, 1922-36). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 13(2), 349-373.
- Maurethe, F. (1930). La organización científica del trabajo y el interés de los obreros. *Boletín de la Oficina General del Trabajo*, I(7), 435-445.
- Mayo, E. (1977). *Problemas sociales de una civilización industrial*. \_\_ [Indicar ciudad de publicación] : Nueva Visión.
- Mayor Mora, A. (1997). *Ética, trabajo y productividad en Antioquia*. Bogotá:

Tercer Mundo Editores.

- Morales, E. (1937). Algunas consideraciones sobre la fisiología industrial, la fatiga y accidentes de trabajo. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Muñoz, L. (1947). Sociología de la salud. *Revista de la Universidad Nacional*, (8), 266-272.
- Núñez Espinel, L. Á. (2006). *El obrero ilustrado: prensa obrera y popular en Colombia, 1909-1929*. Bogotá: Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales (CESO), Departamento de Historia.
- Oficina General del Trabajo. (1929). Convenciones Internacionales sobre el trabajo. *Boletín de la Oficina General del Trabajo*, I(1-2), 31-115.
- Oficina General del Trabajo. (1929). La higiene del trabajo. *Boletín de la Oficina General del Trabajo*, I(1), 22-26.
- Ortúzar, D. (2013). Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900-1940. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En línea]*. Recuperado de: <http://doi.org/10.4000/nuevomundo.66007>
- Ostrewich, T. (1950). Fuentes de Accidentes. Un estudio sobre las principales causas de ellos. *Salud y Trabajo*, I, 11, 13-15.
- Palacios, M. (2002). *Coffee in Colombia, 1850-1970: An Economic, Social and Political History*. Cambridge University Press.
- Pécaut, D. (2001). *Orden y violencia: evolución socio-política de Colombia entre 1930 y 1953*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Pérez, F. de P. (1917). *Memoria que al Sr. General D. Pedro J. Berrio Gobernador del Departamento presenta al Secretario de Gobierno al reunirse la asamblea de 1917*. Medellín: Imprenta Departamental.
- Rabinbach, A. (1990). *The human motor: energy, fatigue, and the origins of modernity*. New York: BasicBooks.
- Restrepo, J. M. (1942). Algunos apuntes sobre medicina del trabajo. *Boletín Clínico*, VIII(4 (88)), 161-199.
- Restrepo, J. M. (1948). Conceptos que deben reevaluarse para beneficio de la profesión. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, II (Tercera Época), 6, 486-497.
- Rodrigo, M. (1946). Qué puede hacer la psicotecnia por el estudiante. *Revista de la Universidad Nacional*, (6), 309-320. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revistaun/article/view/13533>
- Rodríguez Piñeres, J. (1898). Neurastenia (agotamiento nervioso). Tesis de Doctorado en Medicina y Cirugía. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Imprenta y Librería de Medardo Rivas.
- Roldán, Diego P. (2010). Discourses on the body, the «human motor», energy

and fatigue: cultural hybridations in *fin-de-siècle* Argentina [Si el artículo se consigue íntegro en la página referida, ¿por qué ponerlo aquí en inglés? Cuando se sigue el link referido aparece el texto en español y no en inglés]. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17(3), 643-661. Recuperado de: <http://doi.org/10.1590/S0104-59702010000300005>

- Salamanca Aguilera, R. (1941). La importancia de los estudios sociológicos. *Heraldo Médico*, 1, 2-3.
- Stein, O. (1942). La implantación del seguro social obligatorio. *Boletín del Departamento Nacional del Trabajo*, (81), 3-53.
- Tejada, L., y Cano, G. L. (2008). El salario dominical (Editorial, El Espectador, 17 de septiembre 1923). En: *Nueva antología de Luis Tejada* (pp. 368-369). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Vatin, F. (2004). *Trabajo, ciencias y sociedad: ensayos de sociología y epistemología del trabajo*. Buenos Aires: Lumen.

# «¡BUSCAD AL HOMBRE!»:<sup>1</sup> LA PROBLEMATIZACIÓN DEL FACTOR HUMANO EN LA EXPLICACIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Argentina, entre la actualidad y la historia, 1920-1970

*Victoria Haidar*<sup>2</sup>

## **Introducción**

La problematización de la seguridad en los lugares de trabajo se caracteriza, en la actualidad, por la articulación de enfoques sistémicos, que atribuyen la producción de accidentes a la interacción de múltiples factores, y teorías basadas en la idea «error», que se fundan en los desarrollos de la psicología cognitiva. La implantación de ambos modelos, que presuponen la «complejidad» de los fenómenos abordados y adoptan un estilo de «gestión» produjo, sino la destitución, al menos un rebajamiento de la importancia que históricamente se atribuyó al «hombre»

- 
- 1 Esta expresión la atribuye Juan Manuel Bazterrica (1970:140), un especialista argentino en medicina del trabajo, a Camille Simonin, experto francés en medicina legal.
  - 2 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Investigadora Asistente del Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional del Litoral. Correo electrónico: [vhaidar@fcjs.unl.edu.ar](mailto:vhaidar@fcjs.unl.edu.ar)

en la explicación de los accidentes. Sin embargo, en Argentina ello no trajo aparejada la desaparición total de los discursos que culpabilizan a los trabajadores, los cuales perviven —de manera implícita o explícita, oculta o mostrada— en las prácticas a través de las cuales se gobiernan los riesgos del trabajo en este país.

Frente a la actualidad de las ideas que tienden a culpabilizar a los trabajadores por los accidentes, en este capítulo se persiguen dos objetivos. En primer lugar, mostrar que en esa persistencia resuenan los ecos de un movimiento que, entre 1920 y 1970, atribuyó al «factor humano» una importancia privilegiada en la explicación de los accidentes. En segundo lugar, señala que la integración de esos elementos «del pasado» en las estrategias contemporáneas de control de la seguridad en los lugares de trabajo los resignifica, modificando, en parte, su funcionamiento.

Así, hacia la década de 1920 comenzaron a circular en Argentina un conjunto de formulaciones que, en el contexto más general de los debates de la sicotécnica, remarcaban la importancia que tenía el factor humano en la generación de accidentes. Tal como argumentamos en esta contribución, los años 1970 dan cuenta de una inflexión en la comprensión de la participación que se atribuía a «lo humano» en la causación de los accidentes. Así, si hasta entonces la puesta en discurso de *lo humano* en relación a los accidentes equivalía a culpabilizar (exclusivamente) al trabajador por su producción, a partir de 1970 el foco de atención comienza a desplazarse desde el trabajador considerado individualmente, hacia las «autoridades» con responsabilidades en materia de seguridad y, más generalmente, hacia la «organización».<sup>3</sup>

---

3 Es preciso destacar que las periodizaciones que trazamos aquí se corresponden con las transformaciones que experimentara, en la Argentina, la problematización del «factor humano» y no, en cambio, con las periodizaciones más generales establecidas en el campo de la historiografía argentina que expresan rupturas y continuidades en registros más amplios, relativos a los modos de gobierno, a los sistemas de pensamiento o ideologías, a los modos de acumulación, etc. Así, los «cortes» que establece-

Este trabajo se inscribe, así, en una línea de investigación dedicada a producir la «historia del presente»<sup>4</sup> del régimen de prácticas a través del cual se gobiernan los accidentes y enfermedades laborales en Argentina. Desde un punto de vista metodológico utiliza herramientas del análisis de contenido y del análisis materialista del discurso para la construcción y el examen de un *corpus* formado por un «dominio discursivo de referencia»<sup>5</sup> y un «dominio discursivo de memoria».<sup>6</sup>

La contribución está organizada de la siguiente manera. El primer apartado está dedicado a exhibir la presencia, en una serie de discursos del presente, de enunciados que tienden a responsabilizar a los trabajadores por los accidentes. Con la finalidad de esclarecer su procedencia, los apartados siguientes están consagrados a reactivar el «pasado» de esos enunciados. Así, en el segundo reconstruimos las condiciones de emergencia de las

---

mos en esta contribución valen, exclusivamente, para la historia específica de los modos en que, al interior de un campo de saberes expertos, se han pensado los accidentes de trabajo. Para un desarrollo respecto a la construcción de periodizaciones remitimos a Aguilar et al. (2014).

- 4 La «historia del presente» es una perspectiva desarrollada por un grupo de autores anglosajones desde la década de 1990, a partir de la recepción de las ideas foucaultianas acerca del «gobierno», la «gubernamentalidad». Este tipo de mirada muestra cómo las problematizaciones actuales de diversas cuestiones están compuestas por múltiples elementos que reconocen diferentes condiciones de procedencia (Barry, Osborne y Rose, 1996).
- 5 Este concepto designa el conjunto de textos que delimitan el corpus y funcionan como centro orientador del análisis (Courtine, 1981). En nuestro caso está constituido por una serie de enunciados de «actualidad», correspondientes extraídos de diversas clases de textos (manuales y revistas de higiene y seguridad, programas empresariales, etc.) que responsabilizan directa o indirectamente a los trabajadores por los accidentes.
- 6 Este concepto connota las series discursivas que conforman las «capas de la memoria» (citadas, retomadas, contestadas, eludidas, olvidadas o denegadas) de los documentos del campo de referencia (Courtine, 1981). Las mismas están constituidas, en el análisis que aquí desplegamos, por documentos procedentes del campo de la psicología, la medicina del trabajo, la sicotécnica, que se interrogan sobre la causa de los accidentes de trabajo, en el período que va desde 1920 hasta 1970.

reflexiones sobre el «factor humano». La pregunta por la causa humana de los accidentes engendró respuestas diversas. Con la difusión de la sicotécnica, el acento se colocó, como veremos (tercer momento) sobre el problema de la «ineptitud». De manera general, la aparición del factor humano estuvo modulada por la idea de que existía, en ciertos individuos, una «predisposición» para accidentarse. El cuarto apartado está constituido por tres momentos, según los intentos explicativos que tuvo el concepto de predisposición, así: desde la biotipología, la psicología de Karl Marbe<sup>7</sup> y los descubrimientos de los epidemiólogos y estadísticos anglosajones y la medicina sicosomática. Otro de los conceptos que se utilizó para pensar la incidencia que el hombre tenía sobre los accidentes fue el de «acto inseguro» (quinto apartado). Recapitulando sobre lo anterior, en el sexto apartado nos detenemos sobre algunas aristas de los procesos de «recepción» y «traducción» de todos esos vocabularios teóricos en Argentina. Finalmente planteamos unas conclusiones.

## Culpables... ¿todavía?

En la actualidad, existe cierto consenso al interior de los saberes expertos sobre la seguridad en cuanto a que la causalidad de los accidentes de trabajo es múltiple y compleja. En Argentina, especialistas provenientes de la ingeniería, la ergonomía, la psicología, la medicina y los estudios sociales del trabajo impulsan estrategias de prevención que tienden a desplazar el foco de atención desde los trabajadores hacia los «sistemas» y las «organizaciones». Asimismo, esta clase de miradas han alcanzado algún nivel de integración en el ámbito de la política pública.<sup>8</sup>

---

7 Karl Marbe (1869-1953) fue un psicólogo alemán que desarrolló investigaciones en los campos de la psicología jurídica y la psicología aplicada en general. Marbe formuló, hacia mediados de la década del '20 del siglo XX la idea de que existía, en ciertos individuos, una «propensión a accidentarse».

8 La Superintendencia de Riesgos del Trabajo es la agencia estatal que funciona como autoridad de aplicación de la Ley de Riesgos del Trabajo N°24.557. En el año 2003 incorporó en su Anuario Estadístico una serie



Pero, paradójicamente, desde varios lugares de enunciación se elaboran y divulgan textos de diverso género (pedagógicos, académicos, textos que reglamentan los procedimientos a seguir en el caso de que suceda un accidente en un lugar de trabajo, etc.) que, al referirse a los accidentes, depositan la mirada sobre los trabajadores. Esa atención suele estar modulada, principalmente, por los conceptos de «acto inseguro» y «error humano».

Consideremos, a modo de ejemplo, dos formulaciones procedentes de la pluma de los expertos en seguridad laboral. En un texto escrito con propósitos educativos por un ingeniero y docente universitario, los accidentes se explican mediante la referencia a la teoría del «acto inseguro» y se atribuye su causa en un 80 o 90% al «error humano» (Mangosio, 2002: 14). Por otra parte, el procedimiento operativo para investigar los accidentes difundido por el Instituto Argentino de Seguridad,<sup>9</sup> incluye entre las «causas inmediatas» del accidente a los «actos inseguros» y, entre las «causas básicas» (que son las que permiten explicar por qué se cometen actos inseguros o se presentan condiciones peligrosas), a los «factores o condiciones personales».

Lejos de tratarse de referencias anacrónicas, esta especie de «recaída» en la culpa del trabajador parece asumir un carácter más general. Como señala Carlos Rodríguez (2005), especialista internacional, si bien el esquema de investigación más consensuado sobre los accidentes integra el enfoque sistémico con algunos elementos procedentes de la psicología cognitiva (*human factorstheory*), en la práctica, los resultados globales a los que, con frecuencia, arriban esas indagaciones, terminan indicando como primera causa a los «actos inseguros».

---

de referencias conceptuales que traducen la recepción de tal visión compleja y sistémica de los accidentes.

9 Se trata de un centro de capacitación y divulgación de información relativa a los temas de la higiene y seguridad que funciona en Argentina desde el año 1940.

Reforzando esas ideas, en una publicación en lengua hispana particularmente atenta a las innovaciones teóricas y tecnológicas en el campo de la seguridad se ha observado que la noción de «error humano» funciona, en el análisis de los accidentes, como una suerte de «agujero negro» (Niño Escalante y Herrero Tejedo, 2004: 16), en el que se depositan juicios de responsabilidad individual.

Aún de manera marginal, la noción de «predisposición» también desempeña algún papel en la prevención de los accidentes, tal como se piensa en Argentina. Así, en un artículo publicado en la «Revista de Seguridad», que edita el Instituto Argentino de Seguridad, se señala que «ser seguro en todo momento es una forma de vivir» para luego sugerirse la realización de investigaciones médico-sicológicas destinadas a estudiarlos «individuos accidentógenos» (Exposito, 2006: 14-16). Por otra parte, en una investigación sobre la seguridad en la industria de la construcción que fuera presentada en uno de los Congresos de la Asociación de Estudios del Trabajo de la Argentina (ASET), las «actitudes favorables a la seguridad» fueron definidas por el experto a cargo de la exposición como «aquellas que predisponen a comprender la existencia de unos riesgos, así como a comportarse de forma adecuada a unos procedimientos preventivos» (Machado Susseret, 2007: 24).

Además de los discursos expertos, las estrategias de salud y seguridad que desarrollan las grandes empresas suelen estar organizadas sobre la presuposición de que los accidentes son causados por comportamientos inseguros de los trabajadores. De allí la popularidad de la que gozan los «registros de actos y condiciones inseguras». Las autoridades que se desempeñan en diferentes compañías convergen en sostener que el problema solo reside en los trabajadores. Así lo expresaba un especialista que se desempeñaba en SHELL Argentina, en el marco de una obra colectiva, de la que participaron autoridades representativas de diversos sectores:

A pesar de todo lo que se gasta, la experiencia indica que el principal factor de accidente sigue siendo el error humano [...] Por lo tanto, en todo lo que es prevención, no es lo prioritario aprender primeros auxilios, sino trabajar sobre los actos inseguros (Cianis, 2002:58).

Una racionalidad idéntica motiva las acciones preventivas desarrolladas por la metalúrgica ACINDAR, tal como surge de su reporte de seguridad: «Observando que la mayor parte de los accidentes son por actitudes personales se organizó junto al Instituto Argentino de Seguridad (IAS) una serie de cursos con temáticas dirigidas al comportamiento personal» (Acindar, 2006).

Por otra parte, cuando a pesar de la implementación de novedosos programas de salud y seguridad, las autoridades constatan que los accidentes continúan produciéndose, no dudan en atribuir los fracasos a la «alta incidencia del comportamiento inseguro, por apuro, distracción o presiones», como lo señalara el gerente de seguridad de la empresa QUILMES Argentina (Pagliotti, 2007).

Pero no solo los discursos expertos y las prácticas empresariales cobijan maneras de pensar que tienden a culpabilizar a los trabajadores. Las mismas también se alojan en las prácticas burocráticas y estadísticas desarrolladas desde el Estado. Así, hasta el año 2003, el formulario utilizado por la Superintendencia de Riesgos de Trabajo para denunciar los accidentes incluía el campo «actos inseguros».

Esta manera de pensar (que de manera directa o indirecta responsabiliza a los trabajadores por los accidentes) bascula hacia intervenciones preventivas que atienden a la repetición de incidentes, actitudes y comportamientos inseguros, así como a incentivar económicamente la reducción de los accidentes.

Consideramos, no obstante, que esa clase de discursos no son totalmente contemporáneos, sino que en ellas reverberan ideas que se problematizaron en otros períodos históricos bajo

la rúbrica del «factor humano». En el apartado siguiente exploremos el contexto en el que dicha teoría hizo su aparición en Argentina.

## **El «descubrimiento» del factor humano: «la verdadera causa es el “hombre” mismo»<sup>10</sup>**

En Argentina, el concepto de *accidente de trabajo* comenzó a esbozarse hacia fines del siglo XIX, en diferentes ámbitos de pensamiento y acción: el derecho, el seguro privado, la higiene social y los estudios sico-fisiológicos sobre el trabajo. Todas estas miradas convergían en atribuir su producción a una serie de «leyes objetivas», verificables en el plano estadístico y/o en el cuerpo de los trabajadores. En esos discursos, la conducta humana no desempeñaba, prácticamente, ningún papel.

Los años que siguieron a la finalización de la Primera Guerra Mundial estuvieron caracterizados, por el contrario, por el protagonismo atribuido al factor humano en la explicación de los accidentes. Esta noción apareció al interior del movimiento sicotécnico,<sup>11</sup> en el contexto de su polémica con el taylorismo (Rabinbach, 1992). Siendo el hombre un «aparato sico-fisiológico» que estaba en el «centro del trabajo» (Bosch, 1927:399), se consideraba un «error» que el mismo se estudiase solo desde un punto de vista mecánico, soslayándose el «factor psicológico» (Palacios, 1935: 54). A diferencia del estilo «frío» e «inhumano» del taylorismo, la noción de factor humano tenía una connotación «cálida», que invitaba a aproximarse a los problemas de la industria de manera integral. Además de esas razones epistémicas y políticas, su descubrimiento fue, en gran medida, la respuesta a un «problema práctico de eficiencia» (Urbandt, Francone y Novarini, 1947:48): ¿cuál era la causa de los accidentes?

10 Boccia (1947: 2441).

11 La misma designa, desde los primeros años del siglo XX, estudio analítico de las diversas aptitudes que el hombre utiliza en cualquier forma de actividad (Fingermann, 1954).

Mientras en las experiencias europeas y estadounidenses esa inquietud provino directamente del sector industrial, en el caso argentino la vemos despuntar y crecer en el campo experto,<sup>12</sup> el cual mantenía, no obstante, fluidas relaciones con aquel.<sup>13</sup>

Al igual que en Europa, «el factor humano» fue el nombre que los expertos locales dieron a una «preocupación» (Cohen, 1998) que, al ser movilizada para pensar los accidentes, involucraba una pluralidad de motivos. Por un lado, expresaba el objetivo biopolítico (Foucault, 2002) de conservar el «capital humano» de la nación. Se trataba, claro está, de reducir las pérdidas económicas ocasionadas a la industria. Pero, asimismo, existían un conjunto de razones políticas en juego. Dicho concepto designaba el problema que los hombres significaban para la industria, en virtud de la dosis de incertidumbre, error, desorden y perturbación que introducían en ella. Al mismo tiempo, era «factor humano» el nombre que se asignaba a su «solución», ya que solo conociendo más y mejor los intrincados enigmas de la subjetividad, sería posible eliminar o neutralizar su influencia.

Una vez que esa preocupación cobró forma, el discurso sobre los accidentes quedó organizado en función de una división binaria, que distinguía y oponía causas «objetivas» y «subjetivas», «externas» de «internas», «mecánicas» de «humanas», «técnicas» de «psicológicas», «materiales» de «personales». Desde sus primeras apariciones, el factor humano comportó un lenguaje que permitió actualizar, en el mundo industrial, las antiguas dua-

---

12 Esto es independiente del hecho de que en algunas grandes empresas comenzaron a desarrollarse campañas de prevención contra los accidentes desde la década del '20, que incorporaban las consignas y estrategias procedentes de los Estados Unidos.

13 Ese vínculo era particularmente estrecho con los especialistas en higiene y seguridad, y en menor medida con los médicos, tal como surge de las publicaciones de tres instituciones pioneras en la divulgación de información relativa a los accidentes de trabajo y el desarrollo de campañas de prevención: la Sociedad de Medicina del Deporte y del Trabajo (1934), el Instituto Técnico de Accidentes de Trabajo (1937) y el Instituto Argentino de Seguridad (1940).

lidades que atraviesan la historia del pensamiento occidental: cuerpo y espíritu, técnico y social, etc. (Cohen, 1998).

Una de las particularidades de esta matriz discursiva es que otorgaba un mayor peso explicativo a las causas «humanas» que a las «técnicas», el cual se verificaba en el plano estadístico. En este sentido, una asunción común en la literatura que los saberes del trabajo produjeron en las décadas de 1940 y 1950, era que el porcentaje más alto de infortunios se debía a las deficiencias, negligencias, desatenciones e ineptitudes de los trabajadores. Ni siquiera la escasez de datos relativos a los accidentes que caracterizaba la realidad argentina<sup>14</sup> impidió que los expertos se aventurasen a ponderar numéricamente aquel enunciado.

Para ello echaban mano a las cifras que provenían del Consejo de Seguridad Nacional de los Estados Unidos. Esos «grandes números» afirmaban que el 70% de los accidentes eran evitables y que solo el 30% se debían a causas mecánicas (Pochat, 1941; Medicina del Trabajo, 1944). Una fuente relevante de datos, esta vez de carácter nacional, era la Dirección de Sanidad del Ejército (Bó, 1953). También circulaban «números privados», elaborados por los establecimientos industriales de cierta importancia, o bien por alguna de las instituciones técnicas que prestaban servicios a las empresas, y que comenzaron a organizarse desde los años '40, tales como el Círculo Argentino de Estudios sobre la Organización Industrial (Kaplan, 1958). Otra fuente, más directa e incierta, estaba dada por la «observación personal de los médicos de las fábricas» (Cabassi, 1944: 144).

De todas maneras, no faltó quien pidiese «prudencia» frente a la utilización de aquellos números, considerando que ninguna «empresa aseguradora o patronal» tomaba en cuenta las circuns-

---

14 El Departamento Nacional de Trabajo, creado en 1907, producía estadísticas sobre accidentes pero las mismas no contaban con las desagregaciones necesarias para distinguir entre causas “objetivas” y “subjetivas”. Transferidas sus funciones a la Secretaría de Trabajo y Previsión (1946), ya hacia 1947 se dejaron de elaborar estadísticas sobre accidentes.

tancias personales o psicológicas que rodeaban al accidente; que el punto de vista desde el que se elaboraban los informes estadísticos era el de la indemnización (Bó, 1953: 648) y que se carecía de métodos estadísticos uniformes, que permitieran comparar las cifras dentro y fuera del país (Bó, 1953: 657).

Ya hacia la década del '50, en el contexto del primer peronismo (1946-1955), algunas voces comenzaron a cuestionar la preeminencia explicativa atribuida parsimoniosamente al factor humano. Es posible que la ampliación de los derechos de los trabajadores y la generalización, entre los expertos, de las ideas de la «justicia social» y la «dignidad del trabajador», hayan favorecido la aparición de esas críticas; pero tampoco deben descartarse motivos más mundanos, ligados con las prácticas de gobierno de la seguridad en las industrias. Así, Germinal Rodríguez (1951: 403), una autoridad muy reconocida en materia de medicina social, se refirió a la «falacia del 15 a 85 por ciento». Advirtió que la enorme diferencia entre la proporción atribuida a las causas técnicas y humanas podía constituir un pretexto para que los empleadores no invirtiesen en la modificación de las condiciones peligrosas. Asimismo, desde la Dirección de Sanidad del Ejército se defendía la idea de que la causalidad de los accidentes se repartía de manera pareja entre factores mecánicos y otros atribuibles al hombre (Bó, 1953: 649).

Más allá de esos cuestionamientos, hasta bien entrada la década de 1960 el factor humano asumió un «poder causal inagotable y polimorfo» (Foucault, 2002: 82), el cual se tradujo en la creciente visibilidad que adquirieron los «descuidos», las «imprudencias», la «temeridad», el «desgano» en la explicación de los accidentes (Urbandt, 1933: 10; Clusellas, 1941: 466). Pero todas esas variaciones de la «torpeza» constituían un síntoma de problemas más profundos, eran la «punta del *iceberg*» de complejos procesos causales que debían ser puestos de manifiesto. Como señaló lúcidamente un médico del trabajo, la fórmula de la «falta de atención» solo llenaba un hueco en el casillero de estadísticas. Para hacer una estadística «más conforme con la

realidad» (Cabassi, 1944: 145-146) era necesario indagar en las causas reales de la desatención.

Una primera respuesta, apuntaba, como veremos en el apartado siguiente, al problema de la ineptitud.

## **La ineptitud como causa de los accidentes**

La Constitución Nacional Argentina, aprobada en 1853, establece (como otras de inspiración liberal), que todos los individuos son iguales ante la ley. La explicación «psicológica» de los accidentes venía a echar por tierra esa ficción jurídica: tal como lo demostraban los hallazgos de la psicología experimental, los individuos «no eran iguales», ni para combatir en las guerras, ni en las situaciones escolares, ni en la actividad de trabajo. La idea de que los sujetos poseían diferentes aptitudes seducía profundamente a los divulgadores y practicantes locales de la sicotécnica. Ellos confiaban en que el conocimiento y la medición de las aptitudes individuales —mediados por la implementación de diversos tests— permitirían seleccionar a los trabajadores más adecuados para cada ocupación. El objetivo que perseguían esas acciones era aumentar la eficiencia en el trabajo. Pero, allí donde los dispositivos de seguridad resultaban insuficientes para suplantar la acción humana y el error podía llegar a ser fatal (como en el caso de conductores de vehículos, tranvías, etc.), la selección profesional tenía una función preventiva. Como señalaba de manera elocuente Kaplan (1953: 211): «para determinadas tareas, específicamente peligrosas [...] es casi imprescindible el examen prolijo de aptitudes tales como la atención, la capacidad de reacción o la emotividad, descartando todo individuo que no presente un armónico y suficiente desarrollo de esas aptitudes».

Entre la evaluación de aptitudes y juicios relativos a la evitación de accidentes mediaban una serie de pronósticos, que se asentaban sobre conceptos sico-estadísticos y se proferían en diversos momentos de las trayectorias educativas/profesionales de los individuos, articulándose en prácticas de «orientación» (es-



colar, de los aprendices, etc.) y «selección» profesional. Si la «selección científica» de los obreros prevenía los accidentes (Corti Maderna y Brie, 1944: 152), la «vocación» descubierta mediante los test de orientación también constituía un poderoso antídoto contra ellos: «el obrero con vocación natural para su trabajo será más hábil y no sufrirá tan fácilmente de accidentes de trabajo» (Sagarna y Jesinghaus, 1923: 334).

El prestigio del que gozaban, durante las décadas centrales del siglo XX, las explicaciones que vinculaban los accidentes con las características de la personalidad de los trabajadores, hizo que la «selección profesional» cobrase una inusitada relevancia tanto en el ámbito del Estado como de la industria. Así, la evaluación con métodos psicotécnicos de más de 12.000 conductores de vehículos colectivos de la Corporación de Transportes de la Ciudad de Buenos Aires, había traído aparejada, en la opinión de un reconocido sicólogo, una disminución de los accidentes de tránsito (Fingermann, 1954). Asimismo, algunas empresas en las que se habían realizado, durante la década de 1940, exámenes a sus conductores de vehículos (ESSO, Duperial, Alpargatas, etc.) habían informado acerca de la coincidencia entre los resultados de esas pruebas y la accidentabilidad (Kaplan, 1951: 388).

Es importante señalar que, tal como lo entendía Gregorio Fingermann, una de las autoridades emblemáticas del movimiento sicotécnico en Argentina, el concepto de aptitud era «amoral», esto es, estaba desprovisto de toda valorización ética. Esta clase de consideración no impidió que la evaluación de aptitudes fuera utilizada para privar a ciertos individuos de oportunidades laborales y excluirlos «a priori» del mercado de trabajo. Así, entre las «causas» de los accidentes los expertos anotaban, directamente, «falta de aptitud profesional» (Zanzi, 1947: 1264).

Tampoco la convicción de que la aptitud designaba algo del orden del «hacer» y no del «ser», una «capacidad de realización» (Fingermann, 1954: 56), impidió que los tests psicotécnicos fue-

ran contaminados, como veremos en el apartado siguiente, con la pretensión de identificar a «individuos accidentables», ni que la semántica de la «ineptitud» se entremezclara con aquella de la «predisposición».

## **Las múltiples facetas de la predisposición a accidentarse**

En los intentos por dar respuesta al interrogante relativo a la causa de los accidentes uno de los conceptos que con mayor insistencia aparecía, era el de «predisposición». Promediando la década de 1940, todo el mundo hablaba en Argentina de los factores que predisponían a los accidentes. El empleo de esta noción, procedente del campo de la medicina, estuvo asociado con la recepción y el entrecruzamiento de tres tradiciones diferentes: la biotipología, la psicología experimental en sus vertientes alemana y anglosajona, y la medicina sicosomática estadounidense.

### ***La predisposición a accidentarse como un rasgo de la constitución individual. La mirada de la biotipología***

Una de las vías a través de las cuales la idea de que existía una «predisposición a accidentarse» ingresó y se divulgó en nuestro medio fue la de la biotipología.<sup>15</sup> Para esta mirada, la solución de los numerosos problemas que planteaba el trabajo asalariado residía en el adecuado conocimiento de cada individuo, es decir,

---

15 La biotipología fue la disciplina que se ocupó de la instrumentación práctica de la eugenesia de Francis Galton en el mundo latino (Vallejo, 2004). Creada en la Italia de la primera postguerra por Nicola Pende, en la Argentina su institucionalización llegaría en 1932 con la creación de la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, una entidad que se dedicaría a difundir las ideas procedentes de la psicotécnica tomista practica por el sacerdote jesuita y antisemita Agustín Gemelli. Para un mayor desarrollo respecto de la aplicación de la biotipología al problema de los accidentes de trabajo en la Argentina véase Haidar (2011).

en la determinación de la «constitución» o «biotipo» correspondiente a cada uno, entendido como la síntesis de cuatro dimensiones: el tipo morfológico o forma externa, el temperamento humoral y funcional, el carácter afectivo y volitivo, la inteligencia y la herencia individual. De ello dependía el descubrimiento de las aptitudes específicas para los distintos trabajos así como de las «diátesis», las predisposiciones morbosas ocultas que cada cuerpo portaba (Haidar, 2011: 318).

Uno de los cultores de esta forma de pensar en Argentina fue un prestigioso médico del trabajo, Donato Boccia.<sup>16</sup> En numerosos textos enfatizó la idea de que: «cada trabajador, por sus condiciones físico-psíquicas tiene una manera propia para reaccionar a las distintas sensaciones, pues la constitución individual o biotipo [...] predispone en una manera distinta a los accidentes del trabajo» (Boccia, 1938: 354).

Este médico creía (siguiendo a Agostino Gemelli) que, más allá de la acción de los factores exógenos o medioambientales, los accidentes dependían de causas internas o subjetivas, las cuales se articulaban en términos «identitarios» u «ontológicos». La accidentabilidad constituía, así, una regla para la objetivación del sujeto, en nombre de la cual se establecían prácticas divisorias, como estas:

Con respecto a la susceptibilidad para sufrir accidentes o capacidad de accidentalidad se puede encontrar por lo menos dos grupos de individuos. El primero está formado por hombres normalmente constituidos, tanto en su esfera somática como en su esfera síquica. Si alguno de ellos sufre un accidente, la investigación que se realice imputará, en un alto porcentaje de casos, la culpabilidad a la máquina u otras causas contingentes. El segundo grupo está

---

16 Donato Boccia era un médico ítalo-argentino formado en Italia en la escuela constitucionalista. Fue jefe del servicio de clínica del Hospital Italiano de Buenos Aires y comenzó a enseñar medicina del trabajo en 1934 en la Escuela Politécnica Biotipológica, convirtiéndose, con el tiempo, en una suerte de referencia local de esa disciplina (Haidar, 2011: 329).

constituido por individuos en los cuales ciertas desviaciones de la normalidad fisiológica o psíquica, los predispone a sufrir accidentes de trabajo (Boccia, 1947b: 2444).

Ciertamente, el medio fabril podía agravar, revelar o precipitar los estados anormales más o menos latentes (Boccia, 1935: 9-10), pero, en última instancia, los accidentes dependían de la personalidad de cada uno. Como se deduce fácilmente, esta explicación resultaba por demás de funcional para la reproducción capitalista, porque, según ella, las condiciones y el medio ambiente de trabajo solo desempeñaban un papel secundario en la generación de los accidentes. Como el problema residía en el hombre, los biotipólogos, al igual que los psicotécnicos, confiaban en que la solución se encontraba en el perfeccionamiento ininterrumpido de los test. La resonancia de la biotipología superó con creces el circuito de los adeptos, haciéndose sentir, asimismo, en los discursos que, sobre el trabajo, se ensayaban desde los campos de la política estatal (Urbandt, 1933), la asistencia social (Tallaferró, 1945) y la sicotécnica (Kaplan, 1952; Fingermann, 1954). Y, como veremos en el apartado siguiente, algunas de las teorías psicológicas en las que abrevaba esta última corriente no estaban muy alejadas de la concepción «ontológica» y «determinista» que los biotipólogos tenían de los accidentes.

### **La propensión a accidentarse como un rasgo psicológico: el aporte de la escuela de Karl Marbe y de los estudios anglosajones**

Hacia la década de 1920, tanto en Alemania como en Inglaterra, comenzaron a desarrollarse investigaciones en el campo de la psicología aplicada que, sobre la base de datos estadísticos y la realización de diversos tests, arribaron a la conclusión de que, sobre un colectivo de trabajadores, algunos individuos exhibían un «historial» de accidentes. Fue la constatación estadística de la repetición lo que condujo al psicólogo alemán Karl Marbe a afirmar, hacia 1925, que ciertos individuos manifestaban una

«propensión» a accidentarse (*unfallneigung*).<sup>17</sup> De manera simultánea, desde Inglaterra el sicólogo industrial Eric Farmer, también hablaba, por esos años, de una «propensión a accidentarse» (*accidentproneness*).

Esa noción de «propensión» o «inclinación» a accidentarse era, en principio, puramente estadística. Por debajo de esa constatación numérica latía el interrogante relativo a la «causa» de la repetición. En Inglaterra, las respuestas que se dieron a esa cuestión fueron divergentes. Mayor Greenwood e Hilda M. Woods sostenían —desde el campo de la epidemiología y la estadística— que algunos individuos tenían una «susceptibilidad» especial para los accidentes y hacían de esa característica un rasgo de la personalidad. De formación estadística, Ethel Newbold afirmaba, hacia 1926, que algunos trabajadores tenían una «tendencia personal» a sufrir accidentes. Su hipótesis era más ambiciosa aún: sugería que la gente que registraba «enfermedades menores» (*minordiseases*) tenía más probabilidades que el resto de reportar accidentes (Burnham, 2009: 63). Sin embargo, no se aventuraba a explicar de dónde provenía esa tendencia a incurrir en incidentes/accidentes.

Por el contrario, Karl Marbe, al igual que los biotipólogos, no vaciló en señalar que dicha propensión a accidentarse era el efecto o la expresión de un rasgo psicológico constitutivo de la personalidad; un rasgo innato y oculto que se imponía a los individuos que lo portaban.

Todos estos vocabularios teóricos circularon durante las décadas centrales del siglo XX en Argentina, y fueron objeto de una calurosa pero heterodoxa recepción. Tanto Boccia como Juan Kaplan<sup>18</sup> estaban al tanto de las investigaciones de

17 La tesis de J. Burnham (2009: 2) es que se trató de un «descubrimiento» o una «constitución simultánea» e independiente de una misma idea.

18 Figura reputada en el campo de la medicina del trabajo y la psicotécnica, Juan Kaplan creó un método propio de orientación y selección profesional que aplicó en numerosas instituciones públicas y privadas.

Newbold. Más profundamente, «adoptaron» la forma estadística, rigurosamente matemática, que asumía, para esa autora, la tendencia a accidentarse. Así, la definición de «predisposición» que aparece en los textos de Boccia (1947a) y de Kaplan se desprende de su obra:

De estas investigaciones [las de Newbold] surge, pues, el concepto de que la predisposición a los accidentes de trabajo es el conjunto de circunstancias que hace que entre un grupo de individuos, colocados en condiciones iguales de trabajo, algunos de ellos sufran mayor número de accidentes (Kaplan, 1953:207).

Pero, a diferencia de Newbold, no se contentaban con la constatación matemática de regularidades y repeticiones. De-seaban saber cuáles eran esas «circunstancias» que hacían que, *ceteris paribus*, algunos individuos se accidentaran más que otros. Conocedores del «estado del arte», tenían dos respuestas a su disposición, que adoptaron de manera combinada: la «solución de Marbe» (algunos individuos tenían una «estructura psíquica» que los inclinaba a accidentarse) y la «solución de la escuela biotipológica italiana» (la capacidad de accidentabilidad es un rasgo sicofisiológico anormal de orden constitucional).

Ello permite explicar, por ejemplo, que, para Boccia (1947b: 2444) la predisposición a accidentarse respondiera a «deficiencias orgánicas o funcionales de carácter físico o psíquico». Como, asimismo, que Kaplan sostuviera, con Marbe, que existían «individuos accidentables». Siguiendo esta lógica, en un texto publicado con posterioridad al golpe de Estado que en 1955 derrocó al gobierno peronista, nos topamos con el siguiente enunciado: «hay individuos predestinados a sufrir accidentes de trabajo» (Kaplan, 1958).

«Practicante» y predicador de la sicotécnica, la atracción que las ideas provenientes de la «Escuela de Marbe» ejercieron sobre este último puede explicarse por su intención de «sicologizar» la discusión sobre los accidentes de trabajo, así como por el objetivo de imponer, en el medio industrial, sus propios métodos de selección profesional.

Además de la psicología, otra disciplina se aventuraría, hacia mediados del siglo XX, a proferir juicios de accidentabilidad, como veremos en el apartado siguiente.

### ***La predisposición «sicosomática» a accidentarse***

Los años '50 sumarían a la problematización de los accidentes un nuevo vocabulario teórico: el de la medicina sicosomática estadounidense. Las huellas de esa perspectiva se hicieron sentir con particular intensidad en el ámbito de la medicina del trabajo, la psiquiatría y el movimiento de la higiene mental. En esta dirección, mientras en 1938 y 1947 Boccia tituló a sus obras *Medicina del trabajo* y *Tratado de medicina del trabajo*, el título escogido para su producción intelectual en 1953 es *Medicina psicosomática y medicina del trabajo*; lo cual da cuenta del rumbo «sicosomático» que asumió esta disciplina hacia mediados del siglo XX.

Investigando sobre las causas síquicas de ciertas dolencias corrientes (trastornos cardíacos, diabetes) hacia 1930 Dunbar descubrió la existencia de una «determinación psíquica» a accidentarse. Uno de sus aportes principales consistió reconceptualizar la idea de «propensión» para hablar, hacia 1939, de un «hábito de accidentarse».

Pensar la tendencia a accidentarse como un «hábito» fue el resultado de focalizar la atención sobre el historial de accidentes de las personas, es decir, sobre la repetición. Recuperando esta última idea, M. Knobel (1952: 118) un psiquiatra dedicado a los «problemas de la industria», nos recuerda que, según Dunbar, «las personas que tienen la peor historia de accidentes en el trabajo detentan las cifras más elevadas de accidentes en su hogar o en cualquier otra parte».

Lo que hizo la medicina sicosomática fue arrastrar las dimensiones emocionales (hasta entonces relativamente desconsideradas) a la «zona explicativa» de los accidentes, los cuales podían explicarse en virtud de un complejo escondido de culpa,

o de un resentimiento asociado a un fundamental deseo reprimido para la acción violenta.

Un conjunto particular de condiciones hizo que este enfoque «sicosomático» fuera atrayente para los especialistas argentinos. Una de ellas era que integraba los aspectos somáticos y síquicos de una manera muy afín a como lo hacía la biotipología. Las dos ramas tenían en común que proporcionaban una «visión sintética del “cuerpo” y de la “mente”» (Boccia, 1952: 4667).

Luego, la medicina sicosomática permitía desagregar aún más el «factor personal» de los accidentes, que nunca estuvo reducido, en Argentina, a la dimensión síquica. Esta mirada arrastró al campo de interrogación toda una serie de elementos que concernían a «la vida del obrero fuera de la fábrica» (Pereyra, 1954: 266) pero repercutían sobre el trabajo, entre otros: las «condiciones de la vida familiar»—vivienda, higiene, alimentación, reposo— (Lannardone, 1944: 195) y las condiciones morales, relativas a una «vida moral sana y completa, sin complicaciones» (Pereyra, 1954:270).

Finalmente, había algo de la explicación «sicosomática» de los accidentes que la colocaba en la misma familia de las teorías de la propensión/predisposición y era el hecho de que, al igual que estas, depositaba una particular atención sobre la repetición.

Pero la semántica de la predisposición no fue la única disponible para pensar los accidentes. Otra clave de inteligibilidad estuvo dada, como veremos en el apartado siguiente, por la noción de «acto inseguro».

## **Los accidentes como consecuencia de «actos inseguros»**

A la mirada que la sicología, la biotipología y la sicotécnica proyectaron sobre los accidentes debemos sumar aquella pro-



veniente del ámbito de la ingeniería. Entremezclada con la idea de predisposición, desde los años 1940 circulaba en Argentina la «teoría del acto inseguro». Formulada en la década de 1930 por el ingeniero estadounidense Herbert William Heinrich,<sup>19</sup> esa noción ocupó un lugar en el ámbito de la medicina del trabajo pero su mayor incidencia se dejó sentir en el campo de la «higiene y seguridad», entre aquellos hombres con fuerte vocación «técnica» y que se desempeñaban en el «terreno».

El vocabulario de aquella teoría llegó asociado, en Argentina, a toda una serie de experiencias y consignas prácticas, más precisamente, a las campañas de seguridad que, bajo el lema *Safety First* desarrollaron en Estados Unidos diversos sectores de la sociedad civil.

La particularidad que tenía es que permitía integrar, en la explicación de los accidentes, una multiplicidad de dimensiones, que se vinculaban según un modelo de «encadenamiento». Heinrich aportó a la problematización de la seguridad un esquema gráfico y una metáfora (por demás exitosa) para pensar la causa de los accidentes: cinco fichas de dominó, colocadas consecutivamente en forma vertical, representaban los factores que condicionaban el siniestro. Este ocupaba el lugar de la «última pieza del dominó», que se desplomaba, por un efecto mecánico-transitivo, al caerse alguna de las piezas anteriores.

Varios factores intervienen cuando ocurre una lesión por accidente [...] El técnico Heinrich ha comparado esos factores a varias piezas de dominó paradas de punta, de manera que si una de ellas es volteada, hace caer a las demás sucesivamente. El siniestro es la pieza de dominó final[...] Precediendo al acaecimiento o suceso que produce el siniestro, hay, en todos los casos, o bien un acto inseguro de una persona (tal como usar una lima sin mango, usar ropa suelta junto a la maquinaria, etc.) o una condición física o mecánica insegura (maquinaria no protegida, clavos salientes, una

---

19 H.W. Heinrich se desempeñaba en una compañía aseguradora, la Travelers Insurance Company, cuando desarrolló sus ideas respecto de la causa de los accidentes.

herramienta sin reparar, etc.) o ambas cosas a la vez (Rodríguez, 1951: 400).

Como leemos en la cita, la causa «inmediata» al accidente puede ser o bien una «condición insegura» o bien un «acto inseguro». A tono con el clima de la época, el ingeniero estadounidense juzgaba que el mayor porcentaje de accidentes se debían al segundo de aquellos factores, debiendo buscarse entre la desatención, la negligencia, la desobediencia a los reglamentos, el apuro o el descuido de los trabajadores.

Sin embargo, es importante señalar que, en esta teoría, el acto inseguro es siempre el «último eslabón», la «punta del iceberg», de procesos causales que son siempre mucho más complejos, y que involucran un eslabonamiento de distintas variables.

Al igual que las teorías que utilizan los conceptos de «propensión» o de «hábito» de accidentarse, en los planteos de Heinrich también se advierte una preocupación por el «detalle» y la «repetición». Así, en 1929, aconsejaba a los empresarios prestar atención a los accidentes que no habían causado daños porque mostraban los contextos en los que existía potencial para que se produjeran accidentes serios. Asimismo, sugería realizar exámenes detallados a los trabajadores que habían sufrido algún siniestro, con la finalidad de detectar que factores (como, por ejemplo, defectos en la visión) podían haber estado involucrados (Burnharm, 2009: 92-93).

## **Traiciones y yuxtaposiciones en la historia del factor humano**

Como surge de los apartados anteriores, la recepción de los diversos vocabularios que pusieron en discurso la incidencia humana en los accidentes estuvo dominada por un espíritu barroco. Frente a los desarrollos procedentes de otros contextos culturales, los expertos se desempeñaron, en gran medida, como acopiadores y divulgadores de teorías. Entre los enfo-

ques psicológicos, biotipológicos, sicosomáticos e ingenieriles existían, como vimos, importantes diferencias. Sin embargo, la inclinación a acumular, yuxtaponer y combinar los diversos vocabularios que exhibían los expertos tendió a morigerar las diferencias existentes entre ellos. Se generó así, un «efecto de coherencia» en virtud del cual todas las alusiones al factor humano involucaban, más allá de las distintas interpretaciones, la culpabilización del trabajador.

Ese proceso de recepción estuvo caracterizado, asimismo, por una significativa diferenciación entre el «momento de la teoría» y el momento de la «aplicación práctica». Así, aunque Kaplan (junto con otros autores) recurría, con fines explicativos, a las teorías psicológicas, se mostraba vacilante respecto de la eficacia que, para predecir la accidentabilidad, tenían los tests: «se han propuesto distintos tests, que pretenden pronosticar la “accidentabilidad” industrial, pero ninguno de ellos ha demostrado su valor práctico» (Kaplan, 1953: 211).

Todos los enfoques que describimos anteriormente dan cuenta de la tendencia (verificable desde la primera postguerra) a «sicologizar» la comprensión de los accidentes. Sin embargo, en Argentina, la formación médica de los especialistas hizo que el concepto psicológico de «propensión» a accidentarse fuera «filtrado» por la matriz conceptual médica, y por lo tanto reformulado (esto es: traicionado, deformado) en términos de «predisposición».

Este último término se utilizó de manera masiva, a la manera de un significant «depósito», en el que iban a decantar los diversos «factores» del «factor humano». Visibilizados gracias a la capacidad explicativa de los distintos aparatos teóricos en juego (así, la medicina sicosomática, la biotipología, etc.), o bien por la propia experiencia de los médicos de fábrica, esos múltiples «factores» solían conectarse con la ayuda del esquema del «encadenamiento» que proporcionaba la teoría de Heinrich.

Es importante destacar que los determinantes «psicológicos» nunca llegaron a eclipsar completamente a los determinantes «sociales». Esto debido a que quienes se interesaban por la salud y seguridad en las fábricas eran, en su gran mayoría, médicos y, aunque se desempeñaban como portavoces del saber «psi», exhibían una filiación con las tradiciones de la higiene y la medicina social. Una muestra clara de la relevancia atribuida a las condiciones sociales la encontramos en una de las declaraciones elaboradas en la Primera Convención de Médicos de la Industria, realizada en 1943, donde se afirmó que «el accidente de trabajo constituye un complejo que abarca en su faz médica y social [...] el amplio panorama que significa el pauperismo, bajos salarios, vivienda, nivel de vida, fatiga, enfermedades sociales» (Anales Primera Convención Médicos de la Industria, 1944: 39).

En sus diferentes manifestaciones, la atención hacia «lo social», permitía, sino eliminar, al menos disminuir la excesiva puntualización sobre el comportamiento del trabajador que caracterizaba a las teorías psicológicas. Una desfocalización semejante también fue inducida por las voces que, como vimos, criticaban la desproporcionada importancia que se atribuía a las causas psicológicas en la explicación de los accidentes, en comparación con las causas técnicas.

Uno de los saldos que dejó la consideración de los accidentes en términos de predisposición y de acto inseguro estuvo dado por la enorme importancia conferida a dos cuestiones: la repetición de los accidentes e incidentes y el registro de sucesos menores que —en la mentalidad de los especialistas— preanunciaban siniestros. Todos los vocabularios teóricos a los que antes nos referimos ponían énfasis en el «historial» de accidentes y convocaban a las autoridades a leer en los acontecimientos más insignificantes el «síntoma» de un problema mayor: la existencia, entre la población fabril, de individuos accidentables.

Esta invitación a tomar nota de la repetición y a observar el detalle no pasó desapercibida entre los especialistas argentinos. Por el contrario, se integró a las prácticas y mecanismos de gobierno de la salud y la seguridad que se desplegaban en diferentes espacios, tanto públicos como privados. Así, el formulario que se empleaba en los Arsenales del Ejército en el marco del procedimiento de investigación de accidentes, incluía, entre los datos a recabar, el «Nº de accidentes padecidos por el accidentado en los 3 años anteriores» y requería que las autoridades consignasen si el accidentado era «repetidor de accidentes (sí/no)» (Bó, 1953: 648). Asimismo, otra de las estrategias utilizadas por las empresas desde los años '20, consistía en premiar a los trabajadores o secciones que sufrían menos cantidad de accidentes en un tiempo dado (Giordano, 1943: 43; Lannardone, 1944: 197; Zanzi, 1948: 1339).

Más allá de su significación estadística, la repetición de los accidentes asumía para las autoridades de la época una significación moral *per se*. Así, que un individuo tuviera un «historial de accidentes» lo colocaba, casi automáticamente, en una zona de sospecha.

Pero, asimismo, la acumulación de errores e incidentes operaba como disparador para la organización de intervenciones en la escala de la población, destinadas a evitar «males mayores».

## Conclusiones

En este capítulo partimos de la inquietud por la persistencia, en algunos discursos y prácticas del presente, de reflexiones y técnicas que tienden a culpabilizar al trabajador de los accidentes de trabajo. Esa insistencia se manifiesta de diversas maneras: en primer lugar, mediante la repetición o la referencia —directa o indirecta— a vocabularios teóricos procedentes del pasado. Como señalamos en el primer apartado, todavía es frecuente la utilización del concepto de «acto inseguro» para explicar los

accidentes. Si bien dicha teoría fue criticada desde distintos ángulos, la «cultura dominante» en el mundo de la producción instauró que los actos inseguros son la causa de los accidentes, es decir, que los trabajadores son los culpables de sus propios accidentes (Rodríguez, 2005: 344). En cambio, la noción de predisposición registra una utilización muy marginal, y la idea de que ciertos individuos poseen un «hábito de accidentarse», directamente, no aparece.

En segundo lugar, esa persistencia se expresa en la intensificación y profundización de estrategias de prevención que se nutren de dos preocupaciones en las que resuenan discursos del pasado: la inquietud por la repetición de los accidentes en un individuo o grupo y el registro minucioso del detalle de actos y actitudes inseguros que «preanuncian» males mayores. Asimismo, se advierte una continuidad en el uso de la incentivación monetaria con la finalidad de reducir los siniestros.

Sin embargo, el hecho de que las prácticas —discursivas y no discursivas— del presente pongan en movimiento formulaciones anteriores, no debe conducir al error de pensar que las mismas son idénticas a aquellas del pasado. Ello por una multiplicidad de razones.

En primer lugar, porque, en la coyuntura contemporánea, hay enunciados que (en virtud de motivos tanto epistémicos como políticos) difícilmente pueden ser retomados y reformulados. Científicamente, la idea (que gozó de gran predicamento durante las décadas centrales del siglo XX) de que existen «individuos accidentables» o que algunos trabajadores poseen el «hábito de accidentarse» resulta, en la actualidad, inaceptable.

En segundo lugar, si bien en el presente se han retomado temas ya abordados en reflexiones del pasado, los conceptos que se emplean para pensarlos e intervenir sobre ellos son distintos. Si hasta mediados del siglo XX la «vida del trabajador fuera de

la fábrica» designaba un conjunto de variables que los expertos agrupaban en el concepto de «predisposición» o entendían como «factores del factor humano», hoy dichas dimensiones son organizadas con la ayuda del operador «estilo de vida». Este último, a diferencia del concepto de predisposición, no designa nada del orden de la determinación (psicológica o somática). Connota, por el contrario, un conjunto de elecciones susceptibles de ser «educadas» y «reorientadas», atinentes a la alimentación, el uso del tiempo libre, la realización o no de actividad física, etc.

En tercer lugar, si bien hay enunciados que, procedentes del pasado, resuenan y son reformulados en el presente, las condiciones en que tienen lugar esos actos de enunciación son divergentes; lo cual imprime variaciones en su funcionamiento. En este sentido, la transformación más relevante que el enfoque sistémico produjo sobre el gobierno de la salud y seguridad laboral tiene que ver con la mutación del estatuto epistemológico del error humano. En lugar de «causas» de los accidentes, los errores y los actos inseguros asumen el estatuto de «síntomas» de la disfuncionalidad del sistema.

En cuarto lugar, es preciso señalar que las prácticas que gobiernan la seguridad en los lugares de trabajo persiguen objetivos estratégicos que en parte son iguales y en parte difieren a aquellos del pasado. Recordemos que, hacia 1920, frente al fracaso de los métodos técnicos, el descubrimiento del factor humano procuró hacer realidad la prevención. Pero, al mismo tiempo, ese hallazgo funcionó como condición de posibilidad para el desarrollo de estrategias de control social. En Argentina, al igual que lo destaca Cohen (1998) para el caso francés, la noción de factor humano fue movilizadada con una intención reactiva, con el objetivo de apaciguar los conflictos sociales. Es menester observar, en esta dirección, que todas las campañas de higiene y seguridad que emprendía voluntariamente alguna empresa, eran destacadas desde las editoriales de *Revista de medicina del deporte y del trabajo*, como acciones que «satisfacían» a los

obreros, reduciendo así las razones para el descontento social (las huelgas, boicots, etc.).<sup>20</sup> Además del control social, existían, claro está, razones económicas, ya que los accidentes ocasionaban costos a la industria.

En la actualidad, la problematización del factor humano (sea bajo la semántica de los «actos inseguros», el «error humano» o las «distracciones») parece cumplir la misma función que tenía a comienzos de siglo XX: explicar porqué los accidentes continuaban sucediéndose a pesar de la implementación de sofisticados dispositivos de seguridad. Claro que, si entonces se le atribuía la mayor relevancia causal, hoy, por el contrario, el peso que se le asigna tiende a ser marginal. Así, «lo humano» procura dar cuenta de la accidentabilidad residual, o bien es el motivo al que se recurre para cubrir situaciones de incertidumbre. De todas maneras, no es posible desconocer el hecho de que su tematización eclipsa la incidencia que, en la producción de accidentes, tienen los procesos de trabajo.

Ciertamente, las diversas modulaciones del factor humano (acto inseguro, predisposición, hábito de accidentarse, etc.) han perdido peso explicativo y han sido reemplazadas por otras, tales como las «fallas organizacionales» o los «defectos sistémicos». Pero, aún criticados y resignificados, operadores tales como la «distracción» y el error» permanecen activos. Frente a esa persistencia, es válido preguntarse si ellos son, efectivamente, el enemigo a combatir y erradicar o si, por el contrario, funcionan como el soporte para el ejercicio del poder sobre la clase trabajadora, para la configuración de subjetividades cada vez más cuidadosas de sí y con ello, más eficientes.

---

20 Medicina del Deporte y del Trabajo publicaba en cada uno de sus números una nota especialmente dedicada a la acción médico social de un establecimiento industrial determinado.



## Referencias

- Acindar (2006). *Reporte de sustentabilidad 2006. Sección recursos humanos, seguridad y salud ocupacional*. Recuperado de: <http://www.acindar.com.ar>
- Aguilar, Paula, Gluzman, Mara, Grondona, Ana y Haidar, Victoria. (2014). ¿Qué es un corpus?. *Entramados y Perspectivas*, 4, 4, 35-64.
- Anales de la Primera Conferencia de Médicos de la Industria. (1944). *Anales de la Primera Conferencia de Médicos de la Industria. Primera Parte. Antecedentes, 1943*. Buenos Aires: Talleres Gráficos Index.
- Barry, Andrew, Osborne, Thomas y Rose, Nikolas. (1996). *Foucault and Political Reason*. London: UCL Press.
- Bazterrica, Juan Martín. (1970). Factor humano en seguridad. *Revista de Medicina del Trabajo*, 324-325, 140-143.
- Bó, Santiago F. (1953). Accidentes de trabajo. *Revista de la Sanidad Militar Argentina*, 4, 647-659.
- Boccia, Donato (1935). Constitución y orientación profesional. *Anales de Biotipología, eugenesia y medicina social*, 35, 9-10.
- Boccia, Donato. (1938). *Medicina del Trabajo*. Buenos Aires: Establecimiento Tipográfico de Guidi Buffarini.
- Boccia, Donato. (1947a). *Tratado de medicina del trabajo*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Boccia, Donato. (1947b). Seguridad Industrial. *Prensa Médica* 51, 2439-2448.
- Boccia, Donato. (1952). Higiene mental del trabajo. *Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo*, 4666.
- Boccia, Donato. (1953). *Medicina psicosomática y medicina del trabajo*. Buenos Aires: Alfa.
- Boccia, Donato. (1955). Medicina psicosomática y medicina del trabajo. *Medicina del Deporte y del Trabajo*, 150, 406-416.
- Bosch, Raimundo. (1927). La clínica del trabajo. *Santa Fe Médico*, 1, 397-404.
- Burnham, John. (2009). *A History of technology, psychology and mystifs of the machine age*. Chicago: University of Chicago Press.
- Cabassi, Eduardo. (1944). El factor personal en los accidentes de trabajo. En: *Anales de la Primera Convención de Médicos de la Industria. Primera Parte. Antecedentes, 1943* (143-149). Talleres Gráficos Index: Buenos Aires.
- Cianis, Roberto (2002). Hacia una evaluación de los riesgos y las enfermedades profesionales de la industria del petróleo. En: Panaia, Marta (Comp.). *Competitividad y Salud Ocupacional. Tres sectores críticos. Petroquímica, construcción, docencia*. Buenos Aires: La Colmena.

- Clusellas, Fernando J. (1941). Medicina Social del Trabajo. *La Semana Médica*, 8, 462-475.
- Cohen, Yves (1998). Lorsque le facteur humain paraît (1890-1920). *Lettre de la Maison Française d'Oxford*, 1, 59-78.
- Corti Maderna, César y Brié, Jorge. (1944). Educación física e intelectual del obrero para prevenirlo de los accidentes del trabajo. En: *Anales de la I Convención de los Médicos de la Industria. Primera Parte. Antecedentes, 1943* (151-153). Buenos Aires: Talleres Gráficos Index.
- Courtine, Jean Jacques (1981). Quelques problèmes théoriques et méthodologiques en analyse du discours, à propos du discours communiste adressé aux chrétiens. *Langages*, 62, 9-128.
- Exposito, Carlos. (2006). Prevención y seguridad en los ambientes de trabajo. *Revista de Seguridad*, 389, 14-16.
- Fingermann, Gregorio. (1954). *Fundamentos de Psicotécnica*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Foucault, Michel. (2002). *La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Giordano, Luis J. (1943). La profilaxis de los accidentes del trabajo. *Clínica del Trabajo*, 10, 38-40.
- Haidar, Victoria. (2011). Todo hombre en su justo lugar: la «solución» biotipológica al conflicto entre productividad y salud (Argentina, 1930-1955). *Salud Colectiva*, 7 (3), 317-332.
- Instituto Técnico de Accidentes de Trabajo. (1944). *Seguridad e Higiene Industrial*, 1, 25.
- Kaplan, Juan. (1951). Experiencias y resultado en psicotécnica industrial. *Boletín del Museo Social Argentino*, 52, 386-390.
- Kaplan, Juan. (1952). *Medicina del Trabajo*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Kaplan, Juan. (1953). *Medicina del Trabajo*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Kaplan, Juan. (1958). *La prevención de los accidentes de trabajo*. Facultad de ciencias médicas. Tesis de profesorado.
- Knobel, Mauricio. (1952). *Etiología del ausentismo*. Tesis de Doctorado Facultad de Ciencias Médicas.
- Lannardone, Carlos. (1944). Organización de la prevención de accidentes. En: *Anales de la I Convención de los Médicos de la Industria. Primera Parte. Antecedentes, 1943* (195-202). Buenos Aires: Talleres Gráficos Index.
- Machado Susseret, Néstor. (2007). Condiciones y medio ambiente de trabajo en las empresas de mantenimientos de frentes edilicios pertenecientes al sector de la construcción marplatense. *Salud Ocupacional*, 100.

- Miranda, Marisa y Vallejo, Gustavo (Comps.). (2005). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Niño Escalante, José y Herrero Tejedo, Jorge. (2004). El error humano y el control de las causas de los accidentes. *Revista Mapfre Seguridad*, 24(94), 13-23.
- Pagliotti, Héctor. (2005). Sistema de gestión proactivo para el control de riesgos del trabajo de cervecería y Maltería Quilmes. En: *Semana Argentina de Salud y Seguridad en el Trabajo. Presentaciones 2004*. Buenos Aires: Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- Palacios, Alfredo. (1935). *La fatiga y sus proyecciones sociales. Investigaciones de laboratorio en los talleres del Estado*. Buenos Aires: La Vanguardia.
- Pereyra, Carlos. (1954). Conceptos psicossomáticos de profilaxis fuera del trabajo. *Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo*, 136, 266-271.
- Pochat, Roberto. (1941). Medicina del Trabajo. *Clínica del Trabajo*, 7, 5-10.
- Rabinbach, Anson. (1992). *The human motor*. Berkeley: University of California Press.
- Rodríguez, Germinal. (1951). *Servicio Social Industrial*. Editorial Universitaria: Buenos Aires.
- Rodríguez, Carlos. (2005). *La salud de los trabajadores: contribuciones para una asignatura pendiente*. Buenos Aires: Superintendencia de Riesgos de Trabajo.
- Sagarna, Antonio y Jesinghaus, Carlos. (1923). Proyecto de creación de un «Instituto Central de Orientación Profesional». En: *Congreso del Trabajo*. Santa Fe: Imprenta de la Provincia de Santa Fe.
- Tallaferrero, Amelia. (1945). Algunos comentarios sobre seguridad industrial. *Seguridad e Higiene Industrial*, 7, 19-29.
- Urbandt, Ismael, Francone, Mario Pablo y Novarini, Eduardo. (1947). La seguridad en el trabajo. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación*, II, 11, 45-69.
- Urbandt, Rafael. (1933). La medicina social y los accidentes de trabajo. *Anales de Biotipología, eugenesia y medicina social* 4, 10.
- Vallejo, Gustavo. (2004). El ojo del poder en los espacios del saber. *Asclepio*, LVI (1), 219-244.
- Zanzi, José C. (1947). Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. *Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo*, 59, 1263-1270.
- Zanzi, José C. (1948). Prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. *Revista de Medicina del Deporte y del Trabajo*, 60, 1337-1343.



# CUERPOS Y ALMAS PARA EL TRABAJO: la sicologización del asalariado en Colombia, 1958-1968

*Eugenio Castaño González<sup>1</sup>*

## Introducción

La consolidación de un proyecto de modernidad y desarrollo en Colombia durante la segunda mitad del siglo XX obedeció a la exaltación de una representación del bienestar y la domesticación del sufrimiento como parte de un propósito de normalización social. Se trataba de identificar los factores de riesgo y los focos patógenos, partiendo de la clara intención de regular las relaciones sociales y gestionar adecuadamente los trastornos sicosomáticos. A partir del siglo XIX la conceptualización sobre la salud también comenzó a apostar por una perspectiva orientada hacia la prevención. El mundo moderno no solo promovió los principios de individuación a partir de la emergencia del mundo burgués<sup>2</sup> sino que también suscitó una

---

1 Candidato a Doctor en Historia de la Universidad Nacional de Colombia.

2 Al análisis de los procesos históricos que favorecieron la emergencia del mundo burgués en occidente contribuye la consulta del número de *Elementos de metapolítica para una civilización europea* (s.f.) dedicado al pensamiento de Werner Sombart; los artículos de esta entrega giran en torno a una concepción del burgués como *homoeconomicus* moderno. Puede verse también, de Max Weber (1991), *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*.

nueva manera de abordar el cuerpo y la mente como objetos de estudio y realidades autónomas.<sup>3</sup>

El pensamiento cartesiano instauró el paradigma mecanicista, en el cual la anatomía humana comenzó a representarse como una máquina desacralizada en su realidad extensa y un alma visualizada en el pensar. Al hacer domeñables los dominios fisiológicos, al hacerlos capaces de ajustarse a los procesos de racionalización y los procedimientos técnicos, empezaron a sentarse las bases para el despliegue de las correcciones (Vigarello, 2001) a partir de la identificación de sus insuficiencias y precariedades (Vargas Vargas, 2007). De modo que, por un lado, la búsqueda por controlar el tiempo de los demás se instauró en un mecanismo fundamental para hacer más fluida y adaptable la mano de obra (Harvey, 2014; Thompson, 2012 y 1991); de otro, el factor tiempo en el trabajo se tradujo en una creciente presión psicológica y física que obligó a los individuos a adaptarse a un ritmo acelerado en respuesta a los dispositivos fabriles (Hopenhayn, 2001).

---

3 La historiografía alrededor del cuerpo se ha venido desarrollando en los últimos años como un campo de estudio bastante interesante, a la hora de desentrañar las configuraciones de la subjetividad moderna. Para tales efectos, durante el proceso de investigación se ha consultado una variedad de textos considerable alrededor del tema en particular. Algunos textos claves, que han sido abordados en este capítulo para comprender el tema de la corporalidad como objeto histórico de investigación, son: *Sociología y antropología*, de Mauss (1979), *Historia del cuerpo*, de Courtine (2006), *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*. Parte segunda, de Feher y Maddoff (1991), *La dimensión social y cultural del cuerpo*, Zapata Cano (2006), *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, Vigoya y Garay Ariza (1999), *El cuerpo in-cierto*, Matoso (2006), *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y la felicidad*, Pedraza (1999), *El cuerpo y la sociedad*, Turner (1989), *Representaciones corporales*, Torres Baquero y Munévar (2004), *El cuerpo. El problema del cuerpo*, Danto (2003), *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*, Le Bretón (1999), *La objetivación del cuerpo, un dispositivo de poder en las organizaciones*, Uribe (2006), *Deseos, cuerpos y ciudades*, Cortés (2005), *Educación, cuerpo, y ciudad. El cuerpo en las interacciones e instituciones sociales*, Moreno Gómez y Pulido (2007), *Variaciones sobre el cuerpo*, Serres (2011).

En razón de lo anterior, en el presente texto se pretende examinar la manera como se llevó a cabo un proceso de patologización de ciertos comportamientos del obrero y del movimiento sindical, en particular durante la segunda mitad del siglo XX. Este fenómeno coincidió con la emergencia y consolidación de una institucionalidad ligada a la práctica psicoanalítica a finales de la década de 1950 y durante toda la década de 1960.

En consecuencia, esta patologización tomó como punto de partida los planteamientos del médico José Miguel Restrepo a finales de la década de 1950, caracterizados por el lenguaje psicológico a la hora de analizar algunos asuntos ligados con el trabajo asalariado. También se examina desde el punto de vista histórico el artículo de los médicos Luis Gabriel Jaramillo, Enrique Valencia e Ireneo Rosie (1968), en el cual, a partir de un lenguaje psicoanalítico mucho más marcado, procuran patologizar los comportamientos de los obreros y las prácticas del movimiento sindical.

Así, este artículo comienza con un incipiente análisis contextual en torno a la configuración de una cierta ética del trabajo, estrechamente vinculada con una primera demarcación entre lo definido socialmente como normal y anormal. Luego de ello, el texto se despliega alrededor de la forma en que se fueron objetivando una serie de presuntas anomalías del obrero, además del abordaje de su intimidad psicológica y de los presuntos complejos que lo aquejaban.

## **La economía del tiempo productivo**

El anhelo de sistematizar e interiorizar la disciplina fabril, de hacer de la fábrica una casa de trabajo orientada hacia la moralización social, tuvo como telón de fondo la necesidad del cálculo, el deber y la templanza a través del estímulo financiero (Gaudemar, 1991). Semejantes propósitos se basaban en una idea de cierta aritmética moral ligada al desarrollo del mundo moderno, en la cual el trabajo se estableció en el soporte co-

tidiano del vínculo social, tal como lo resaltaban utopistas del siglo XIX como Charles Fourier. Se trató de una norma que cobró sentido como unidad de acción orientada hacia la previsión y la medida, al trabajo feliz y atractivo para los individuos. Ello condujo, de manera simultánea, a la configuración de un ideal de hombre social en cuyo ámbito familiar se trazó una demarcación en términos de lo normal y lo anormal, lo sano y lo enfermo (Dejours, 2009).<sup>4</sup> Esta polaridad se ubicó en un espacio en donde lo bueno y lo malo, el vicio y la virtud, lo enfermo y lo sano, fueron objeto de admiración, pero también capaces de despertar repulsión y desarrollar todo un arsenal de observaciones y sugerencias para el buen vivir desde el saber biomédico. Para ello se tornaba esencial medir la fuerza de los seres humanos, analizar los rendimientos de la actividad humana, empeño este apoyado en las teorías mecanicistas heredadas del pensamiento cartesiano<sup>5</sup> y de La Mettrie (1962). De acuerdo con lo planteado por Francois Vatin, fue Charles Augustin Coulomb (1736-1806), contemporáneo de Adam Smith, quien comenzó a plantear la necesidad de determinar la cantidad de acción que los seres humanos estaban en capacidad de proporcionar mediante su trabajo diario, lo que implicaba medir las capacidades comunes de un ser humano promedio para determinar qué trabajo podría llevar a cabo (Vatin, 2004).

De modo que, por un lado, el control sobre el tiempo de los demás se constituyó un mecanismo fundamental para hacer más fluida y adaptable la mano de obra (Harvey, 2014);<sup>6</sup> por otro

---

4 Véase también Donzelot (1981), Casado Galván (2009), Foucault (2005), De Gaudemar (1991), De la Mettrie (1961), Roldán (2010), Armus (2007), Rabinbach (1990), Morin (1984), Almeida (2006), Menéndez Navarro (2003, 2003a), Martínez Pérez (1994), Gallo Vélez (2010), Molina Londoño y Castaño Zuluaga (1988), Pohl Valero (2009, 2010), Vergara (2002), Buzzi et al. (2006), Levi et al. (1996), Sennett (2000) y Rose (s.f., s.f. a).

5 De acuerdo con Canguilhem (1994), Descartes planteaba que el alma indivisible se articulaba al cuerpo a través de la glándula pineal.

6 Véase también Thomsson (2012 y s. f.) y Weber (1991).



lado, el factor tiempo en el trabajo se tradujo en una creciente presión psicológica y física que obligó a los individuos a adaptarse a un ritmo acelerado por los dispositivos fabriles (Hopenhayn, 2001). El anhelo de sistematizar e interiorizar la disciplina fabril, de hacer de la fábrica una casa de trabajo orientada hacia la moralización social, tuvo como telón de fondo la necesidad del cálculo, el deber y la templanza a través del estímulo financiero (Gaudemar, 1991).

## **Las anomalías del obrero**

Para el caso colombiano, desde la primera mitad del siglo XX a los trabajadores se les exigió adecuarse a las necesidades de empresarios privados que requerían obreras y obreros dóciles, disciplinados y católicos (Arango de Restrepo, 2004; Reyes Cárdenas, 2005), que garantizaran la buena marcha de las empresas y el buen cauce de las fuerzas laborales del país por las sendas de la modernidad y del progreso. Si durante las primeras décadas de aquel siglo se experimentó un crecimiento de la industria nacional, fue durante la segunda posguerra cuando se acentuó dicha tendencia a través del proceso de sustitución de importaciones. Solo entre 1950 y 1960, según Henderson, la industria creció un 89.5% (Henderson, 2006). Por otro lado, si durante la primera mitad del siglo XX se desplegó una compleja red descriptiva alrededor de las neurosis, psicastenias, histerias, sicosis, entre otras nosografías, ligadas particularmente al esfuerzo acarreado por el desgaste intelectual de escritores, médicos, abogados, comerciantes, sacerdotes, maestros, periodistas, militares, policías, entre otros, a mediados de siglo y durante la segunda mitad del siglo XX se realizó un escrutinio mucho más detallado alrededor de las anomalías del obrero.

En general, el crecimiento del trabajo en los conglomerados fabriles, a mediados de aquella centuria, ocupó un espacio como proveedor no solo de oportunidades de realización y plenitud individual y familiar, sino que también supuso la designación de nuevas dolencias, indisposiciones, perturbacio-

nes en mentes antes tenidas como desprevenidas y sanas, pero que desde ahora ya no tendrían sosiego por las desigualdades laborales experimentadas en los lugares de trabajo (Restrepo, 1958). No se trataba solo de develar los secretos y oscuros problemas síquicos ocasionados por la ciudad, por la guerra en el caso de soldados y policías (Delgado, 1910), por el trabajo intelectual en el caso de escritores, maestros, periodistas, entre otros (Rodríguez Piñeres, 1898),<sup>7</sup> sino por la dinámica misma del trabajo asalariado. Por ejemplo, para José Miguel Restrepo parecía necesario que el individuo comprendiera los motivos o razones para las diferenciaciones sociales, además de estar dispuesto a hipotecar los mejores años de la existencia en busca de una preparación que capacitara mejor y garantizara el aprendizaje de muchos conocimientos. El acumulado de energía que poseía la juventud debía destinarse a producir dinero con base en un esfuerzo sostenido y responsable, evitando así lo que él definía como las «fogoneras indeseables» (Restrepo, 1959). De igual forma, aspectos atinentes a las relaciones interpersonales, la inconformidad con el salario, el disgusto por el ascenso de los compañeros a quienes no se estimaba, la dureza de algunos empleados para dar órdenes, fueron definidos como estímulos para que se fraguaran antiguas dolencias (Restrepo, 1959). Por lo tanto, se sacarían a relucir estos padecimientos que contribuirían en la merma de la capacidad laboral, por accidentes que en nada vulneraban, en apariencia, ni la anatomía ni la fisiología de órganos determinados.

De acuerdo con él, todas aquellas personas que se aburrían con las labores impuestas por la suerte o por las propias capacidades mentales, señalaban al trabajo como responsable de su estado de ánimo. Así, la presunta envidia de ver cómo a un compañero de trabajo le mejoraban su sueldo y la categoría del empleo u ocupación, tendría como consecuencia la indisposición con su trabajo. El pesar por el bien ajeno y la presunta pereza que daba el alejamiento del triunfo o mejoría personal,

---

7 Véase también *Neurosis*, de Uribe (1907).

provocaría la reducción de su actividad y el consiguiente deterioro de su mentalidad y su psiquismo (Restrepo, 1959). El propio proceso de proletarización que condujo a un sinnúmero de individuos a vender su fuerza de trabajo, condenándolos a ocupar un lugar subordinado y periférico en los centros urbanos, comportaba una serie de consecuencias psicológicas, según afirmaba Restrepo.

Las precarias condiciones económicas no harían sino confirmar unas condiciones espirituales que revelarían un alto grado de «deshumanización» (Restrepo, 1959: 623) en el individuo, por su incapacidad de desempeñar ciertas labores encomendadas. La inferior situación social podría suscitar el desequilibrio de su psiquismo, orientándolo hacia unas reacciones censurables. ¿Qué generaba semejantes escenarios? En realidad, no era tanto la privación en sí y en su materialidad exterior. Esta forma de categorizar e individualizar se reforzó por medio de una conceptualización (Ricoeur, 1996) que hizo énfasis en el propio acto de conciencia sobre aquella privación. Dicho en otros términos, había una notable diferencia entre la gente que vivía bajo condiciones de gran pobreza y la gente que efectivamente vivía su pobreza conscientemente y sufría por ello.

## **La intimidad psicológica del proletario**

En otro artículo de finales de la década de 1960 se advertía que el diálogo amistoso con los proletarios permitía intuir sus circunstancias anómalas a partir de sus expresiones explosivas (Restrepo *et al.*, 1968). La capacidad de lectura del comportamiento humano requeriría cada vez más una atención penetrante para adentrarse luego en los máximos reductos de la intimidad. En este tipo de abordajes las posiciones racialistas parecieron dejar paso a una amalgama de postulados psicoanalíticos que volcaron la atención sobre rasgos ocultos de la intimidad, ciertos secretos del yo que ofrecían la imagen de una subjetividad marcada por los afectos y la emocionalidad.

De modo que el individuo asalariado estaría caracterizado por una nerviosidad casi inherente a su condición, definiéndolo como sufriente de un intenso complejo de inferioridad (Jaramillo *et al.*, 1968). Así, pues, Restrepo *et al.* se apoyaron en un presunto corpus teórico desarrollado por autores como el político socialista y profesor de sicología social Herman de Man (1974), en su texto *Au-delà du marxisme*; el sicoterapeuta Alfred Adler (s. f.), con su texto *Le temperament nerveux*; Emmanuel Moinier (1974) y su *Traité du caractère*; Jean Lacroix (1965), *Force et faiblesses de la famille*; Étienne de Greef (1943), *Notre destinée et nos instincts*. Recurrir a categorías conceptuales como proletario, fuerza de trabajo y marxismo, para referirse a las carencias mentales de los trabajadores, no solo entrañó una cierta familiaridad con el vocabulario marxista a través de publicaciones como las de aquellos autores extranjeros, sino que también supuso una cierta visión alarmista respecto a la situación misma del trabajador colombiano, además de su fuerte potencial organizativo.

Fue este periodo de auge del dispositivo industrial el que consolidó un imaginario del movimiento obrero como objeto de sospecha y enemigo del progreso dentro de ciertos círculos económicos, políticos e intelectuales (Castaño González, 2015). Como telón de fondo se hallaba, por un lado, la creación del grupo psicoanalítico en Colombia, su reconocimiento internacional en 1959 con la consiguiente organización del Instituto Psicoanalítico ese mismo año, además de la creación de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis en 1961; pero, por otro lado, se observó un contexto social marcado por la consolidación del Frente Nacional, la ampliación de actores colectivos y el fortalecimiento del movimiento obrero durante la segunda mitad del siglo XX (Archila Neira, 2003). Con ello no se quiere incurrir en el análisis simplista de señalar al psicoanálisis, en su conjunto, como un cuerpo teórico y una burocracia institucional orientada a ejercer mecanismos coercitivos (Armus, 2002) sobre los trabajadores colombianos. De ninguna manera. Sería erróneo concluir que el cruce de fenómenos sociales y económicos con el auge de la disciplina psicológica y psicoanalítica

desembocó en la patologización del comportamiento obrero y sindical en Colombia. No obstante, para efectos de lo analizado en este capítulo, la coincidencia de estos dos hechos quizás permitió el fortalecimiento de una cierta sensibilidad social, cierta experticia que, para el caso particular del artículo mencionado de Jaramillo *et al.*, albergó la idea de brindar un marco explicativo desde lo mental para asimilar un fenómeno con capacidad de perturbar el *statu quo*.

A modo de ilustración, se hacía referencia a la forma como en una calle cualquiera, una mujer asalariada tendría más razón de volverse nerviosa que la esposa de un alto funcionario, en virtud de sus inhibiciones y evasiones. Incluso, en una conversación casual, el asalariado se irritaría con mayor facilidad por las desigualdades, mientras que los demás no las notarían (Jaramillo *et al.*, 1968). En este caso, la susceptibilidad frente a la desigualdad se constituyó en un signo clínico de nerviosidad y de múltiples complejos. Lo anterior revela cómo la reacción frente al escenario de desigualdad social se tornó en el único elemento de cautela por parte de este tipo de discurso psiquiátrico. Las inmensas expectativas frente a lo ofrecido por el desarrollo industrial en el país desvió la crítica del complejo marco social, volcando la atención sobre la psique de los individuos y su patológica incapacidad para amoldarse a su rol de obrero.

autores como Étienne de Greef en su libro *Notre destineé et nos instincts*, buscan el origen primario de las grandes reacciones proletarias de libertad, igualdad y justicia en los instintos inferiores del hombre. Un animal se defiende cuando le cogen las patas. Es propio de todo instinto el manifestarse en la conciencia bajo una forma tal que su legitimidad parezca indiscutible y de utilizar flemáticamente el lenguaje noble de la sabiduría. Por eso las reacciones proletarias, cuando se vuelven omnipotentes, desembocan en una esclavitud y regresión tales como se han mostrado en los resultados de las revoluciones (Jaramillo *et al.*, 1968: 624).

La naturalización de las desigualdades, la responsabilidad individual y la omisión de los múltiples condicionantes socia-

les, se vieron acreditadas, en este caso, por una verdad construida a la luz del registro psicológico. Bajo esta óptica, el anhelo de aquellos valores detallados en la cita anterior seguía los hilos de una naturaleza instintiva y definida como salvaje. Si bien se le reconocía al proletario el sentimiento de la igualdad y de la defensa de los derechos del hombre, detrás de ello se abría paso una fuerza primitiva mucho más peligrosa y oscura. Si se persistía en articular estos comportamientos sobre la base de una subjetividad definida como acomplejada, sería en la medida en que obligara a una mirada retrospectiva y ajustada a ciertos principios provenientes del psicoanálisis. Toda esta secuencia apuntaba a hacer un inventario de la conciencia de la niñez de estas personas. De manera similar a lo planteado por De Certeau (2003), se consideró lo patológico como región donde los funcionamientos estructurales de la experiencia humana se exacerbaban y se revelaron. Allí saldrían a la luz otros secretos que pretendían constatar una verdad detrás de su conciencia revolucionaria: deficiencia orgánica, la experiencia de pobreza en vestidos, fracasos escolares, enfermedades, poco amor por parte de los padres, separación de los padres (Restrepo, 2003).

La lista de hechos ligados a la niñez proletaria era bastante particular. El niño asalariado no era tan amado o mimado como el niño burgués que se encontraba en las calles de la ciudad o en la escuela. Todo sería menos hermoso y menos abundante: dulces y bocadillos, chocolates, juguetes que eran inaccesibles para ellos, además de vestidos, tiempo libre, alojamiento, comidas, vida de hogar, ternura. Esta evidencia irrumpió en medio de una lectura de la infancia sobre quienes eran definidos como acomplejados, al tiempo que se valió del psicoanálisis para reagrupar ciertos rasgos de la personalidad y luego patologizarlos (Restrepo, 2003). La infancia se erigió en una categoría de análisis esencial, ya que se representaba un periodo de la vida en el cual se formaba el carácter y se asentaban los rasgos psíquicos de los individuos. En el corazón de estos niños irrumpirían deseos por reprimir, así como rencores por camuflar bajo la máscara

del humanismo y la lucha de clases. Hacer de la biografía del obrero un espacio de exploración, en el artículo publicado por *Revista Colombiana de Psiquiatría*, permitió explorar una imagen turbia de la vida privada de este sector poblacional.

Se trataba de descubrir una huella profunda que respondiese a la necesidad de hallar respuestas y siquiatrizar sus prácticas. A diferencia de la sicastenia o la neurosis, orientadas a diagnosticar, particularmente, los efectos mentales del trabajo intelectual y ajustado a un cierto estatus social durante la primera mitad del siglo XX, o bien el fenómeno de la prostitución (Rodríguez y Martínez, 2002), alcoholismo (Santa Álvarez, 2015),<sup>8</sup> la sífilis (Montoya Santamaría, 1998) y la teoría de la degeneración y sus concomitantes efectos en la naciente población obrera, la consolidación del proceso de industrialización en Colombia durante la segunda mitad del siglo XX impulsó una serie de representaciones de carácter psicoanalítico que se incorporaron a las anteriores amenazas. Por consiguiente, la libertad efímera que le ofrecería la adultez, de acuerdo con aquella publicación de *Revista Colombiana de Psiquiatría*, le empezaría a mostrar otros horizontes de vida dentro de la ciudad. Todo ello en medio de unas relaciones sociales capaces de revelarle al sujeto trabajador un nuevo panorama estrechamente ligado a una infancia precaria y constituida en una zona llena de secretos y misterios por develar (Montoya Santamaría, 1998).

Así, pues, si para el caso de las neurosis, las sicastenias y las neurastenias, parecía existir un cierto hilo conductor en razón de los efectos mentales debidos a los esfuerzos efectuados en cierto tipo de profesiones, los complejos del proletario hacían visibles unos signos clínicos que no se respaldaban ya en la desmesura de un esfuerzo intelectual. Es decir, si en los primeros casos se reparaba en lo que las reflexiones profundas dentro del trabajo intelectual eran capaces de desatar en menoscabo de la produc-

---

8 Véase también *La ciudad en Cuarentena: chicha, patología social y profilaxis*, de Calvo Isaza (2002), y *El uso del tiempo libre entre los obreros*, Archila (1990).

ción nacional, en este último fueron los contenidos mismos de aquellas meditaciones los que se constituyeron en material de sospecha. También se convirtieron en el elemento idóneo para componer todo un caudal sintomatológico que albergaba cierta semejanza con los análisis realizados por Mantegazza (1888), traducido por Sanín Cano, respecto a las características de la neurosis, materializada a través de los anhelos de igualdad y fraternidad de la masa trabajadora a finales del siglo XIX. Sin embargo, en este texto no se advierte un grado tal de detalle a la hora de evocar las anomalías que presuntamente se ocultaban en las reivindicaciones de la masa trabajadora. Ni siquiera se advierte un lenguaje que remita de manera clara a las categorías de proletario o líder sindical, como sí se constata en el artículo referido de *Revista Colombiana de Psiquiatría*; los planteamientos de Mantegazza no entrañaban más que la figuración de la realidad italiana, aún distante del caso colombiano.

Si bien en las primeras categorías el efecto perverso en lo mental no se hallaba en la naturaleza misma de la labor desempeñada, sino en la incapacidad para establecer rutinas de reposo, en estos presuntos complejos fueron mucho más evidentes las conjeturas alrededor del tipo de trabajo. Se establecieron generalizaciones alrededor de las categorías ya referidas de *obrero*, *proletario*, además de la de *líder sindical*. La correlación entre la esencia del trabajo proletario o sindical con la anormalidad fue más estrecha en este último contexto, lo cual significó un descrédito más marcado para quien desempeñara estas labores. No obstante, en todos los casos el análisis del pasado jugó un papel esencial como sostén de las anormalidades a corroborar dentro de la biografía del trabajador. La diferencia estribaba en la forma de remontarse en el tiempo. En el análisis de los complejos de los trabajadores proletarizados jugaba un papel fundamental el examen de la familia sicologizada, a diferencia de los rasgos existentes de la familia eugenésica de comienzos del siglo XX.

En principio se valieron de los desarrollos teóricos de autores como Alfred Adler, disidente del psicoanálisis de Sigmund



Freud. Adler desarrolló la idea del complejo de inferioridad y el afán de poder incubados desde la infancia, en gracia a una educación inadecuada (Oberst *et al.*, 2004). En 1942 la revista *Temas* de la ciudad de Medellín dedicó un artículo al fenómeno de los complejos. Todo aquello que alejaba los pensamientos de las personas de los parámetros normales se podía definir como complejo, sin que se diesen mayores detalles para delimitar los bases epistémicas de lo que se definía como normal. Este tipo de padecimiento, disgregado en otro tipo de cuadros como el complejo de inferioridad, superioridad, religioso, además del complejo de enfermedad, parecía afectar primordialmente a las personas más sensibles e impresionables. Sin embargo, sus análisis no van más allá de la enunciación de algunos postulados generales, sin que se diese mayor atención a los fenómenos laborales (Anónimo, 1942).

Por el contrario, las observaciones de Jaramillo, Valencia e Ireneo son más ricas en detalles y más ajustadas a las diagnósticos de los obreros. Para ello recurrían al estudio de los antecedentes familiares con el fin de hallar, detrás de aquel complejo de inferioridad, la ausencia de amor entre los padres y los conflictos en la intimidad del hogar. La inclinación morbosa se veía reflejada en el hecho de observar a la madre fatigada por los embarazos, las preocupaciones, el trabajo, que no solo la hacía inestable y nerviosa, sino que entrañaba el potencial enorme de transmitir el mal a sus hijos. Por el lado del padre, este era visible cuando llegaba a comer, siendo beneficiado con las más jugosas porciones de alimento. El hijo proletario combinaría el miedo, recelo, resentimiento e irritación, con el amor hacia aquel. De allí que, según los autores del artículo, arraigara el deseo de liberación en la conciencia del niño proletario.

Desde aquel momento estaría en capacidad de manifestar a las figuras de autoridad como el capataz, el burgués, el sacerdote, los ricos y políticos, su dolorosa oposición a la soberanía paterna (Jaramillo *et al.*, 1968). La libertad entrañaría una liberación del padre y el ideal de igualdad escondería la necesidad de

una relación de hermanos. En síntesis, valiéndose de los autores extranjeros ya mencionados, el egoísmo, el instinto de conservación, el ideal de igualdad y de dignidad humana, la voluntad de poder y de compensación de traumas infantiles, la necesidad de liberarse de la autoridad severa de los padres, la agresividad contra toda autoridad bajo el ideal de la fraternidad democrática, se erigieron en una nueva armadura sintomatológica que fungió como correlato clínico para deslegitimar cierto tipo de efervescencia social de la época.

Lo anterior no intenta poner de relieve una mera recepción pasiva y vertical de un tipo de conocimiento psicoanalítico, efectuado por los autores del artículo. Más bien lo que pareció advertirse fue la necesidad de reapropiarse de estos saberes en procura de establecer un marco adecuado para comprender y hallar otro tipo de respuestas frente al crecimiento de la población obrera y de las expresiones sindicales. Para los autores del artículo en mención, los grandes dirigentes sindicales nacionales habían crecido, como todos los proletarios colombianos, marcados por estos complejos de origen infantil (Jaramillo *et al.*, 1968). Detrás de esta genealogía familiar se observa la consolidación de un saber psicoanalítico (Socarras, 1992), en este caso alrededor del sujeto señalado como proletario, como una forma de proscribir sus acciones a través de un sólido lenguaje que remitía a sus supuestas anomalías.

Los modelos políticos comunista y socialista fueron considerados programas que abrían un nuevo espacio de entendimiento para dilucidar la manera en que la pasión por la justicia y la igualdad ocultaban una serie de conciencias insatisfechas. De modo que aquellos grandes dirigentes influirían en la mentalidad obrera por sus obras, sus discursos respaldados en aquellos principios políticos, la prensa y las leyes sindicales, encontrando en cada «proletario» el eco de complejos que obsesionaban su conciencia (Jaramillo *et al.*, 1968). Tras ello se constató la intención de establecer, en este caso, una nueva verdad sobre el

presunto sentimiento de culpabilidad del asalariado. Los movimientos sindicales fueron incorporados dentro de esta red de señalamientos, dibujando un vasto panorama de traumas que debían saber encauzarse de manera adecuada y profiláctica. La protesta fue acusada de entrañar intenciones perversas que en nada parecían compaginar con las intenciones altruistas pregonadas. La relación del obrero frente al líder sindical fue vista como un síntoma más de aquel cuadro patológico marcado por una obediencia ciega al líder.

## **Los complejos del proletario**

Desde el punto de vista de Jaramillo, Valencia e Ireneo el obrero estaría envuelto en una red de complejos disgregados, clasificados, distribuidos y detallados por una serie de características que ponían bajo la lupa el sentido de la protesta y la movilización. La publicación describía, en primer lugar, el complejo de enajenación. En razón de esta presunta anormalidad se empezaría a imponer un primer signo del despertar de la libertad del individuo, una libertad riesgosa desde el punto de vista biomédico y empresarial. Además creería gozar de unas libertades cívicas, se creería políticamente libre e igual a los ricos. Pero sobre él se cerniría una realidad en donde, de hecho, no existiría una independencia tal para asuntos como, por ejemplo, elegir trabajo. Lo que se imponía eran unos contenidos concretos, expresados en sus propias necesidades, la salud, las diversas recomendaciones que le sugerían un oficio y una primera sensación de dependencia extrema. Esto último se veía reflejado en la forma como se esgrimía una amalgama de fenómenos que daban sustento a la necesidad de demostrar la minusvalía psicológica de este tipo de trabajadores. Así, su primera reacción estaría encaminada a sentir en torno suyo una arbitrariedad completa, un juego de preferencias o de favoritismos. La descripción se desplaza hacia un señalamiento en donde se lo identificaría como un niño, cuya mano tendría que ser guiada para escribir. Adicionalmente se padecería una total ausencia en la capacidad

de conducir su vida, en virtud de una supuesta confusión entre una libertad formal y la ausencia de libertad real (Jaramillo *et al.*, 1968).

El segundo complejo, el de la desposesión, fue descrito como una anomalía que giraba alrededor de una extraña sensación de creer que le estaban robando al trabajador afectado. El contraste entre la modernización de las casas de algunos individuos, cambio de automóviles, entre otros, contrastaría con la visión precaria de los equipos materiales pertenecientes a su propia familia, muebles, vestidos, medios de transporte. Es interesante notar cómo la descripción sintomatológica supuso la articulación entre un presunto padecimiento con la influencia negativa del pensamiento marxista.

Piensa también de una manera aún más exacta sobre el aumento de sueldo que hubiera podido tener, si el jefe hubiera reservado menos beneficios para sí mismo. Que reciba entonces un sueldo más alto. Con el juego de este muy simple razonamiento, se da cuenta de la famosa teoría marxista del plus valor. E influido o no por la propaganda saca las mismas conclusiones que el autor de *El capital*. Se le roba lo que tendría que pertenecerle a él (Jaramillo *et al.*, 1968: 627).

Las reivindicaciones proletarias se equipararon, en este caso, con la irresponsabilidad de endilgarles a los demás sus propios deterioros, con los efectos perversos de ciertas lecturas que desviaban el centro de atención de las averías psíquicas del trabajador hacia las deficiencias del sistema capitalista. En suma, lo que se advirtió fue la creciente necesidad de valerse de este escrutinio del inconsciente para hacer hincapié sobre la creciente necesidad de responder por sí mismo.

Precisamente, el tercer complejo, definido por Jaramillo *et al.* (1968) como el de la explotación, responde perfectamente a lo anterior. El complejo se manifestaría a través de la creencia de que los numerosos cambios en los sistemas de sueldos

eran simples trucos del capitalista para hacerles trabajar más y pagarles menos. De manera que el proletario se sentiría un medio, entre otros muchos, descubiertos y explotados por el patrón para ganar más dinero. Con el complejo de inseguridad las preocupaciones materiales seguirían constituyéndose en una constante a lo largo de la vida del obrero. La preocupación por la desocupación, el costo de la vida, la conciencia en la futura disminución de su fuerza física, la preocupación en lo que representaría un futuro reemplazo por fuerzas más jóvenes; todo este cúmulo de elementos generaría una inquietud perpetua en la vida de estas poblaciones, una verdad que se les iría revelando hasta manifestarse por medio de los dramas familiares, dramas persistentes, gritos, agresiones a las personas que lo rodeaban. En fin, un estado de inseguridad como constante en estas vidas privadas y analizadas por un saber científico con pretensiones de redimirlos para el trabajo eficaz (Jaramillo *et al.*, 1968).

El cuarto complejo del cual se consideraba al obrero susceptible de contraerlo era el de la miseria. Todo partiría de la exhibición del espectáculo de la riqueza en torno suyo: ostentosos estilos de vida de ciertas familias, la amplitud y el lujo de sus casas, automóviles y fiestas mundanas, posibilidad de cultura, entre otras. A estas ventajas y a este poder se le opondría justamente su propia miseria, una disociación que le permitiría reconocerse desde el infortunio de su espacio de alojamiento, del envejecimiento prematuro de su esposa, las caras pálidas de sus hijos. La vida se le asemejaría a un infierno por la impotencia de salir de la situación y la ausencia de esperanza.

El quinto complejo era el del desprecio. Los signos de esta anomalía se volvían visibles y asignables a partir de la vergüenza experimentada como primer síntoma. En este caso específico, los signos podrían llegar a desbordar rápidamente al obrero, estableciendo un nexo fuerte con el espacio urbano y las relaciones sociales que lo animaban. Cuanto más percibiese un principio de realidad deseable, en referencia a ciertas profesiones, a un

esfuerzo y a la inteligencia aplicada de ingenieros, jefes políticos e intelectuales que el obrero apreciaría, más se discreparía con la conciencia de su propia impotencia y precariedad. Al mismo tiempo podría hallar hogares en donde el respeto y las apreciaciones de los demás eran elementos fundamentales, situación contraria a su propia experiencia de vida familiar. Surgiría una percepción de su deficiencia en referencia a un deseo que también estratificaba y clasificaba, a través de unos valores erigidos como modelos de comportamiento.

Se advirtió aquí, con mayor detalle, la promoción de nuevos mecanismos que significaron nuevos tiempos y nuevas formas de consumo en ciudades como Medellín, las cuales portaban un estilo de vida vistoso, demostrativo, algo hedonista (Posada Morales, 2015).<sup>9</sup> En este caso, si este tipo de individuo al que se hacía reseña en aquel artículo, era testigo de cómo se representaban los valores de la fidelidad y la lealtad dentro de un segmento social, que por supuesto no sería el suyo, también observaría en su propio entorno algunos hechos, como por ejemplo promesas sin cumplir, trabajo degradado y mal pago, además de la conciencia de un alojamiento ubicado en una zona miserable. Empezaría entonces a sentirse despreciado por los demás.

Cuando uno es inferior palpa bien el desprecio: una mirada, una entonación, un gesto, un olvido. Opresión, robo, inseguridad, miseria y desprecio son situaciones o actos de los cuales se siente víctima. Son al mismo tiempo el núcleo de sus complejos porque los vive en contraste con un mundo que, según su parecer, no es víctima sino dueño de la situación. Todos estos complejos se reúnen en el complejo de inferioridad (Jaramillo et al., 1968: 629).

---

9 Véase también *La ciudad posmoderna: magia y miedo en la metrópolis contemporánea*, de Amendola (2015), *Postmetrópolis. Estudios críticos sobre las ciudades y regiones*, Soja (2008), *Cuerpo civil, controles y regulaciones: Medellín 1950*, Espinal Pérez y Ramírez Brouchoud (2006), *Geografías del desarrollo en el centro de Medellín: 2009-1950. Espacios, tiempos y poderes*, Hernández Ciro (2010), *El cuerpo limpio. Higiene corporal en Medellín, 1880-1950*, Londoño (2008), y *En cuerpo y alma: visiones del progreso y la felicidad*, de Pedraza Gómez (1999).

Los autores del artículo describían que lo anterior generaría una resignación silenciosa y una ausencia de coraje que terminaría afectando las maquinarias laborales. Lo notorio acá fue observar el modo en que se hacían evidentes las extremas desigualdades sociales, pero poniendo en marcha toda una batería de sintomatologías esgrimidas para clasificar a quienes reaccionaban frente a aquel contexto inequitativo. Así, pues, si en las descripciones analizadas en los textos de Piñeres y de Mantegazza, traducido por Sanín Cano a finales del XIX y comienzos del XX, las ciudades fueron representadas como lugares provistos de fuertes estímulos capaces por sí mismos de provocar neurosis en ciertas categorías de empleados, durante la segunda mitad del siglo las formas de abordar el fenómeno se tornó un poco diferente. Fue la desigualdad experimentada por el obrero en aquellos dispositivos urbanos, sumado a la incapacidad de aceptarla como un hecho irreversible y natural, lo que devino en materia de sospecha y de un registro psicológico mucho más detallado, bajo la categoría de complejo de inferioridad.

Por consiguiente, se insinuó el modo en que las grandes inclinaciones humanas desfallecerían ante la frustración de una labor, de una vida descalificada en medio de unas relaciones sociales cada vez más disparejas, competitivas, intrincadas en el ámbito laboral, pero también más marcadas por las prácticas ligadas al consumo: actividad, juego, construcción, curiosidad, autoestimación, propiedad, sentido de belleza; todos los elementos constitutivos de una subjetividad catalogada como «plena» (Jaramillo *et al.*, 1968: 630). Por otro lado, el espectro de lo anómalo se fue tornando cada vez más amplio. Ya no sería suficiente con detectar los raptos de ira, tristeza o ansiedad, como síntomas que ponían en evidencia la existencia de una avería mental en el trabajador. Incluso los alcances de la alegría fueron interrogados en favor de un necesario reposo y concentración en las labores diarias (Jaramillo *et al.*, 1968).

Si la alegría se manifestaba como el signo exterior de una sensación de bienestar consigo mismo y con los demás, lo que

se demostraba ahora era todo un manto de dudas y de interrogantes sobre las aparentes explosiones de este estado emocional, en momentos inoportunos donde el silencio y la concentración en las faenas diarias obligaban a mantener la medida. Existiría, por tanto, algo excesivo y fraudulento en las explosiones de felicidad, lo cual repercutiría en los rendimientos requeridos para una producción óptima. En síntesis, la justa medida se expresó en el silencio y la concentración como valores psicológicos indispensables para el buen desempeño en los sitios de trabajo y como evidencia inmediata de la docilidad requerida por los patrones (Jaramillo *et al.*, 1968).

Bajo esta perspectiva la pereza dejó de ser objeto de proclamas religiosas en relación con las bondades del trabajo duro. Lo que se observó fue un fuerte ejercicio introspectivo que le empezó a conferir una gran autoridad al inconsciente y a la capacidad de revelar los secretos del yo. En adelante el temor a las acciones violentas de los trabajadores, a través de los motines y sindicatos, se formularía como un primer principio organizador de varios eventos catastróficos; eventos que, partiendo de la envidia, suscitarían alteraciones, ya no solo en el ámbito laboral, sino también en otras actividades y zonas de las ciudades colombianas: los bares con su ruido y su vida agitada, humo, luces, discusiones, sentimentalismos, juegos y, por supuesto, alcohol (Jaramillo *et al.*, 1968).

El contenido de gran cantidad de películas también fue objeto de cuestionamientos morales a través de publicaciones como *Obrero Católico* de Medellín, e incluso fueron señaladas por las observaciones del saber médico-siquiátrico. Lo paradójico fue que el dominio de lo patológico recayó esta vez en las condiciones espaciales que acogían a los individuos, conduciéndolos a ocupar un nuevo lugar dentro de unos ambientes patógenos sobre los que también comenzó a recaer una nueva forma de sospecha (Jaramillo *et al.*, 1968). Se presentó, en primer lugar, una descripción en la cual, como ya se dijo, no era el conteni-



do de la película el elemento a examinar, sino lo que acontecía alrededor, aquello que iba conexas con ese peligroso poder evasivo: era la sala con su decoración, los galanteos discretos que se podían suscitar entre las masas, las cuales debían enfocarse en llevar una vida lo más virtuosa posible. Ni siquiera escaparon del señalamiento los juegos y los deportes del domingo, vistos como posibles lugares de corrupción moral. En resumen, todo ello, junto con el amor, el cine y la cantina, acarrearón una representación de lo que serían los ambientes díscolos para estos sujetos asalariados de la ciudad de Medellín.

Mientras un individuo no haya compensado su inferiorización no es verdaderamente adulto, desarrollado y equilibrado. La presencia de complejos insuficientemente liquidados y la limitación a reacciones de inhibición y de resentimiento aumentan la deficiencia síquica (Jaramillo et al., 1968: 633).<sup>10</sup>

Entre el individuo y su instinto pareció establecerse un conjunto de funciones que, tal como también lo advirtió José Miguel Restrepo, pretendió edificar todo un sistema de constreñimientos sobre las pulsiones instintivas que exhortaban al desorden, contemplado a partir de lo patológico y las deficiencias psíquicas: desde la pereza, hasta la hipocondría como asunto a tratar y vigilar. En un artículo de la revista *Orientaciones Médicas* (1961), el médico Restrepo enfatizó, además de los

---

10 El complejo de inferioridad encuentra su acicate en el deseo de igualdad: «La más antigua reivindicación parece ser la de la igualdad. El objeto concreto de esta exigencia varía mucho según los ambientes y las distintas épocas. Puede ser que exija igualdad de derechos políticos, igualdad de acceso de los niños a la escuela, igualdad de seguros, etc. Muchas veces se nota en este apetito de igualdad algo grandioso y al mismo tiempo algo mezquino. Esto es típico para la reacción de un complejo de inferioridad [...] Evasión hacia el sueño, la ficción o la escatología, reivindicaciones y descubrimientos de los grandes ideales, esfuerzos para una realización de la justicia, emancipación individual, todo esto son algunas formas de compensación de los diversos complejos en la conciencia y la vida del asalariado [...] Los individuos fuertes no se dejan aplastar por los diversos obstáculos de la inferioridad» (Jaramillo et al., 1968: 633 y ss.).

ya mencionados aspectos nutricionales como condiciones para unos rendimientos orgánicos óptimos, la importancia de un techo digno que le diese amparo al trabajador y a todos los que de él dependían, como forma de evitar futuros desarreglos sociales. Los comportamientos mórbidos, asociados con la carencia de los elementos antes mencionados, eran ya un motivo suficiente en la generación de huelgas, protestas, disipaciones malsanas, así como factores favorables para la simulación de ciertas manifestaciones clínicas: dolores de cabeza continuos, sensación de debilidad, estado vertiginoso, salibeo frecuente, dolores lumbares (Restrepo, 1961). De ahí que en las nuevas nosografías, presentadas en estas publicaciones, emergieron palabras como *nerviosismo*, *nerviosidad*, *ampliación de levedades*, *neurosis de deseo*. La relación inextricable entre el entorno social y laboral evidenció una representación tan pesimista como a comienzos de siglo, pero con una descripción más rica en pormenores y datos estadísticos (Restrepo, 1961). Las alarmas sobre el incremento de las patologías mentales en Colombia durante la década del sesenta y comienzos del setenta, mostraron una mayor inquietud sobre estos temas. A comienzos de la década del setenta se apreciaba un presunto incremento en las consultas psiquiátricas. Así mismo, se mencionaba que el 0.5% de la población colombiana padecía de sicosis, el 1.5% sufría de neurosis, el 0.8% estaba aquejada de retardo mental, otro 5% sufría de epilepsia y el 0.6% eran alcohólicos (Ministerio de Salud Pública, 1974).

## Consideraciones finales

Esta relación entre la docilidad y la utilidad se configuró en virtud de un tipo de proyecto nacional, cuyos propósitos se centraron en el anhelo de ser eficientes y ordenados. Fue evidente que el desafío se asentaría, en este caso, en ampliar las capacidades que el ser humano pudiese disponer en una clara estrategia, llevada a cabo a partir de un doble movimiento. En primer lugar, tendería a señalar la desigualdad fisiológica y psicológica de los individuos, de acuerdo con su capacidad de

trabajo. Y, en segundo lugar, el sacrificio que depararía la utilización de las facultades corporales y mentales, se sometería a una cierta necesidad de adaptabilidad en los desempeños realizados. Dicho en otros términos, debían empezar a ajustarse a una estrategia pedagógica donde las patologías definidas por el saber médico-siquiátrico, franqueaban, a su vez, los límites de lo exclusivamente morfológico. El análisis de las conductas en las relaciones de trabajo y la observación de las interacciones sociales y afectivas, se estableció como un criterio antropológico para identificar, cuantificar y gestionar las causas de los desórdenes en las empresas y fábricas.

En términos generales, la relación entre la salud y las condiciones físicas, morales y psicológicas, se articuló, como lo sostiene Canguilhem (1998), con las potencias económicas. Se trató de una red de discursos y prácticas morales y psicológicas que dieron prioridad a lo patológico sobre lo normal. Se pudo constatar que durante este periodo se consolidó un imaginario del movimiento obrero como objeto de sospecha y enemigo del progreso dentro de ciertos círculos económicos, políticos e intelectuales. Adicionalmente se hizo mucho más visible una sensibilidad social, cierta experticia que albergó la idea de brindar un marco explicativo desde lo mental para asimilar un fenómeno con capacidad de perturbar el orden establecido.

Tal como se tuvo ocasión de observar en el texto, la naturalización de las desigualdades, la responsabilidad individual y la omisión de los múltiples condicionantes sociales, se vieron acreditadas, en este caso, por una verdad construida a la luz del registro psicológico sobre asuntos como las reivindicaciones obreras en Colombia. Se pudo observar cómo la correlación entre la esencia del trabajo proletario o sindical con la anormalidad fue más estrecha en este último contexto, lo cual significó un descrédito más acentuado para quien desempeñara estas labores. Por consiguiente, el análisis del pasado jugó un papel esencial como sostén de las anormalidades a corroborar dentro de la biografía del trabajador. La lenta conquista de aquello que sin-

gularizaba su existencia, también provocó una nueva fuente de saber y de diagnóstico por medio del fomento de espacios de introspección. En ese sentido, comenzó a evidenciarse una fuerte tendencia reflexiva que empezó a conferir una gran autoridad al inconsciente y a la capacidad de revelar los secretos ocultos del yo en los trabajadores colombianos. Por último, alrededor de las organizaciones sindicales se tejió toda una red de señalamientos para dibujar un vasto panorama de (presuntos) traumas y complejos que debían saber encauzarse de manera adecuada y profiláctica. De allí el nexo definitivo entre el campo del trabajo y el campo de la razón como espacio para la construcción de un futuro fructuoso y de una homilía moralizadora, en provecho de una economía del tiempo productivo.

## Referencias

- 1992, «El psicoanálisis en Colombia», Socarras, José Francisco, *El Tiempo*, Bogotá, 25 de marzo.
- Adler, Alfred. (s.f.). *Le temperament nerveux. Éléments d'une psychologie individuelle et application a la psychotérapie*. Québec: Université du Québec à Chicoutimi. Recuperado de: [http://classiques.uqac.ca/classiques/adler\\_alfred/temperament\\_nerveux/adler\\_temperament\\_nerveux.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/adler_alfred/temperament_nerveux/adler_temperament_nerveux.pdf)
- Almeida, Anna Beatriz de Sá. (2006). As parcelas (in)visíveis da saúde do anónimo trabalhador: uma contribuição à historia da medicina do trabalho no Brasil (1920-1950). *Trabalho, Educação e Saúde*, 4, 1, 9-18.
- Amendola, Giandomenico. (2015). *La ciudad posmoderna: magia y miedo en la metrópolis contemporánea*. Madrid: Celeste Ediciones.
- Anónimo. (1942). Qué son y qué debemos hacer con los complejos. *Temas*, 3, 15-20.
- Arango de Restrepo, Gloria Mercedes. (2004). *Sociabilidades católicas, entre la tradición y la modernidad. Antioquia, 1870-1930*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.
- Archila Neira, Mauricio. (2003). *Idas y venidas, vueltas y revueltas: protestas sociales en Colombia, 1958-1990*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia-Cinep.
- Archila Neira, Mauricio. (1990). El uso del tiempo libre entre los obreros. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, Bogotá, 18, 18.
- Armus, Diego. (2002). La enfermedad en la historiografía de América Latina. *Asclepio*, 2, 42.

- Armus, Diego. (2007). *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.
- Buzzi Stéphane, Devinck, Jean Claude y Rosental, Paul André. (2006). *La santé au travail*. París: La Découverte.
- Canguilhem, Georges. (1994). El cerebro y el pensamiento. *Revista de la Facultad de Sociología*, 17 de junio. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana.
- Canguilhem, Georges. (1998). Estudios de Historia y filosofía de las ciencias. *Revista Traducciones historia de la biología*, 7, 28.
- Castaño González, Eugenio (Comp.). (2015). *Nos hacen falta. Memoria Histórica de la violencia antisindical en Antioquia, Atlántico y Santander (1975-2012)*. Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- Calvo Isaza, Oscar. (2002). *La ciudad en Cuarentena: chicha, patología social y profilaxis*. Bogotá: Ministerio de Cultura.
- Casado Galván. (2009). *El espacio de la vida: estrategias patronales fuera de la fábrica*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/06/icg30.htm>
- Cortés, José. (2005). *Deseos, cuerpos y ciudades*. Barcelona: Editorial UOC.
- Harvey, David. (2014). *Guía del capital de Marx. Libro primero*. Madrid: Akal.
- Courtine, Jean Jacques. (2006). *Historia del cuerpo*. Madrid: Santillana ediciones especiales.
- Danto, Arthur. (2003). *El cuerpo. El problema del cuerpo*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Dejours, Christophe. (2009). *El desgaste mental en el trabajo*. Madrid: Modos Laborandi.
- Delgado, Jaime. (1910). *Histeria en el ejército*. Tesis de Doctorado en Medicina y Cirugía. Bogotá: Imprenta eléctrica.
- Donzelot, Jacques. (1981). *Espacio cerrado, trabajo y moralización. Genesis y transformaciones paralelas entre la prisión y del manicomio*. Madrid: La Piqueta.
- Espinal Pérez, Cruz Elena y Ramírez Brouchoud, María Fernanda. (2006). *Cuerpo civil, controles y regulaciones: Medellín 1950*. Medellín: Editorial EAFIT.
- Feyer, Michel y Maddoff, Tazi. (1991). *Fragmentos para una historia del cuerpo humano. Parte segunda*. Madrid: Taurus.
- Foucault, Michel. (2005). *El poder psiquiátrico*. México: Akal.
- Gallo Vélez, Óscar y Jorge Márquez Valderrama. (2010). Higiene industrial, medicina del trabajo, legislación laboral y salud en Colombia, 1910-1950. En: *7° Congreso Latinoamericano de história da ciência e da tecnologia*. Salvador de Bahia, Brasil.

- Gaudemar, Jean Paul de. (1991). *El orden y la producción. Nacimiento y forma de la disciplina de fábrica*. Madrid: Editorial Trotta.
- Greef, E. de. (1943). *Notre destineé et nos instincts*. París: Plon.
- Henderson, James. (2006). *La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Hernández Ciro, Eulalia. (2010). *Geografías del desarrollo en el centro de Medellín: 2009-1950. Espacios, tiempos y poderes*. Tesis Maestría en Estudios Socioespaciales. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Hopenhayn, Martín. (2001). *Repensar el trabajo. Historia, profusión y perspectivas de un concepto*. Buenos Aires: Norma.
- Jaramillo, Luis Gabriel, Valencia, Enrique y Rosie, Ireneo. (1968). Temas de psicología: los complejos y reacciones en el alma del proletario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1, 8, 623.
- Lacroix, Jean. (1965). *Force et faiblesses de la famille*. París: Seuil.
- La Mettrie, Julien Offrey de. (1961). *El hombre máquina. Los fundamentales*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Le Bretón, David. (1999). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Bretón, David. (1995). *Antropología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levi, G. y Schmitt, J. -C. (Eds.). (1996). La juventud obrera. Del taller a la fábrica. En: *Historia de los jóvenes*. (s. pp.). Madrid: Taurus.
- Londoño, Blair Alicia. (2008). *El cuerpo limpio. Higiene corporal en Medellín, 1880-1950*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Man, Henri de. (1974). *Au delá du marxisme*. París: Seuil.
- Mantegazza, Pablo. (1888). *El siglo de los nervios*. Bogotá: Imprenta de la Luz.
- Martínez Pérez, José. (1994). La Organización Científica del Trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España (1922-1936). *Dynamis*, 14, 131-158.
- Matoso, Elena (Comp.). (2006). *El cuerpo in-cierto*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Mauss, Marcel. (1979). *Sociología y antropología*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Menéndez Navarro, Alfredo. (2003). El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 6, 4, 158-165.
- Menéndez Navarro, Alfredo. (2003a). Conocimiento experto y la gestión y percepción de los riesgos laborales en las sociedades industriales. Una reflexión desde la historia de la ciencia. En: Ángel Cárcoba (Comp.). *Democracia, desigualdad y salud*. Palma de Mallorca, Ed. La Lucerna.

- Ministerio de Salud Pública. (1974). *Macrodiagnóstico de Salud Mental en Colombia en 1973*. Bogotá: Ministerio de Salud Pública. Dirección de atención médica. División de la salud mental.
- Moinier, Emmanuel. (1974). *Traiter du caractere*. París: Seuil.
- Molina Londoño, Luis Fernando y Ociel Castaño Zuluaga. (1988). Una mina a lomo de mula: Titiribí y la empresa minera El Zancudo 1750-1930. Tesis de grado en Historia. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.
- Moreno Gómez, William y Pulido, Sandra Maryori. (2007). *Educación, cuerpo, y ciudad. El cuerpo en las interacciones e instituciones sociales*. Medellín: Funámbulos Editores.
- Morin, Edgar. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Montoya Santamaría, Jorge William. (1998). *Profilaxis antivenérea y dispositivo de control social en Antioquia, 1886-1935*. Tesis Maestría en Historia. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.
- Oberst, Ursula, Ibarz, Virgili y León, Ramón. (2004). La psicología individual de Alfred Adler y la psicosis de Olivér Brachfeld. *Revista de Neuropsiquiatría*, 67, 38.
- Pedraza, Zandra. (1999). *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y la felicidad*. Bogotá: CORCAS Editores.
- Pohl Valero, Stefan. (2009). La comunicación de la termodinámica. Física, cultura y poder en la España de la segunda mitad del siglo XIX. *Revista Memoria y Sociedad*, 13, 27, s. pp.
- Pohl Valero, Stefan. (2010). *La termodinámica, pensamiento social y biopolítica en la España de la restauración*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Posada Morales, Juan Esteban. (2015). *El laberinto de una promesa. Cartografías del capitalismo en Medellín, 1939-1962*. Tesis Maestría en Historia. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.
- Rabinbach, Anson. (1990). *The human motor. Energy, fatigue, and the origins of modernity*. California: University of California-Press editions.
- Restrepo, José Miguel. (1958). Predisposición en las enfermedades. *Orientaciones médicas*, 7, 5, 243-252.
- Restrepo, José Miguel. (1959). Medicina Industrial. *Orientaciones médicas*, 13, 7, 274.
- Restrepo, José Miguel. (1959). Cómo nacen algunas perturbaciones funcionales en los asalariados y en otras personas. *Orientaciones médicas*, 13, 7, 624.
- Restrepo José Miguel. (1961). Circunstancias o factores que influyen en el comportamiento del trabajador. *Orientaciones médicas*, 10, 7, 215.

- Reyes Cárdenas, Catalina. (2005). *Mujeres y trabajo en Antioquia durante el siglo XX*. Medellín: Escuela Nacional Sindical.
- Ricœur, Paul. (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Rodríguez, Pablo y Martínez, Aída (Comp.). (2002). *Placer, dinero y pecado. Historia de la prostitución en Colombia*. Bogotá: Aguilar.
- Rodríguez Piñeres, Julio. (1898). *Neurastenia*. Tesis de Doctorado en Medicina y Cirugía. Bogotá: Imprenta y librería de Medardo Rivas.
- Roldán, Diego. (2010). Discursos alrededor del cuerpo, la máquina, la energía y la fatiga: hibridaciones culturales en la Argentina de fin de siglo. *Historia, Ciencias, Saúde Manguinhos*, 17, 3.
- Rose, Nikolas. (s.f.). *El gobierno del alma. La formación del yo privado*. Recuperado de: <http://www.unal.edu.co/ces/documentos/Temp/rose/Rose-gobierno.pdf>
- Rose, Nikolas. (s.f. a). *El gobierno en las democracias liberales avanzadas: del liberalismo al neoliberalismo*. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/7047933/Unidad-5-El-Gobierno-en-Las-Democracias-Liberales-Avanzadas>
- Santa Álvarez, Jazmín Sugely. (2015). *Curar el cuerpo social, confundir el vicio. Alcoholismo y prácticas de temperancia, 1884-1936*. Tesis Doctorado en Historia. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.
- Sennett, Richard. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Serres, Michel. (2011). *Variaciones sobre el cuerpo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Soja W., Edward. (2008). *Postmetrópolis. Estudios críticos sobre las ciudades y regiones*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Sombart, Werner. (s.f.). El burgués. *Homoeconomicus moderno. Elementos de metapolítica para una civilización europea*, 38. Recuperado de: <http://urkultur-imperium-europa.blogspot.com.es>
- Thomson, Edward Palmer. (2012). *La formación de la clase obrera en Inglaterra*. Madrid: Capitán Swing.
- Thompson, Edward Palmer. (s.f.). *Tradicón, revuelta y conciencia de clase*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Torres Baquero, Martha y Munévar, Dora Inés. (2004). *Representaciones corporales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Turner, Bryan. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Uribe, Basilio. *Neurosis*. *Alpha*, 2, 13, 340.



- Uribe, Beatriz. (2006). *La objetivación del cuerpo, un dispositivo de poder en las organizaciones*. Medellín: Editorial EAFIT.
- Vargas Vargas, Rafael. (2007). *El acto médico y su papel en la medicalización de la sociedad. Una aproximación desde la medicina a la filosofía*. Bucaramanga: Editorial LTDA.
- Vergara, Ángela. (2002). Por el derecho a un trabajo sin enfermedad: trabajadores del cobre y silicosis. Potrerillos 1930-1973. *Pensamiento Crítico* 2, 2, s. pp.
- Vigarello, Georges. (2001). *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Vigoya, María Viveros y Garay Ariza, Gloria. (1999). *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Bogotá: Centro de Estudios Sociales.
- Weber, Max. (1991). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México D.F.: Premiá Editora de libros.
- Zapata Cano, Rodrigo. (s.f.). La dimensión social y cultural del cuerpo. *Boletín de Antropología. Universidad de Antioquia*, 20, 37, 251-264.



PARTE III  
**DERECHOS, LUCHAS  
Y REALIDADES**



# **SALUD, SEGURIDAD, AMBIENTE DE TRABAJO EN EL SIGLO XX: el caso italiano**

*Franco Carnevale<sup>1</sup>*

## **Escenarios a largo plazo**

Queriendo dar cuenta de los avances de las condiciones de salud, seguridad y longevidad entre las clases trabajadoras de países capitalistas, Giovanni Berlinguer identifica el motor de dicho cambio en el conjunto de al menos cuatro factores: el progreso de las ciencias médicas, el desarrollo de la producción industrial y agrícola, la acción del Estado, las luchas sociales y de las organizaciones de trabajadores. Con esta interpretación, refiriéndose explícitamente a las cuestiones de la medicina laboral en la manera en que se desarrollaron en Italia, Berlinguer elabora las características de la que puede ser descrita como la dinámica del interés social y cultural entorno a los problemas de la salud de los trabajadores en Italia. Son, de esta manera, identificadas tres etapas «superiores»: aquella caracterizada por la obra de Bernardino Ramazzini, oportunamente posicionado temporalmente en los orígenes del Siglo de las Luces; una segunda, que se concentra entre el final del siglo XIX y el primer decenio del siglo sucesivo, que ve como protagonistas a algunos estudiosos «apasionados y valientes», algunos administradores

---

1 Médico de trabajo. Investigador del Centro de documentación Historia de Sanidad y Asistencia. Correo electrónico: fmcarnevale@gmail.com

públicos y también trabajadores y organizadores sindicales; finalmente, hay una tercera etapa, cuyos pródromos han de ser buscados en los inicios de los años sesenta, con movimientos y logros que se desarrollan hasta el final de los años setenta del siglo XX (Berlinguer, 1997). Queda por caracterizar un periodo que llega hasta nuestros días, el cual puede ser afrontado con la misma interpretación valorizando los acontecimientos y las interpretaciones disponibles.<sup>2</sup>

## **El fenómeno Ramazzini**

El episodio Ramazzini es emblemático de una etapa de transición desde un mundo de artesanos que permanece casi inmutable por varios siglos a una anunciada, al menos en algunos países, revolución industrial. El contexto del cual emprende el vuelo, de manera casi aventurera, la obra —escrita en latín por el «padre» de la medicina laboral— y su verdadero significado trasciende los ámbitos más o menos auténticos de una disciplina médica. El autor da testimonio principalmente de la necesidad de algunos ajustes: el príncipe, la economía y la sociedad en los albores del siglo XVIII —y con mayor razón en las épocas sucesivas— no podrán pasar por alto el valor, el destino y las exigencias más elementales y, por lo tanto, el potencial antagonismo de los artesanos y de los trabajadores independientes o también organizados; al trabajo y a los trabajadores se les debe reconocer una dignidad y derechos inalienables que serán, en su manifestarse, la base de dinámicas capaces de modificar la economía y la sociedad entera.<sup>3</sup>

## **El protagonismo operario: la primera ola**

Los dos momentos que más exaltan la contribución global de la experiencia italiana en medicina laboral en el debate in-

---

2 Véase Carnevale y Baldasseroni (2003).

3 Véase Ramazzini (2009).

ternacional sobre los modelos de intervención técnicamente denominados hoy de «promoción de la salud», encuentran un elemento fundamental en común en el protagonismo operario. Esto sucede por primera vez al inicio del siglo XX. Las instancias de las organizaciones sindicales buscan el mejoramiento de condiciones básicas de supervivencia (horarios, salarios, disciplina de fábrica, etc.) en ocasiones primero y más allá de la «toma del poder». Son aliados naturales y fieles aquellos médicos que hacen del apostolado social y del método científico positivo su arma principal de intervención sobre la realidad para cambiarla. Nace así el pedido que diferentes federaciones de oficios que encomiendan sus problemas de salud a Pieraccini en Florencia, para los trabajadores de la cerámica y los ferroviarios, a Carozzi para los tipógrafos, los fabricantes de guantes, los pintores, también a través de la Sociedad Humanitaria y la Clínica del Trabajo de Milán, a Monti para los sombrereros de Monza. A estas iniciativas de partidarios conscientes y expertos no parece serles de ayuda las luchas de los trabajadores, demasiado atrapados por problemas de inmediata supervivencia. Carencias alimentarias, regímenes de fábrica en los límites de resistencia, viviendas insalubres, en tornos ricos en amenazas microbianas, se cernían en la salud de los trabajadores y de sus familias más que enfermedades debidas casi exclusivamente al oficio. En un panorama más bien pesimista a cerca de la capacidad de autogestión de la salud por parte de los trabajadores de la primera revolución industrial italiana es posible individualizar excepciones como en el caso de las trabajadoras independientes, bien documentado sobre todo en las fábricas florentinas.<sup>4</sup>

## **El protagonismo operario en las luchas por la salud: la segunda ola**

Las imágenes humanas y médicas de un «genocidio pacífico», de las intoxicaciones profesionales y de las muchas, y todas

---

4 Véase Carnevale y Baldasseroni (1999).

graves, enfermedades de los trabajadores emergen constantemente del periodismo social y de ejemplares de historias clínicas, mientras las responsabilidades conexas se pierden en las nieblas o son absorbidas por el costo a pagar por el desarrollo económico. A la par con el mejoramiento de las condiciones de vida de las clases trabajadoras y, en general, de la población, se hacen evidentes en la observación de los médicos más atentos las formas crónicas de intoxicación. Las enfermedades profesionales más que connotar un oficio o una profesión, aluden a los riesgos presentes en un ciclo productivo o en una industria, sin que la enfermedad tenga algún valor de reconocimiento social, si acaso una modesta indemnización establecida a veces después de procedimientos judiciales, costos que serán después transferidos al sistema de los seguros obligatorios.

A los desastres de la segunda guerra mundial, con una continuidad desconcertante respecto a lo ocurrido en el ventenio precedente, se siguen las peores experiencias en términos de accidentes graves y de enfermedades profesionales subagudas y agudas, como si la guerra no hubiera terminado aún y como combatientes hubieran quedado solamente los trabajadores. Es el precio pagado por la «reconstrucción» e inmediatamente después también por el «boom económico» del país por el beneficio de todos, pero más para una categoría restringida, privilegiada, de ciudadanos. El declive que desde esa época en adelante se observará en el número de enfermedades profesionales indemnizadas no es lineal para cada una de ellas: emergerán en los años ochenta, y mucho más en el decenio sucesivo, los efectos a largo plazo de las exposiciones anteriores, aquellas capaces de fomentar las enfermedades profesionales crónicas como, de manera epatante y obsesiva, sucedió en el caso de los mesoteliomas de amianto (Carnevale y Baldasseroni, 1999).

El año 1961 es para la lucha contra la nocividad en la fábrica un *annus mirabilis*. En Turín, en la Cámara del trabajo se constituye un grupo de trabajo *ad hoc* de trabajadores y sindicalistas que incluye también técnicos y médicos, externos estos últimos



a la medicina del trabajo oficial, para llevar a cabo una intervención en la empresa *Farmitalia di Settimo Torinese*. Tiene lugar una “investigación” cuya importancia es reconocible en la iniciativa misma, más que en sus resultados: las molestias y las enfermedades denunciadas por los trabajadores sirven para representar una situación de riesgos y de daños de los que no se poseía un cuadro; la inclusión de técnicos al interior de la empresa; permitir que el sindicato territorial recoja las experiencias de los trabajadores y de vincularse con el poder democrático local.<sup>5</sup>

Se vuelven revolucionarios los puntos contenidos en las plataformas de demandas resultantes: la empresarial prevé que, a través del examen de la situación de cada departamento, todas las sustancias sustituibles con otras menos nocivas, sean sustituidas, como establece por ejemplo la legislación francesa, la cual prohíbe el uso del benzol como disolvente.

Con respecto a la carencia en las plantas, los trabajadores piden que sea asegurada toda la prevención posible, con la misma magnitud de medios usados para los intereses de la producción. Con respecto al control sanitario los trabajadores piden que sea garantizada la prevención de las enfermedades profesionales, no cuando ya se han diagnosticado, sino antes de que puedan causar daños definitivos. En cuanto concierne a la renovación del contrato nacional, se proponen: la distribución de los turnos de modo que se pueda asegurar un descanso de al menos 35 horas después de seis días laborales; para los empleados con trabajos nocivos, riesgosos o pesados, la obligación de rotación o pausas a dichos trabajos y la institución de un comité de fábrica con la tarea de recoger y sugerir propuestas y pedidos de carácter técnico e higiénico para disminuir la nocividad y sus consecuencias; en caso de enfermedad y al retornar de la misma, derecho a conservar el puesto de trabajo. También se solicita el derecho del sindicato para intervenir con expertos internos y también

---

5 Véase Marri (1980).

externos a la fábrica para determinar con observancia escrupulosa las tablas indicadoras de la concentración máxima de gases o vapores, de polvos o biológicos y el examen de la situación de cada departamento con relación a las sustancias nocivas usadas y sustituidas con otras menos nocivas (Oddone, 1980).

En los primeros años de 1960, y no solo gracias a los extremistas de *cuadernos rojos*, Turín es un laboratorio donde bullen y son amplificadas las experiencias y discusiones centradas en la vida de fábrica y en perspectivas del movimiento operario. Las instituciones técnicas y los resultados políticos obtenidos en el caso de la empresa Farmitalia repercuten inmediatamente y son desarrolladas hasta convertirse en patrimonio e instrumentos de trabajo de algunos representantes de las organizaciones sindicales, también al externo de la Cámara del Trabajo de Turín y del *Istituto Nazionale Confederale Assistenza della Confederazione Generale Italiana del Lavoro* (INCA-CGIL).

Las posiciones derivadas de estas experiencias serán escuchadas cada vez más, diseñando de hecho el hábito de opinar de manera intransigente sobre estos temas en un momento en que ninguna otra propuesta institucional satisfacía las aspiraciones políticas y de salud propuestas por grupos cada vez más numerosos de trabajadores de las más grandes fábricas italianas.

A la de Farmitalia siguen las de Turín, y después en todo el país, otras iniciativas; en particular son lanzados cursos sindicales, monotemáticos, dedicados al ambiente de trabajo en los cuales participan miembros de comisiones internas o miembros de comités de prevención de accidentes de las principales grandes empresas italianas y delegados de la seguridad de las minas todavía activas. En estos cursos, seguidos de una vasta socialización de conocimientos de fisiopatología, toxicología, medicina laboral y psicología, se discutía explícitamente el problema de la «no delega». Una novedad se hacía camino y después dominaba casi sin oposición, el hecho de que por primera vez se le hacían preguntas precisas o se les asignaban partes derivadas de progra-

mas dirigidos al objetivo del protagonismo operario. La puesta en movimiento con el proceso formativo obligaba al sindicato a poner atención a las exigencias expresas ahora más directamente por los grupos de trabajadores —«homogéneos» en relación a los problemas de la nocividad— que necesitaban las conexiones adecuadas con los técnicos, tenían que poder contar con una eficaz red de comunicación sobre los diversos aspectos de la salud y de la prevención, querían poner en acción las formas de lucha más oportunas para eliminar la nocividad.

La agenda de la construcción y de la validación de la «línea sindical» de la salud en los lugares de trabajo en los años 1965-1970 está llena de iniciativas y eventos, todos vividos como citas cruciales por los militantes y por los amantes de la materia: mesas redondas; titulares en las revistas sindicales y no sindicales; convenios y nuevas experiencias en las fábricas; borradores del contrato sindical para el control de la nocividad; momentos decisivos de profundización, especialmente entre los trabajadores químicos y metalmecánicos; el primero de una serie de manuales sobre el ambiente de trabajo y la medicina preventiva; los «Centros regionales de lucha contra la nocividad» y la constitución de una «comunidad científica amplificada»; el nacimiento de la revista bimestral de la INCA-CGIL, *Crítica de medicina laboral* (1968-1973), que se convertirá de inmediato en *Medicina laboral*, publicación bimestral del «Centro de investigación y documentación de la Federación CGIL-CISL-UIL». Memorable es la definición y, así mismo, la publicación por parte de un grupo de sindicalistas y trabajadores pertenecientes a la V Liga FIAT de Miraflores de unos fascículos para la formación sindical «con la que se propone un primer modelo de sistema para el control de la nocividad ambiental, fruto de la comparación entre el modelo de los trabajadores y el de los técnicos», difundida después en 130.000 ejemplares, de los cuales 60.000 estampados y traducidos al francés, alemán, japonés y español.<sup>6</sup>

---

6 Véase Righi (1992) y Renga (1991).

Había llegado a buen término una especial coyuntura: en las grandes fábricas la situación en términos de higiene y seguridad está atrasada respecto a lo que hasta el momento se ha logrado en otros países europeos; presos de una prolongada inmovilidad, al menos en el campo de la salud, la acción de partidos, incluyendo a los de izquierda, interlocutores sociales, instituciones y también la de la medicina laboral en su versión profesional e incluso en la académica. Ese grupo de activistas sindicales por la salud en los lugares de trabajo, nacido sin ninguna delegación específica, se acredita y crea proselitistas al interior del mayor sindicato y en particular entre los trabajadores de algunas fábricas interesadas en cambiar las cosas también con la lucha y el enfrentamiento. Este grupo es capaz de formular un modelo político-técnico, una línea tan ambiciosa como modestas o poco convincentes eran las hipótesis para contrarrestarla, un modelo que se beneficia del traducir en frases simples y eficaces conceptos de otro modo complejos, hasta hacer slogans como: «la salud no se vende», los «cuatro grupos de factores de riesgo», la «non delega», el «grupo homogéneo», la «validación consensual», los folletos sanitarios y de riesgo, los registros de los datos ambientales y bioestadísticos (usualmente llamados «bioestáticos»). Para corroborar la confianza en el modelo llegan los primeros resultados tangibles en términos de salud, la constatación de parte de los directos interesados que la lucha paga y es decir que las condiciones de trabajo no son «objetivas», dadas de una vez por todas, pero pueden ser cambiadas también contra la voluntad de los jefes con efectos apreciables inmediatamente por los directos interesados.<sup>7</sup>

El trabajo desarrollado sobre la base de los criterios de la «línea sindical» para la salud es enorme, bien socializado y con resultados incontestables, ampliamente compartidos por adeptos y no adeptos a los trabajos. De 1969 son las encuestas sobre la salud de los trabajadores de la alimentación, las encuestas de metalmecánicos químicos y constructores sobre la silicosis,

---

7 Véase Bagnara y Carnevale (1973).

la encuesta nacional en el sector de la goma sobre la base del «Cuaderno» elaborado por los trabajadores turineses. En 1970 tienen lugar una serie incalculable de iniciativas, la mayoría de las cuales unitarias, sobre los temas y las luchas contra la nocividad que tienen un adecuado coronamiento en la gran sesión judicial de Rimini de 1972, frecuentada por cerca de tres mil participantes, donde —evaluando las experiencias de una década— se llega a la «rectificación» de la «línea de los sindicatos» sobre el ambiente.

La *línea sindical* de la salud en su fase suprema está destinada a salir de las fábricas, surge en el exterior, debe encontrar los intereses de toda la sociedad, también para darle carácter a la nueva tan esperada «reforma sanitaria» de la que se habla desde los tiempos de la lucha de liberación. Se pone en acción un particular programa rígidamente establecido como «investigación-intervención» o, como fue llamado por otros, como «investigación no disciplinaria de sociología industrial». El Consejo de fábrica se debe transformar en investigador colectivo y, adecuadamente apoyado, debe ser capaz de definir los términos de la investigación basándose en su propia experiencia y en la del grupo al que pertenece, predisponiendo así un plano de factibilidad con el fin de validar y socializar los resultados. Con esta metodología se llevan a término algunas iniciativas, especialmente en grandes complejos industriales.<sup>8</sup> Del lado del mundo científico más directamente interesado en estos temas, la Sociedad Italiana de Medicina del Trabajo, en 1973, reunida en el XXXVI Congreso nacional en Pugnochiuso, después de un periodo de espera, obtiene posicionamiento con una moción, reconociendo el valor científico de la experiencia operaria y el valor de un sistema acompañado de registros de datos ambientales y bioestadísticos a nivel grupal e individual.

Es la constatación de que cambios sustanciales se verificarían en la realidad y, entonces, en la profesión del médico labo-

---

8 Véase Marri (1997).

ral; pero llegada tardíamente, más por empujes emotivos o de oportunidad, la adhesión aparece como un episodio de corto respiro, señal de una crisis cultural que debía todavía encontrar soluciones más justas. Señal manifiesta de tal situación se da en el curso del número de estudios publicados en la mayor revista italiana del sector, *La Medicina del Lavoro*, que adoptan, formalmente, fraseología y metodología del modelo sindical; de hecho, tales publicaciones aumentan en 1975 para después desaparecer.

### **Hechos, instituciones y empleadores al margen de la «línea sindical»**

Con breve distancia en el tiempo, tres episodios, ya madurados, provocan una vasta resonancia llamando la atención de los trabajadores y sus organizaciones, de la opinión pública y de la parte más sensible del mundo científico: la *morte colorata*, o sea los tumores de vejiga por colorantes de los trabajadores de la *Industria Piemontese dei Colori di Anilina* (IPCA) de Ciriè (1973-74), los tumores en el hígado buscados y descubiertos entre los trabajadores del cloruro de vinilo (1974-75), la explosión en el reactor de la fábrica química *Industrie Chimiche Meda Società Azionaria* (ICMESA) de Meda (1976); estos, además, marcan muchas más etapas de una concientización de la gravedad y complejidad de la condición operaria, pero también de la imposibilidad de separar el ambiente externo respecto a los lugares de trabajo.<sup>9</sup>

Estos hechos, como el del amianto, que explotarán al final del decenio sucesivo, tienen que ver con sustancias cancerígenas, efectos secundarios, determinados probabilísticamente o solo presumidos en el hombre sobre la base de analogías con sistemas experimentales celulares o animales. Todo eso reclama un modo científico y riguroso de afrontar el riesgo y también

---

9 Véase Carnevale y Baldasseroni, op. cit., pp. 333 y ss.

nuevos estándares y procedimientos preventivos. Estudios experimentales para la evaluación preventiva de la cancerogenicidad, epidemiología de los tumores, derecho al conocimiento, participación en las decisiones por parte de las agencias nacionales e internacionales, pero también decisiones «preventivas» y económicas de parte del empleador y, entonces, en las buenas y en las malas del «mercado», representan los campos en los cuales se cimienta la verdadera frontera de la defensa de la salud de los ciudadanos y de los trabajadores en las fábricas. La interacción entre iniciativas de defensa de la salud por parte de los trabajadores y competencias y pasión de algunos científicos producen ciertamente los mejores resultados en el definir un escenario más favorable al salvaguardo de la salud de estos factores de riesgo; sin embargo, en este escenario, vale la pena repetirlo; parece en todo caso imprescindible el protagonismo de las instituciones y de leyes buenas y aplicables.

La segunda mitad de los años setenta ve el total debilitamiento del movimiento por la salud. Un «contrataque patronal» después de una cierta contumacia, la crisis económica, los cambios sociales y políticos desarticulan los cimientos. Otros factores entran en juego: el cansancio o la insatisfacción de algunos protagonistas de fábrica, la complejidad y lo oneroso de las intervenciones por conducir según la meticulosa metodología oficial, la efectiva introducción de algunos mejoramientos de las condiciones y de la organización del trabajo, al menos en algunas empresas, y contemporáneamente la dificultad de identificar ulteriores o diferentes reclamos, para mejorar. El relajamiento de la unidad sindical favorece, también, un proceso de desinterés de las confederaciones sindicales independientes, al menos en algunos aspectos —ciertamente no formales— de la línea sindical sobre la salud que, paradójicamente para la historia italiana, no había tenido por muchos años «enemigos de izquierda» sino más bien una casi unanimidad de consensos. Es cierto, sin embargo, que aquella línea en cierto sentido ha sido utilizada —por una de las tantas anomalías propias— para obtener un mejoramiento de las condiciones de trabajo no realizable

de otro modo y para colmar el retraso acumulado respecto a los otros países industrializados. Vale la pena recordar que el caso italiano ha disfrutado de indudable éxito también fuera de nuestro país, siendo modelo para algunos, estímulo para la discusión para otros, en particular para los aspectos relativos a las problemáticas de la «participación» de los trabajadores.<sup>10</sup>

## **Las nuevas instituciones nacidas con espíritu «filo-operario»**

se puede decir que, contradiciendo los desiderata de algunos representantes de una posición más extrema, la crisis de las organizaciones de los trabajadores termina por transmitir el testimonio del compromiso en defensa de la salud en los lugares de trabajo a las estructuras institucionales de prevención de las Unidades Sanitarias Locales (USL) queridas por la Reforma Sanitaria. Algunos, cuando el 28 de diciembre de 1978 el parlamento promulga la ley 833, hablarán de una delegación en blanco publicada por el movimiento de los trabajadores.<sup>11</sup>

En 1977, en Milán algunos médicos laborales y pocos técnicos operantes, prevalentemente en los Servicios de Medicina de los Ambientes de Trabajo (SMAL) de Lombardía dan vida a un Coordinamiento Nacional de los Trabajadores (CNO). El Coordinamiento se dirigía a todos aquellos que con diferentes títulos estaban activos en estructuras análogas a las de la Lombardía, o sea en una cincuentena de servicios para la «tutela de la salud de los trabajadores» que, prefigurando la ley de Reforma Sanitaria, habían surgido a partir de los primeros años setenta pero solo, o con más convicción, en algunas regiones (Lombardía, Veneto, Liguria, Emilia-Romaña, Toscana) como articulación de los Consorcios Sanitarios de Zona o directa-

---

10 Véase Loewenaon, Biocca, Laurell y Hogstedt (1995). Ver también Bagnara, Biocca y Mazzonis (1981).

11 Véase Baccastrini y Faillace (1982).



mente de algunos Municipios. Muchos de estos operadores se habían formado culturalmente al interior de movimientos estudiantiles y, en algunos casos sindicales, en el curso de las luchas por la salud de los años precedentes. La respuesta de las instituciones dedicadas a la salud de los trabajadores con las estructuras apenas lanzadas, pero dishomogéneas y todas en vía de formación procede en tiempos largos, manteniendo sin embargo quietos algunos puntos calificativos: seguir en cualquier modo a las necesidades y a las reivindicaciones sindicales y satisfacer, entonces, prioritariamente la «Comisión Operaria».

Se asiste así, en 1982, al abandono de viejas estructuras como el *Ente Nazionale Prevenzione Infortuni* (ENPI), el *Associazione Nazione Controlla della Combustione* (ANCC) y la transferencia de las competencias en materia de higiene y seguridad de la Inspección del Trabajo, a las neonatas estructuras de las USL dedicadas a la «prevención» en los lugares de trabajo. Pasan también por «ley» direcciones políticas como la afirmación de la participación de los usuarios, la primacía de la prevención primaria, la descentralización en la gestión pública de las intervenciones. Los operadores de la prevención de las USL responsabilizados (casi como si fueran solo ellos y no los empleadores los que deben hacer la prevención primaria) y seguramente motivados tienen un papel decisivo instaurando, bastante aislados y autorreferentes, un debate sobre los nuevos métodos de trabajo de los servicios territoriales, difusión de instrumentos y sobre técnicas de trabajo, lanzando y aplicando «palabras de orden» autónomas sobre lo que había que hacer. De hecho se había consumado una verdadera «ruptura» en la respuesta a estos problemas que la sociedad, a través de los órganos del Estado, daba o debía dar primero y después de la gran ola de luchas operarias de la estación precedente.<sup>12</sup>

El derecho de acceso en los lugares de trabajo con funciones de vigilancia institucional con respecto a la normativa que se

---

12 Véase Bodini (1997).

adquiere con la ley 833 permite a los operadores de los servicios el «descubrimiento» de un mundo hasta entonces casi ignorado, hecho prevalentemente de miles y miles de pequeñas y pequeñísimas empresas y de multitudes de trabajadores, sindicalizados o no, en todo caso lejanos de las experiencias ejemplares conducidas en las grandes fábricas en los años sesenta y setenta. Testimonio de este periodo es el subseguirse de iniciativas conducidas muchas veces junto a los representantes de categoría de los mismos artesanos, como en el caso de EPASA (*Ente di Patronato e di Assistenza Sociale per gli Artigiani*), emanación de la Confederación Nacional del Artesanado (CNA). Las funciones heredadas por la Inspección del trabajo representan un verdadero cambio de época para los sujetos de la prevención y para su modo de trabajar; emerge, en primer lugar, el hecho de que existen leyes generalmente desatendidas y además la titularidad de un mandato para hacerlas respetar. Antes de eso, los operadores de servicios pre-reforma entraban a la fábrica por pedido preciso de las organizaciones sindicales de los trabajadores (artículo 9 del Estatuto de los Derechos de los Trabajadores, ley 300/70), o también por acuerdos de ambas partes sociales, con la meta de afrontar más que cualquier cosa problemas relacionados de algún modo a temáticas sanitarias sobre las cuales dar una opinión, indicar una solución que se habría podido aplicar o no, dependiendo de la fuerza contractual de los trabajadores. Ahora tal rol sufría una profunda transformación; la iniciativa y, entonces, los programas de las intervenciones podían nacer gracias a la «ilimitada» facultad de acceso a los lugares de trabajo, y basarse sobre la potestad de imponer cambios que el empleador tenía que honrar. Una activa e inédita «Coordinación nacional de los operadores de la prevención» se propone como momento legítimo e institucional para decidir cómo desarrollar las nuevas funciones, una especie de cuerpo del Estado, no fruto de decisiones desde lo alto, sino auto-convocado y portador de experiencias y de exigencias comportamentales desde abajo. El Ministerio de la Sanidad desde el inicio parece ignorar la existencia misma de la prevención en los lugares de trabajo; el

ISPESL (Instituto Superior para la Prevención y la Seguridad del Trabajo), ente central delegado por la Ley para la elaboración cultural y metodológica sobre estos temas, está por largos años sustancialmente ausente. Las USL por su parte se muestran inmediatamente más interesadas en la gestión en la parte curativa más que en la parte preventiva y, solo en algunas regiones, se facilita la organización sobre el territorio mismo de verdaderas redes de servicio dotadas de recursos suficientes para operar.

En 1985 el CNO cede el puesto a la Sociedad Nacional de los Operadores de la Prevención (SNOP). Los años sucesivos ven desarrollar una actividad cada vez más extendida de la SNOP sobre dos partes que se convertirán en los puntos cardinales de su existencia misma: la técnico-científica, con la activación de grupos de trabajo temáticos a nivel nacional y a la producción de manuales para «el sector productivo» que poco a poco cubren todos los principales sectores laborales y los distritos industriales típicos; la parte de la intervención sobre los temas de política sanitaria y de la práctica profesional pertinente al área de la Prevención y, en particular, del médico laboral de servicios.

Un balance compilado activamente por la SNOP en 1988 pone en evidencia que a diez años de la Reforma Sanitaria, regiones enteras del país resultaban desguarnecidas de cualquier acompañamiento preventivo dirigido a la salud de los trabajadores; desechado el viejo acompañamiento, el nuevo no avanza.

La Reforma Sanitaria en el campo de la salud en los lugares de trabajo podía ser considerada una enunciación de buenos propósitos ofrecida a la buena voluntad de pocos. No se puede decir, sin embargo, que tal situación, donde personas de buena voluntad eran operantes, resultase intrascendente: La mayor parte de los sectores productivos —entonces prevalentemente de las pequeñas empresas de algunas regiones del Centro-Norte— son sondeados de manera sistemática y obligados, con o sin la participación de los trabajadores, con los poderes de la pres-

cripción y de la advertencia de la adopción gradual pero segura de estándares de higiene y de seguridad homogéneos, considerados aceptables sobre la base de investigaciones preliminares y de evaluaciones técnicas conducidas *ad hoc* con los recursos disponibles y a menudo con la incrédula pasividad de las organizaciones de los empleadores, además de los órganos centrales del Estado. Esta operación, donde ha sido posible conducirla, fue capaz de llamar la atención sobre algunos derechos para la salud de los trabajadores, aquellos consagrados por una normativa, aquella de los años cincuenta que permaneció casi siempre como letra muerta.<sup>13</sup>

Contemporáneamente, inician y después aumentan las intervenciones por parte de algunos servicios territoriales en la construcción tradicional abandonada hace tiempo a una gestión espontánea, sin normas, de la seguridad.

El complejo de estas actividades —en ciertos casos relevantes— consumadas en el decenio 1982-1992, puede decirse fue capaz de elevar el nivel higiénico y de seguridad también en las pequeñas empresas alineándolas en cualquier modo a aquel promovido prevalentemente por las iniciativas operarias en las empresas de más grandes dimensiones en el decenio precedente. Mientras tanto resulta modificada el alma y el modo de intervenir de los operadores de la primera hora y, por consiguiente, de los servicios de las USL y también de las Empresas Sanitarias Locales (ASL): en las asambleas de «grupo homogéneo» se sustituyen poco a poco los accesos en las empresas con los poderes de la policía judicial que no implican, o implican secundariamente, a los trabajadores; en las intervenciones globales, sobre todos los factores de riesgo de esa determinada empresa, le siguen intervenciones puntuales sobre algunos temas considerados por los operadores como prioritarios, aquellos interpretados más inmediatamente como requisito legal; cada vez más se privilegian los aspectos de prevención de accidentes respecto a

---

13 Véase Carnevale y Baldasseroni, op. cit., pp. 251 y ss.

aquellos higiénicos y relativos a la organización del trabajo. Solo en algunos casos, periódicamente, se hace valer la «dignidad» científica y profesional de algún grupo de operadores de los servicios territoriales que, teniendo la capacidad, y no queriendo reducir solamente a controles «policíacos» su empeño laboral, se consagra en investigaciones originales y aplica metodologías científicas con resultados de interés seguro, en colaboración a menudo con institutos de investigación, especialmente en el campo de la epidemiología y de la ergonomía.<sup>14</sup>

## Los desarrollos: Italia en Europa

La inercia legislativa de treintaicinco años, desde la promulgación de la D.P.R. 303 en 1956, se interrumpe en 1991 por los vínculos de la Comunidad Europea que, principalmente para evitar la competencia desleal entre los varios países, aspira la armonización de la normativa de salud y seguridad en los lugares de trabajo. Se requiere la realización de un sistema «completo» de objetivos y métodos donde los empleadores se hagan sujetos no solo a responsabilidades penales, sino deudores de una organización de la prevención estandarizada, cualificada profesionalmente. La evaluación de los riesgos y los programas de mejoramiento se convierten en el sostén de posibles intervenciones de mejoramiento. La participación debe significar colaboración, adhesión motivada, información.

Con estas innovaciones los empleadores italianos, pequeños y grandes, por primera vez, ven cómo se les atribuyen no genéricas y abstractas obligaciones de tutela de la seguridad (de la seguridad y de cada uno de los riesgos psico-físicos posibles e imaginables) de sus dependientes, comandos sujetos a elusión y a menudo considerados absueltos pagando las primas de los seguros INAIL (*Istituto Nazionale Assicurazioni Infortuni sul Lavoro*)

---

14 Véase Carnevale, Baldasseroni, Capacci, Tartaglia, Motta y Giuliano (1996). Ver también Tartaglia, Carnevale, Baldasseroni, Rizzo, Salerno y Zoppi (1998).

o con otros tipos de intercambio; sino que se les exigen tareas precisas de intervención activa, la aplicación de procedimientos codificados, incluida la obligación de saber demostrar a quien corresponda, también con documentos, la congruencia de las acciones preventivas; todo esto sancionable con elevadas multas. El empleador se debe procurar asesores de confianza encontrados en el mercado, asimismo nuevas y extrañas figuras como la del Responsable del Servicio de Prevención y Protección y del Médico «competente»; además, este último se difunde desmesuradamente también en sectores en los que antes era excluido con la posibilidad de quedar sustancialmente aislado de las iniciativas de prevención. Los asesores crecen como hongos y entran en un mercado rico que antes de equilibrarse respecto a las prestaciones requeridas y a las ofrecidas, quedará confuso. Al órgano de control en tal sistema se le delegaría para actuar como supremo regulador y observador de una dialéctica siempre más colaborativa para el alcance de una meta «consensual», la de las mejores condiciones de trabajo tecnológicamente compatibles, sostenibles, que debería ser «validado» por las partes sociales.

En este proceso se ha olvidado identificar quién, sobre todo a nivel local, define estándares aplicables. El cambio de configuración no podría ser más radical: en los numerosos artículos del texto de la Reforma Sanitaria de 1978 en el que se afrontaba la cuestión, rol y tareas del Servicio Público de Prevención en los Lugares de Trabajo estaban descritos de manera detallada, atribuyéndole el compromiso de realizar la identificación, la comprobación y el control de los factores de nocividad, de peligrosidad y de deterioro en los ambientes de vida y de trabajo, hasta especular la creación de organizaciones públicas de prevención al interior de las unidades productivas.

Qué haya llevado a breve y medio término el sistema europeo a la salud laboral es difícil de decir; afortunadamente ha intervenido en un terreno «arado» tanto en las grandes (prevalentemente gracias a las iniciativas sindicales de los años setenta) como en las pequeñas empresas (bajo la dirección de

los Servicios de las ASL en el decenio sucesivo). Seguramente ha aumentado el patrimonio en términos de «estudiosos de la prevención», una vez limitado sustancialmente al núcleo de los operadores públicos. Los trabajadores obtuvieron un reconocimiento por la función en la defensa de su propia salud, también o principalmente con la institución de los Representantes de los Trabajadores a la Seguridad (RLS), del cual se definen, a fuerza de ley, derechos y ámbitos de competencia. Es así que el concepto de «participación» pierde su antiguo sabor de antagonismo social, para entrar en un cuadro de común concertación entre las partes sobre temas de la seguridad y de la salubridad, generalmente aquellas «evaluadas» más a menudo formalmente por el empleador o por alguien en representación suya. Las RSL fueron capaces de tener un rol tan solo cuando eran respaldadas por el sindicato, es decir en algunas grandes empresas, con desviación de funciones en la administración pública que van desde un antagonismo formal a una práctica colaboración con el Servicio de Prevención y Protección resultando del todo ausentes o sujetos al empleador en las pequeñas y medianas empresas. Cada una de estas variantes de RSL tuvo también dificultad en el reportarse al órgano de control (Carnevale, 2009).

## **Los trabajadores activos en Italia, «italianos» y no italianos, y su salud hasta hoy en día**

Los fenómenos demográficos de los últimos dos decenios han seguramente redefinido de modo inesperado, al menos por la rapidez con que se han verificado, el perfil del trabajador italiano. De país exportador de mano de obra casi siempre no calificada, proveniente del campo y de las zonas extraurbanas, Italia se convirtió en tierra de inmigración. Hablar entonces de salud de los trabajadores italianos pierde el sentido de un, aunque fuera vago, referimiento racial, para adquirir la acepción, mucho más acorde para un país intrínsecamente multirracial, de salud de los trabajadores no solo residentes, sino simplemente activos en Italia por períodos más o menos largos.

Además del mercado laboral y las características del trabajo y del ambiente en el que se desarrolla, se deben considerar como factores de riesgo «específicos» la comprensión lingüística, los comportamientos sociales, las creencias y los prejuicios religiosos y, principalmente, la potestad de adquirir y después expresar las exigencias de autotutela.

Los profundos cambios son intervenidos debido a otros agi-tamientos globales. La feroz competencia en la reducción en los costos de producción y el marcado declive en el refuerzo de las normativas nacionales de protección del trabajo son los elementos principales en juego en los países en desarrollo, mientras en los países «desarrollados» interviene la reducida seguridad de la labor. Se confirma la hipótesis según la cual las «revoluciones industriales» representan un derecho-deber de cada comunidad y de cada país y que exijan «lágrimas y sangre».

El orden productivo chino representa un buen ejemplo en el campo de los efectos de la globalización, tanto internamente en el país como sobre la «economía étnica» anárquica y primordial, una producción en la que empleador y trabajador del mismo grupo étnico «participan» incondicionalmente en el proceso de acumulación, impenetrables respecto al contexto social donde se ejercita la producción. En estas condiciones los problemas de salud y seguridad sobre el trabajo no pueden estar en primer plano.<sup>15</sup>

Cuantitativamente el fenómeno de la mano de obra inmigrante es de difícil delimitación y, de igual manera, encuentra trabajo en diversos segmentos del mercado más a menudo sub-entrando en la mano de obra indígena ahora no disponible para ejercerlo. Se individualizan algunas categorías de trabajos en los que se han ido insiriendo los inmigrantes; en primer lugar están los trabajadores en las fases socialmente débiles, menos tutelables desde un punto de vista contractual, más su-

---

15 Véase Capacci, Gazzano y Carnevale (2004).



bordinados y por lo mismo considerados por los trabajadores locales como menos «dignos»: colaboradores domésticos con salarios excepcionalmente bajos, vendedores ambulantes, verdaderas terminales de complejas ramificaciones productivas basadas en el mercado paralelo de mercancía con marca falsificada. Por todos estos no es equivocado sostener que la relación de trabajo, algunas veces de mera explotación primordial, pese sobre la propia condición de salud mucho más que factores de riesgo específicos. Además están los trabajos poco apetecibles para los italianos por pesados o nocivos y «usureros»; entre los más conocidos se recuerdan los de las canteras y los de los trabajadores de mármol en el área metropolitana de Vicenza, de las curtidurías de Arziñano y de Santa Cruz sobre el Arno, de las fundiciones y acererías del área metropolitana de Brescia; en estos casos la introducción al trabajo fue favorecida por los mismos empresarios, a menudo sostenidos por el voluntariado de matriz católica, con resultados relativamente buenos en términos de integración y de respeto por las normas sobre la higiene y la seguridad. Un puesto relevante se le debe asignar a los trabajadores en construcción, especialidad ahora de algunas etnias, provenientes sobre todo de Magreb, de Rumania y de Albania; en el caso de los inmigrantes ediles, como es sabido, se suman las violaciones de la relación de trabajo, a menudo «negro», con el resultado doble de agravar los factores de riesgo y, en caso de infortunio, algunas veces, de ocultar el origen laboral. Es relevante la oferta a los inmigrantes de trabajos en agricultura; en este campo la mano de obra es extremadamente funcional en el ciclo de trabajo que prevé una acentuada estacionalidad. La tradicional dificultad de intervención para la prevención de los riesgos en estos ambientes, acumuladas a las terribles condiciones de vida, se vuelve un obstáculo infranqueable cuando condición de clandestinidad y necesidad de ganancia se suman en el inmigrante, contribuyendo a volverlo cómplice de la explotación (Capacci y Carnevale, 2003).

Pasada la epopeya del trabajador de oficios, superada también la experiencia del operario-masa que en Italia asumió sim-

bólicamente las vestiduras del adepto a la cadena de montaje en las grandes fábricas del triángulo industrial de los años sesenta y setenta, nos encontramos ahora haciendo las cuentas con figuras de trabajadores menos agregables en estereotipos, más variados, que expresan visiones de la realidad a veces contrastantes, no necesariamente interpretables como signos de un rastrero egoísmo corporativo, pero tal vez legibles como expresión de la irreductible unicidad del individuo humano.

La época de las variantes del *taylor-fordismo* ha sido enriquecida por los principios y por la práctica de la «calidad total», sistema en el cual al trabajador se le pide siempre menos fuerza de trabajo muscular o manual y siempre más participación en la producción, implicándolo en el análisis de los errores, en el equipamiento para la producción extremadamente flexible en pequeña serie. En la fábrica no resuena más la frase «no se les paga para pensar», sino la persuasiva «la calidad depende de ustedes».

¿Tiene que ver todo eso con la salud? Si el trabajo ocupa en todo caso una gran parte de la existencia terrena, si su pérdida provoca malestares y sufrimientos tan acentuados, la respuesta no puede sino ser afirmativa.

Asistir a una progresiva reducción de las clásicas enfermedades profesionales entre los trabajadores nativos de los países con economías de mercado fuerte, donde además cesaron muchas actividades manufactureras con uso de metales y disolventes, no significa el definitivo desaparecer de daños a la salud, sino solo una enésima modificación del perfil nosográfico de estas poblaciones con formas de sufrimiento que a menudo van más allá del daño orgánico.

Las enfermedades laborales, en una primera fase, eran francas intoxicaciones agudas que agravaban las ya difusas enfermedades sociales, mientras sucesivamente la particular organización del trabajo y de la aseguración favoreció su cronicidad y así

nacieron, se desarrollaron e institucionalizaron las hoy conocidas «enfermedades profesionales». Después estas enfermedades mutan porque entra en juego una actualizada constelación de determinantes: la limitación de riesgos extremos, exposiciones y concentraciones de tóxicos diversos, más bajos, de menos duración, la búsqueda y la aceptación de riesgos «sostenibles», la falta de detección de las fases iniciales de enfermedad, la manifestación de efectos a largo plazo. Las estadísticas del seguro de las enfermedades profesionales proponen una imagen deformada del fenómeno, de hecho algunas alteraciones (músculo-esqueléticas, psicosociales, alérgicas, tumores) son en la práctica excluidas del cómputo por no ser reconocidas y, además, el ente asegurador muta en el tiempo los criterios de aceptación. Estando así las cosas, la necesidad y la eficacia de la prevención de las enfermedades y de las alteraciones correlacionadas con el trabajo no pueden ser valoradas solo sobre la base de la reducción o eliminación de la patología asegurada o reconocida y tampoco sobre la base de sus improbables elementos causales específicos. Es necesario más bien dirigirse a la capacidad de control del complejo de elementos conexos con la exposición a los riesgos laborales y con su gestión. En otras palabras se debe aplicar rigurosamente el complejo de los procedimientos y de las normas tendientes a controlar desde el origen los riesgos más actualizados que pueden estar activos en las varias realidades laborales y con respecto a cada uno de los trabajadores expuestos.

Pero también son otras las nubes en el horizonte: la patología del «no trabajo», del desempleo que golpea en medidas siempre mayores los estratos más débiles de la población. Desempleo que no siempre quiere decir inactividad forzada, sino casi siempre trabajo clandestino, sumergido, ilegalidad difundida, violación de todas las normas contractuales y de seguridad, precariedad total de relaciones de trabajo incivilizado. En realidad, la condición de desempleado esconde una variedad de situaciones con precisas diferencias también sobre el plano de las consecuencias sobre la salud y sobre el bienestar. La primera gran separación está entre quien no ha tenido nunca un trabajo

y quien ha perdido un trabajo, tal vez después de muchos años. Si el primer grupo de sujetos ha visto engrosar sus filas de manera relevante, más difícil será decir cuales sean las cifras reales del segundo. Pero también entre estos últimos trabajadores se debe distinguir con base en el criterio de la edad: jóvenes en las primeras experiencias de trabajo viven a menudo positivamente el acumularse de breves y diferentes ocupaciones, en la búsqueda de la propia «vocación-actitud» mal orientada por una escuela inadecuada a los tiempos. Como devastador es el desempleo adulto de quien pierde un trabajo hecho por muchos años.<sup>16</sup>

Existe seguramente un «duro núcleo» de eventos adversos que las iniciativas de prevención no eliminaron o no pudieron eliminar y cuya aceptación es difícil de gestionar operativamente; se trata de un umbral que no es fácil ni oportuno tratar de determinar cuantitativamente y menos aún aceptar como tal. En un pasado ya no tan cercano, los trabajadores se debieron contraponer frontalmente con las empresas para conquistar el derecho al salvaguardo de sus derechos y, entre estos, el derecho a la seguridad capaz de bajar ese umbral. Hoy, que está en pleno desarrollo un nuevo proceso, tardan en afirmarse los mecanismos naturales de defensa: por un lado, lo que hace indiscutiblemente remunerativa la prevención por parte de los empleadores, haciéndola funcional para la planta productiva misma; por el otro, el crecimiento de los trabajadores y de sus representantes que pueden convertirse en preciosos instrumentos de la prevención. A los «modernos» instrumentos de reivindicación y gestión de la seguridad se oponen elementos perversos, por algunos considerados objetivos o estructurales y unidos a la actual fase de «civilización», elementos que actúan también quitando peso y visibilidad a los productores de mercancía a favor de los consumidores de esas mismas mercancías.

Todos estos elementos, complejos y múltiples, aconsejan orientar la atención y el antagonismo contra las «malas condi-

---

16 Véase Carnevale (2010).

ciones de trabajo», con intervenciones que afronten de manera general los efectos negativos y en primer lugar la usura, la explotación, los elevados costos psico-sociales. Un buen indicador de tal tendencia debe verse en la «libertad» que el trabajador independiente debe poseer para auto-tutelarse y en el «poder» que tiene en el hacer valer esta su opción. La transformación del trabajo en acto, y en particular aquella prevista por acuerdos del tipo de aquel del establecimiento Fiat de Pomigliano, tiene como presuposición una reducción del «poder» (formal e informal) de sus trabajadores adquirida con el chantaje del «no trabajo». Objeto del intercambio es la productividad máxima con una internacionalización de los estándares y, por consiguiente, más fatiga para los trabajadores que ninguna «valoración de estrés» hecha obligatoria por las normas vigentes en la Unión Europea será capaz de volver más clemente. Al acecho hay un nuevo modelo organizativo que pretende la implicación de todos en el proceso de mejoramiento del producto y de disminución de los costos de producción. El modelo puede también enfatizar en el mejoramiento ergonómico de las estaciones de trabajo para aumentar la productividad, pero sobretudo en la participación incondicional, devota por parte de los trabajadores. Parafraseando a Luciano Gallino, en Pomigliano, pero también en muchas fábricas de cualquier parte del globo, se pretende que los trabajadores, no pudiendo o no debiendo ser sustituidos por robots, trabajen como robots.

## Referencias

- Bagnara, Sebastiano y Carnevale, Franco. (1973). La costituzione di una línea di intervento sull' ambiente e la nocività. *Classe*, 7, 105-132.
- Bagnara, Sebastiano, Biocca, Marco y Mazzonis, Daniel Gattegno. (1981). Trends in occupational health and safety policy in Italy. *International Journal of Health Services*, 11, 431-450.
- Baccastrini, Stefano y Faillace, Raffaele. (1982). *Prevenzione nei luoghi di lavoro e potere locale*. Roma: Edizioni delle Autonomie.
- Bodini, Lalla. (1997). La nascita dei primi SMAL in Lombardia. En: Grieco, A. y Bertazzi, P. A. *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale e ambientale* (74-88). Milán: Franco Angeli.

- Berlinguer, Giovanni. (1997). La medicina del lavoro all'inizio del secolo XX. Riflessioni sul primo congresso internazionale (1906) e sul primo congresso nazionale (1907) per le malattie del lavoro. En Grieco, Antonio y Bertazzi, Pier Alberto (Eds.). *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale* (107-124). Milán: Franco Angeli.
- Capacci, Fabio y Carnevale, Franco. (2003). La salute dei lavoratori migranti. *Salute e Territorio*, 138, 140-145.
- Capacci, Fabio, Gazzano, Noel y Carnevale, Franco. (2004). Globalizzazione e salute dei lavoratori. *Salute e Sviluppo*, 1, 17-27.
- Carnevale, F., Baldasseroni, A., Capacci, F., Tartaglia, R., Motta, R. y Giuliano, G. (1996). Salute dei lavoratori e vigilanza alle soglie del 2000. Origini storiche e prospettive. *Folia Medica*, 67, 153-170.
- Carnevale, Franco y Baldasseroni, Alberto. (1999). *Mal da lavoro, Storia della salute dei lavoratori in Italia*. Roma-Bari: Laterza.
- Carnevale, Franco y Baldasseroni, Alberto. (2003). La salute dei lavoratori in Italia dopo l'Unità: un bilancio storiografico. En: Pancino, Claudia (Ed.). *Politica e salute. Dalla polizia medica all'igiene* (31-44). Bologna: Cooperativa Libreria Editrice di Bologna (CLUÉB).
- Carnevale, F. (2009). Quando si ha un lavoro ci si può stancare e ci si può far male. *Lo Straniero*, 104, 56-70.
- Carnevale, F. (2010). Lavorare e non lavorare fa male alla salute. *Lo Straniero*, 118, 57-63.
- Loewenaon, Robert, Biocca, Marco, Laurell, Anton y Hogstedt, Christian. (1995). Participatory approaches in occupational health research: a review. *La Medicina del Lavoro*, 86, 263-271.
- Marri, Gastone. (1980). L'ambiente di lavoro in Italia: l'organizzazione della ricerca «non disciplinare» (1961-1980). *Sociologia del Lavoro*, 10-11, 71-99.
- Marri, Gastone. (1997). Per il recupero della documentazione sulle lotte per la salute ambientale lavorativa. En: Grieco, A. y Bertazzi, P. A. *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale e ambientale* (255-285). Milán: Franco Angeli.
- Oddone, Ivan. (1980). Il problema dell'ambiente di lavoro in Italia. *Sociologia del Lavoro*, 10-11, 53-89.
- Ramazzini, Bernardino. (2009). Opere Mediche e fisiologiche. En: Carnevale et al. *Caselle di Sommacampagna* (2-20). Cierre Edición.
- Renga, S. (1991). Il modello sindacale di tutela della salute nei luoghi di lavoro dal dopoguerra ad oggi. *Rassegna di Medicina dei Lavoratori*, 6, 444-462.
- Righi, Maria Luisa. (1992). Le lotte per l'ambiente di lavoro dal dopoguerra ad oggi. *Studi Storici*, 33, 619-652.

Tartaglia, R., Carnevale, F., Baldasseroni, A., Rizzo, A., Salerno, Silvana y Zoppi, Ombretta. (1998). *Benessere al lavoro ed ergonomia. Argomenti per operatori della prevenzione*. Florencia, Región Toscana: Junta Regional.





# UNA MIRADA A LA SALUD EN EL TRABAJO EN EL CAPITALISMO ACTUAL EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

Enrique Rajchenberg S.<sup>1</sup>

A la memoria de Mariano Noriega E.

## La convulsión del mundo del trabajo en el nuevo siglo

Siempre llegamos tarde. La crítica desde las ciencias sociales a la organización fordista del trabajo se produjo mucho después de la advertencia que Chaplin lanzara a través de su película *Tiempos modernos* en 1936 acerca del efecto dramáticamente alienante y enfermizo de la cadena de montaje y de la cronometrización de todos los actos vitales de los operarios.

Hay una suerte de retraso de la perspectiva académica respecto a otras formas de conocimiento y de representación de la realidad para reconocer las implicaciones de lo que apenas se esboza en la sociedad. Ello se debe, indudablemente, al tiempo que requiere la reflexión ordenada de la investigación si no quiere sucumbir en la respuesta inmedatista y superficialmente coyuntural. Pero también se debe a la inercia de los marcos epistemológicos que dominan y atrapan a la vida intelectual

---

1 Doctor en Economía e Historia, profesor-investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: enriquer@economia.unam.mx

y que muy frecuentemente le impiden recrear otras gramáticas teóricas susceptibles de captar los dibujos societales cuyos perfiles con dificultad se vislumbran. En esas circunstancias, el recurso al pasado histórico puede ser una herramienta heurística pertinente, no porque ingenuamente esperemos que los tiempos precedentes terminen por repetirse, sino porque puede proporcionarnos, si sabemos plantearle las preguntas pertinentes, las claves para leer el presente y explicarlo, pero también para trascenderlo.

El mundo del trabajo sufrió en los últimos treinta años cambios que alteraron significativamente las pautas que lo habían regido durante buena parte del siglo XX: las formas de contratación, la estructura de calificaciones profesionales y las mismas profesiones, los contenidos de las tareas y los modos de ejecutarlas, fueron trastornados junto con los patrones tecnológicos vigentes en los centros de trabajo. En el terreno de la ideología, se produjo, a su vez, el espejismo de un mundo del trabajo despojado, gracias a las nuevas tecnologías, de los horrores que Marx y muchos otros habían descrito para el universo fabril del siglo XIX. En innumerables ocasiones, la innovación tecnológica devino en algo diametralmente opuesto a lo pregonado ya que fue un mecanismo que permitió incrementar las formas del dominio sobre el trabajo, creando nuevas exigencias y agravando otras más antiguas. Como ha sido demostrado en diversas investigaciones, los segmentos de los procesos de trabajo más arcaicos se tuvieron que adaptar a los ritmos más veloces de los segmentos modernizados generando un incremento de la intensidad del trabajo con su consiguiente carga de mayor esfuerzo físico y fatiga.

Este esquema se reproduce a nivel mundial: la división internacional del trabajo acentuada en los tiempos globalizadores ha entrañado no solo la «maquilización» manufacturera en los países subdesarrollados, sino además la revitalización de formas de trabajo arcaicas. Su implementación actual las hace contem-

poráneas de las oficinas informatizadas o del diseño por computadora y la robotización y no simplemente vestigios de un orden económico pretérito en retroceso. La casi absoluta movilidad planetaria que ha adquirido el capital le permite deslocalizar fases de los procesos de trabajo usando en cada una de ellas tecnologías de muy diferentes generaciones y asegurando la coherencia de la producción desde los centros del poder corporativo. Los escándalos que se desatan periódicamente cuando se descubre que una marca de renombre emplea en Tailandia o en India mano de obra esclavizada revelan cómo se sincronizan tecnologías de punta con instrumentos de trabajo vetustos que solo pueden servir para la obtención de ganancias si se aplican las formas más brutales de explotación. Los modelos más lujosos de zapatos de mujer se confeccionan en talleres de India donde trabajadores hacinados en locales exiguos pegan la suela del calzado aspirando durante más de 10 y 12 horas los vapores de los químicos usados para esa tarea.

El desempleo y el consiguiente empobrecimiento de la población en edad de trabajar representa, en este contexto, el mayor aliado de estas formas de trabajo: entre su aceptación y nada, siempre se opta por la primera. Aun así, no todos acceden a la relación asalariada, misma que está crecientemente precarizada, vale decir, sujeta a condiciones más gravosas de empleo. Una, pero tal vez la más importante, de las razones de esta precarización radica en la reindividualización de las condiciones de contratación y, en términos generales, en el estatus del trabajo en las sociedades actuales. El prefijo *re* connota evidentemente una suerte de regreso de un rasgo anteriormente vigente, aunque no bajo las mismas modalidades. La condición del trabajador, se insiste en el campo de la ideología, no es social, sino estrictamente individual. Este es uno de los puntos de anclaje más sólidos del neoliberalismo, el de la primacía del individuo sobre la sociedad, aunque en términos thatcherianos, la sociedad no existe, sino solo individuos o personas. Esta plataforma ideológica justifica el retiro del Estado del ámbito social puesto que,

en última instancia, las condiciones de existencia son resultado de decisiones individuales cuya armonización tiene lugar en el mercado.

La retirada del Estado conoce varias trayectorias que pueden ir desde la reducción drástica del gasto social y el correlativo descenso de la calidad de servicios prestados que conduce invariablemente a los derechohabientes a recurrir al sector privado, hasta el desmantelamiento del sector público y su privatización, pasando por la subrogación de servicios, o mediante la transferencia de los sectores de más altos ingresos de la jerarquía salarial al ámbito de los servicios de salud privados, provocando así el desfinanciamiento de los sistemas de seguridad social y el empeoramiento de los servicios y, por supuesto, el fin de un principio que rigió en la mayoría de las instituciones de protección social del siglo XX, el de la solidaridad. De hecho, el paso del sistema de reparto al de capitalización del régimen de pensiones tras las reformas de las últimas décadas constituye la piedra de toque de la liquidación de la solidaridad entre los situados en los más altos niveles salariales y los de los más bajos (Ramírez, 2007).

Pero también se ha quebrado la continuidad entre las generaciones de la memoria de las luchas pretéritas. El trabajo de desmemoria, por parafrasear a Paul Ricœur, a través, entre otros, del desmantelamiento de las organizaciones sindicales ha logrado, por una parte, el olvido de las experiencias de clase y, por otra, la fragmentación de su recuerdo mediante la dispersión de sus portadores, sea porque sucumben en el desempleo, sea porque su recontractación se realiza bajo modalidades de plazas temporales o sujeta a cambios frecuentes del lugar de trabajo bajo la égida de las *outsourcings* que permiten desresponsabilizarse de cualquier obligación patronal. Como lo explicó Maurice Halbwachs hace cien años, la memoria se conserva entre los miembros del grupo, la dispersión de este solo permite reconstruir fragmentos de la memoria de las experiencias del pasado.

La *walmartización* del trabajo es todo un paradigma del mundo del trabajo en el siglo XXI: prohibición de agrupación sindical, jornadas extensas sin remuneración de pagos suplementarios, incentivos para la competencia entre empleados e incluso adopción del nombre de *asociado* o *representante* para sustituir al de trabajador, son algunos de los rasgos prevalecientes no solamente en la empresa transnacional de supermercados (Mendoza, 2012).<sup>2</sup> Los marcos jurídicos que encuadraban y regulaban las condiciones de trabajo son, en estas circunstancias, letra muerta o dicho de otra manera se multiplican los casos de excepcionalidad que al final resultan ser la regla. Nuevamente el caso de las *outsourcings* es ejemplar: existen desde antes de su reciente legalización.<sup>3</sup>

El trastocamiento se produjo tras una larga serie de derrotas de movimientos que intentaron frenar la embestida, pero hubo algunas emblemáticas, como la de los mineros ingleses a mediados de los ochenta y la de los controladores aéreos en Estados Unidos.<sup>4</sup> Pero fue la instauración de dictaduras militares en América Latina la que alteró de manera severa la relación de fuerzas políticas y allanó el camino para la puesta en marcha del programa neoliberal de reestructuración capitalista. En otras palabras, no hemos presenciado en los últimos treinta años únicamente una sucesión de derrotas sindicales, sino una derrota política de los trabajadores y, como siempre acontece en la historia, la voz de los derrotados es borrada. En este contexto, el mundo del trabajo perdió la visibilidad social que tuvo durante los años

---

2 El trabajo de Mendoza se basa en gran medida en la problemática de salud en la cadena de supermercados Wal-Mart.

3 Con el pomposo nombre de «flexiseguridad», se está proponiendo en la Cámara de Diputados francesa una reforma a las leyes que rigen el trabajo que, según críticos de la misma, representa la anulación del derecho del trabajo de los últimos cien años.

4 He descrito el sentido emblemático de ambos movimientos huelguísticos como inicio de una inflexión en las correlaciones de fuerza a nivel mundial a través de la iconografía en Rajchenberg (2007, 2009).

sesenta y setenta, y concomitantemente también la perdió la salud de los trabajadores. Ello no significa que la problemática se haya disipado, sino que ha sido silenciada y que pasó del ámbito público y colectivo al privado e individual.

Es cierto, no obstante, que otra perspectiva crítica se ha ido construyendo a lo largo de los últimos años en torno a la salud y que se plantea en términos de afectación a la vida por la deprecación implícita en una economía regida por el valor, máxime cuando ella depende para su crecimiento de la acumulación por desposesión, como ha sido denominada por David Harvey, vale decir, de la explotación de recursos minerales, hídricos o bióticos, haciendo caso omiso de las llamadas externalidades. En estos casos, es la comunidad la protagonista de los movimientos territorializados y en ellos puede «reencontrarse» a los trabajadores cuyas luchas no logran expresarse en los centros laborales debido a las causas adversas señaladas anteriormente. Sin embargo, así como la lucha por la salud en el trabajo no agota la problemática de la salud comunitaria, tampoco la inversa es válida. Es cierto que ello no puede justificar posturas gremialistas como las que se registraron en décadas anteriores. El desdén de grandes sindicatos por las luchas por la igualdad de género o por la defensa de la ecología no puede asumir como coartada su defensa de las fuentes de trabajo arriesgadas en caso de su cierre por ser contaminantes.

En suma, el mundo del trabajo ha quedado invisibilizado, sea porque políticamente sus actores fueron reprimidos y han quedado desorganizados, sea porque ha sido ocultado socialmente, pareciendo que incluso el término *trabajador* dejó de expresar una realidad vigente. La salud de los trabajadores ha atravesado, consiguientemente, el mismo proceso de invisibilización. Episodios como el «verano caliente» italiano de los sesenta que desató una impugnación generalizada de las condiciones de trabajo, o como la huelga de los obreros de la siderúrgica Altos Hornos de la norteña ciudad mexicana de Monclova en

el estado de Coahuila a inicios de la década del ochenta que exhibió los riesgos a los que estaban sometidos diariamente los trabajadores, o aun como los electricistas mexicanos que alegaron que su exposición al riesgo eléctrico reducía su esperanza de vida y que lograron disminuir la edad de jubilación, en fin, todas estas experiencias resultan poco factibles actualmente aunque, incluso si se verificaran, probablemente no recaudarían mayor audiencia social.

El slogan de aquellos años rebeldes «La salud no se vende» constituyó una postura que impugnaba la misma relación social capitalista, porque así como la monetarización del trabajo conduce a la monetarización de la enfermedad y de la muerte, la impugnación de aquella entraña el rechazo de la misma relación asalariada.

Ese ciclo ha concluido junto con el siglo corto como Eric Hobsbawm denominó al siglo XX. Ello no entraña que los trabajadores asuman pasivamente las condiciones de salud reinantes. Como lo ha señalado James Scott, incluso ante fenómenos naturales como la lluvia o su ausencia prolongada, la sequía, o sea, ajenos a la voluntad de los hombres, estos no permanecen impávidos, sino que interponen una serie de acciones, a veces con sentido mágico-religioso que procuran torcer la mala racha.<sup>5</sup>

Las prácticas de resistencia tampoco nos resultan hoy fáciles de repertoriar porque, por una parte, lo propio de la resistencia es, como también lo demostró Scott, su secrecía y anonimato y, por otra, porque la investigación académica que coadyuvó a evidenciar la problemática de la salud en otra época abandonó al mundo del trabajo en beneficio de campos de estudio menos

---

5 En casos nada meteorológicos, la respuesta puede ser del mismo género. En las minas de Guanajuato en los años veinte del siglo pasado, un letrero a la entrada de las galerías subterráneas llevaba escrito «Dios nos proteja».

comprometidos y comprometedores políticamente. Por esta razón, segmentos completos de la realidad laboral contemporánea nos son desconocidos, muy particularmente las formas de resistencia a los parámetros impuestos para la realización del trabajo.

Por lo pronto, el paisaje que hoy presenta el mundo del trabajo es tan apabullante que impide descubrir tendencias en el horizonte; el desmantelamiento de lo que fue en el siglo XX lleva la delantera sobre lo que se está instaurando en el presente siglo. Pero no es la primera vez en la historia del capitalismo que una situación como esta se presenta. La entronización de las leyes del mercado y de la gran industria a finales del siglo XVIII y principios del XIX implicó algo homólogo a lo que hoy prevalece: la ruptura tajante de tradiciones, códigos de conducta, valores morales, de expectativas y nociones de justicia, etc. Aquellos que han leído a Edward P. Thompson reconocerán en los tiempos actuales un eco de lo vivido y resistido por los hombres y las mujeres de hace dos siglos. Sus intentos de contrarrestar lo que se avecinaba fueron infructuosos para detener lo que estaba desestructurando su modo de vida. Sin embargo, el capitalismo ya instaurado no pudo ser indiferente a las peleas que se habían registrado previamente. Cuando las nuevas reglas del juego fueron establecidas, los trabajadores tuvieron que imaginar métodos de defensa inéditos para poder sobrevivir en ese nuevo orden, aun actualizando aquellos que habían sido eficaces en otra época.

Si decimos que un ciclo se cerró, conviene visitar los contenidos históricos del ciclo pasado porque así adquiriremos una imagen más clara de la envergadura de lo extraviado en el tránsito del siglo XX al XXI. No se trata de miradas nostálgicas al estilo de *todo tiempo pasado fue mejor*, pero tampoco de perspectivas teleológicas: no es válido interpretar el pasado a la luz de lo que acontece después. Tampoco sería correcto pretender una equivalencia entre ambas épocas. El capitalismo de la época de la gran industria estaba en ascenso; hoy, el capitalismo está



en una profunda crisis, aun si ello no significa su inmediata desaparición.

## **El tránsito de la caridad a la indemnización**

Fue respuesta habitual de los patrones a inicios de siglo XX ante el reclamo de una reparación tras un accidente de trabajo aquella que consistía en comparar al trabajador con una máquina. El préstamo de esta mediante el pago de un alquiler comportaba implícitamente el deterioro equivalente a la duración de su uso. Ese desgaste era compensado por el monto de la renta del equipo. De manera concomitante, el pago del salario suponía el riesgo de deterioro de la mercancía alquilada que, en este caso, era la fuerza de trabajo. El trabajador, al aceptar los términos del intercambio, sabía de antemano lo que este implicaba.

El caso de José Guadalupe Tarasco, cargador de barriles de tequila al servicio de Gómez Ochoa y Cía. en la ciudad de México es ilustrativo a este respecto. El trabajador sufrió una lesión, misma que los propietarios imputan al descuido de José Guadalupe. Cuando una agencia del gobierno intercede en el asunto señalando la obligación patronal de auxiliar al trabajador accidentado, los patrones alegarán que

En el caso del préstamo de la máquina, habría que distinguir si es un préstamo gracioso o si la máquina se nos prestó como compensación de algo que nosotros damos. Si un desperfecto proviene como natural consecuencia del uso que se hace de la máquina y pagamos ese uso, no nos creemos, ni legal ni moralmente obligados a cubrir el importe del desperfecto (Archivo General de la Nación (AGN), 1920).

Más allá de cualquier enjuiciamiento moral a la comparación del trabajador con un objeto como lo es la máquina, lo que debe retener nuestra atención es otro aspecto, el que consiste en la representación de la relación de trabajo como cualquier otra relación mercantil. Vale decir, el trabajo es una mercancía

idéntica a todas las demás cuyo intercambio en el mercado confiere a su nuevo poseedor el derecho de uso de acuerdo a las condiciones pactadas. Su *descompostura* quedaría presupuesta en su venta.<sup>6</sup>

Nos hallamos ante la concepción liberal más ortodoxa del trabajo, mercancía indiferenciada respecto a las demás, cuya compra-venta se realiza como acuerdo de voluntades y, por tanto, con conocimiento de causa de lo que su cesión entraña. En este contexto, la petición de una reparación monetaria por el daño o incluso la pérdida total de la capacidad de trabajo se resuelve en un ámbito extrajurídico, a saber, en el de la moral. En el mejor de los casos, el patrón accederá a otorgar lo que en el léxico de la época llevará por nombre socorro, caridad, etc., meros paliativos de un orden liberal, nunca como un acto legalmente establecido, sino por compasión o por convicción religiosa. La moral es un ámbito extrajurídico y eso es lo que se alegrará. La injerencia del Estado en un terreno privado no puede sino implicar una extralimitación de sus funciones primordiales y legitimadas por la sociedad.<sup>7</sup> Un escrito difundido por el órgano de una asociación empresarial se lamentaba, cuando ya la legislación había cambiado, que lo que había sido un acto voluntario deviniera una obligación jurídica: «¿Hice bien

---

6 Esta lógica argumental se toparía con un escollo cuando el accidentado era un menor de edad ya que no se podía, en términos rigurosos, alegar que el niño o adolescente hubiera tenido la capacidad legal para contratar, esto es, tuviera conocimiento de las implicaciones del trato mercantil. En estos casos, se invocaría la desobediencia de los niños o adolescentes a las instrucciones recibidas o su natural tendencia a la actividad lúdica en el taller o sea las travesuras de los infantes.

7 «¿Un derecho? ¿Pues ante quién podemos pedir su realización? ¡Un deber! Pues tratándose de deber social claro que al Estado le toca hacérsosle cumplir. ¿En qué quedamos entonces? ¿Qué prueba mayor de comunismo puede darse que el Estado protegiendo el derecho de la caridad del necesitado y pretendiendo hacer efectivo el deber de la limosna? ¿Habría así dominio sobre la propiedad? Pero, entre otras cosas, habría caridad cuando la caridad es el acto moral que nos hace desprendernos de nuestras riquezas sin coacción de nada ni de nadie?» (Periódico *La Ilustración*, ca. 1880, citado por Moisés González Navarro, 1957: 361-362).

con haber establecido de modo espontáneo y sin que nada ni nadie me obligara, un servicio médico y farmacéutico para mis trabajadores y sus familiares realmente enfermos, siendo que este acto que yo quise orientar noblemente se ha convertido en obligación?» (*México industrial*, 1925: 254).

La reparación del daño acontecería únicamente cuando se pudiera verificar que el patrón actuó con dolo, pero esa prueba corresponde al demandante, o sea, al trabajador:

Responsable de mí mismo, no puedo adjudicar a nadie sino a mí mismo la razón de mis fracasos. Estos fracasos, aun si son el resultado de hechos circunstanciales, de una coyuntura difícil, se deben a mí, soy yo quien no supo prever un elemento determinado, soy yo quien pecó de ignorancia, soy yo quien no comprendió o no supo emplear las leyes de la naturaleza. En todo caso y siempre, salvo excepción, es mi culpa. Soy el único y definitivo punto de imputación de lo que me sucede [...] La filosofía liberal convierte todo error en culpa (Vera Estañol, 2005: 756).

Huelga decir que un procedimiento judicial como el expuesto resultaba imposible de llevar a cabo. En estas circunstancias, lo más prudente para el accidentado o para sus deudos, si las consecuencias habían sido mortales, era colocarse en el mismo registro discursivo del patrón, esto es, asumirse como ser en desgracia requerido de una ayuda misericordiosa que solo un individuo generoso podría proporcionar. Indudablemente, estos *socorros* no paliaban las auténticas necesidades de sobrevivencia del incapacitado o de su familia, pero era lo más que se podía obtener en un contexto político, social y cultural adverso. Si la gigantesca correspondencia de este género es leída al margen de estas coordenadas, parecería que el paternalismo patronal fue una ideología compartida sin impugnaciones puesto que los mismos subalternos la reiteraron y refrendaron, cuando en los hechos significaba sino su contrario, sí por lo menos una estrategia que permitía obtener algo, mientras que en una postura de franco desafío al poder lo más probable es que se arriesgara todo.

Cuando las primeras dependencias gubernamentales incursionaron en el terreno de las relaciones obrero-patronales, inquirieron a los propietarios sobre las cifras de accidentes y sus causas. «Fuerza mayor» y «descuido» eran las respuestas más frecuentes. Vale decir, eran causas no atribuibles a la voluntad de alguno de los sujetos involucrados en la producción y, consiguientemente, no se podía alegar que hubiera habido dolo o bien se debían a la falta del operario quien, en vez de estar atento a la máquina, había entablado una plática, no había seguido las instrucciones, había contado chistes, etc., en suma, fallas en la conducta de quienes no lograban ser domesticados aún por el orden fabril. Muy ocasionalmente y más debido al celo profesional de un funcionario, se solicitaba más detalles sobre las causas de los accidentes, sobre todo si habían cobrado muchas vidas, aunque por lo general con la información proporcionada se cerraba el expediente.

Una condición objetiva trastoca este orden. La regularidad estadística de los accidentes acaecidos en el trabajo industrial resulta evidente en virtud de la concentración física de un número considerable de operarios. Aquellos se producen al operar ciertas máquinas, en ciertas horas del día con más frecuencia que en otras, etc. La dimensión colectiva de los accidentes no es compatible con la invocación de causas individuales. El carácter colectivo de las lesiones y muertes obreras en el trabajo se contradice con la imputación individual de su causalidad. Pero los fundamentos objetivos no son suficientes para explicar un proceso sociopolítico de lucha que involucra cambios en la identidad de sus actores, o sea, de su subjetividad.

Desde mi punto de vista, lo que he denominado el tránsito de la caridad a la indemnización (Rajchenberg, 2002, 1998 y 1992) tuvo dos prerequisites. La primera consiste en la sedentarización de la población trabajadora. En efecto, en casi todos los casos conocidos, el régimen fabril tuvo que competir en sus inicios con otras actividades económicas para fijar a la mano de

obra en el espacio industrial. Ello no significa que estas remuneraran mejor a los trabajadores, sino que la disciplina de trabajo no fue tolerada sin cuestionamientos y uno de estos fue el nomadismo.<sup>8</sup> Pero otras razones también impulsaban a los obreros a enrolarse efímeramente en las filas del proletariado industrial. Si su lugar de origen no era muy distante de los nuevos centros industriales, podían regresar a él con relativa facilidad para conservar los vínculos de sociabilidad pueblerina o bien para cumplir con las necesidades estacionales de la economía campesina (García Díaz, 1981). Antes que sujetos obreros, se trataba de hombres de comunidades agrarias que completaban sus ingresos con el salario industrial. A veces, llegaban a hacer el recorrido a pie como en el caso de los pastores de Oaxaca que iban periódicamente a Orizaba a trabajar en las fábricas textiles y al cabo de unos pocos meses regresaban a su tierra tras una caminata de ocho días. Eran objeto de la antipatía de los obreros más permanentes quienes no contaban con ellos para emprender una acción reivindicativa. Eran tildados de rompehuelgas y propatronales. Paradójicamente, eran los más susceptibles de contraer una enfermedad porque quedaban asignados en el taller de teñido, donde el uso de productos químicos, las anilinas, comportaba efectos letales. Regresaban a morir al terruño.

En suma, si bien la extrema movilidad de la mano de obra fue tanto una modalidad de resistencia como un rompecabezas para los directivos empresariales, impidió la cristalización de demandas que solo pudieron florecer cuando la población obrera se estabilizó. Es esta condición la que permitió evidenciar la naturaleza colectiva de determinadas problemáticas, particularmente la de la enfermedad. Es esta última la que más dificultades revestía para demostrar su profesionalidad. Mientras que los accidentes acontecen en el lugar mismo de trabajo y en el transcurso de la jornada laboral, los padecimientos no se pre-

---

8 «La experiencia de la huida viene a ser como un entrenamiento del anhelo de libertad» (Hardt y Negri, 2004: 65).

sentan súbitamente. El caso de las enfermedades respiratorias es emblemático.

Los trabajadores textiles comprobaban que fallecían más jóvenes que antes de incorporarse a la industria, pero que además la causa de las defunciones se repetía incontables veces. La consignaron como tuberculosis, aunque probablemente fuera bisinosis,<sup>9</sup> misma que todavía no había sido identificada como entidad mórbida específica. Lo fundamental no radicaba en el nombre preciso de la enfermedad, sino en dar cuenta de la asociación entre el trabajo y un determinado padecimiento que terminaba por llevarlos a la tumba. No era tarea fácil para los obreros, aunque los empresarios tuvieron menos dificultades para contraargumentar. La tuberculosis, proclamaron, era una enfermedad propia de los pobres, alcohólicos y promiscuos sexuales por excelencia. No se trataba de buscar dentro de las fábricas al agente causal de las defunciones, sino fuera de ellas, en la inmoralidad obrera propia de los pobres, cuya miserable condición a su vez radicaba en la holgazanería. La rectificación de los males podría remediarse mediante una labor pedagógica que satanizara la ingesta de alcohol, el ausentismo —los *San Lunes*, etc.— y promoviera el hábito del ahorro.<sup>10</sup>

---

9 Una historiadora refiere la confusión en aquella época entre tuberculosis, neumoconiosis y bisinosis que resulta específicamente de la inhalación de los polvos de algodón durante el cardado, hilado y tejido, porque los síntomas de las tres enfermedades son semejantes (Collado, 1996: 293). Sin embargo, es posible también que el resultado inicial de la inhalación de los polvos de algodón derivara en un cuadro de tuberculosis pulmonar. Desde mi punto de vista, no es tanto la precisión taxonómica del padecimiento lo que interesa aquí, sino el hecho de que los trabajadores perciban claramente la profesionalidad de determinadas enfermedades. En otros casos, no pudieron los trabajadores ponerle un nombre a la enfermedad que mayoritariamente padecían pero lograron describirla: «Bemos, dicen los mineros de Río Escondido en el estado de Coahuila, que todos los que bienen de las otras minas bienen muy sanos y después de unos dos meses que trabajan haquí cambian de su color y seponen de un color descoloridos» (AGN, 1921). Se ha conservado la grafía original.

10 «A los trabajadores mientras más limitados se les tenga en sus sueldos es

El segundo prerrequisito del paso de la caridad a la indemnización es la existencia de una fracción de la clase política que abanderara la reforma del mundo del trabajo. Se trata de reformadores, cuya acción se sitúa en instancias legislativas donde promueve una nueva normatividad de las relaciones de trabajo. En el caso de México, el derrumbe del régimen porfiriano (1876-1911) de carácter dictatorial y de permanencia indefinida de los integrantes del aparato estatal a lo largo de varias décadas permitió el acceso de un nuevo grupo a los puestos políticos. Sus integrantes rara vez habían tenido un pasado obrero, pero habían sido cercanos a él, sea porque eran artesanos en los mismos poblados donde se habían instalado los centros fabriles, sea que habían ocupado un puesto administrativo en las fábricas. En síntesis, eran una clase media pueblerina o provinciana que en términos de distancia social eran más próximos del proletariado fabril que de las élites económicas y políticas a cuyas filas les estaría vedado el acceso mientras perdurara el orden oligárquico y dictatorial. Aun si algunos habían militado en el anarquismo antes del derrocamiento del antiguo régimen, estuvieron lejos de promover políticamente la abolición de relaciones capitalistas. Algunos se proclamaron socialistas y esto significaba la eliminación de las aristas más injustas del salariado. Por lo tanto, se trataba de reglamentar las condiciones de trabajo y de hacer cumplir esa reglamentación desde el poder del Estado, confiriendo a este los instrumentos legales para su intervención. Fue así que, por ejemplo, en el estado de Veracruz se logró promulgar una ley pionera de enfermedades profesionales en 1924, tras una prolongada huelga,<sup>11</sup> que, por cierto, consignaba a la tuberculosis como un padecimiento contraído en el trabajo.

Llegaron a suscitarse confrontaciones entre organizaciones empresariales y los poderes regionales a raíz del incumplimien-

---

mayor el beneficio que se les hace y prueba de ello es, que siempre que alguno es mejorado o alcanza rayas mejores que los demás, es el primero en faltar a sus labores los lunes y si le sobra dinero el martes, presentándose a diario en estado de ebriedad» (AGN, 1920a).

11 He estudiado el desarrollo de esa huelga en Rajchenberg (1993).

to de las leyes del trabajo e incluso un patrón llegó a pisar la cárcel por no acceder a cumplirlas, aunque fue liberado pocos días después. El tono de las disputas alcanzó niveles de rispidez retórica particularmente altos y en ellas la nueva clase política adoptó un lenguaje obrerista radical para hacer contrapunto a las acusaciones de los órganos empresariales. No obstante, de lo que se trataba era de modernizar las relaciones de trabajo porque sin ello no se alcanzaría la consolidación hegemónica del nuevo régimen.

El tránsito hacia la teoría del riesgo y hacia el régimen indemnizatorio cobró forma a partir de entonces. Quedaba atrás la homologación del trabajador con la máquina así como las modalidades del socorro como expresión de la generosidad y benevolencia patronal. Ciertamente, en países como los latinoamericanos, la legislación del trabajo no cubre a la totalidad de la población trabajadora y esta es una de las razones por las que su anulación actual o su drástica reforma se realiza con relativa facilidad política. Sin embargo, ahí donde los trabajadores lograron agruparse en organizaciones de defensa, aun si, como en México, ello implicaba incorporarse a los engranajes de un régimen corporativo y, por ende, renunciar a la autonomía política, el tránsito se consumó.

La teoría del riesgo de trabajo ocupó el lugar en el corpus jurídico dominado previamente por la teoría de la culpa. Mas siguió siendo particularmente arduo demostrar que una enfermedad era consecuencia de las condiciones laborales y peor aún si no figuraba en la lista de aquellas cuya profesionalidad era legalmente reconocida. El atraso que la legislación fue acumulando respecto a los cambios tecnológicos y organizativos en las empresas no ha sido superado.

¿Era acaso la adopción de la teoría del riesgo el único horizonte posible de acción obrera? Definitivamente no. El nomadismo de los primeros tiempos industriales era una forma



más radical de expresar el rechazo al desgaste obrero, pero no llegó a cristalizar en una acción política, sino que permaneció como simple huida, para retomar los términos de Hardt y Negri. En cambio, la lucha por la instauración de las indemnizaciones a los accidentados y enfermos permitía adaptarse a las nuevas formas de trabajo y de organización de la producción. Contradecía el discurso liberal más ortodoxo, pero no contradecía el salariado capitalista. Los obreros se acomodaron al nuevo contexto de su vida una vez que lograron alterarlo tal como venía siendo impuesto. La conformidad, dice Thompson, es necesaria si uno quiere sobrevivir, pero solo se distingue analíticamente de la permanente inconformidad. Solo excepcionalmente hay hombres y mujeres dispuestos a luchar toda la vida; son aquellos que Bertolt Brecht llamó los indispensables.

## **Regresemos a nuestro punto de partida**

Las conquistas obtenidas durante el siglo XX en materia de salud en el trabajo han sido revertidas aunque no siempre por la vía de la reforma jurídica, sino que bastó la alteración profunda de las bases sobre las cuales se contrata a la mano de obra y se realiza el proceso de trabajo para hacer nugatorios los derechos cristalizados en la legislación.

Sñar con el retorno al orden pretérito de regulación de las relaciones de trabajo resulta superfluo: no se trata de impugnar las utopías que alimentan y promueven la acción, siempre y cuando no constituyan proyectos de vuelta a un pasado idealizado cuya reedición es, por lo demás, irrealizable. Las coordinadas que hicieron factible las luchas y los logros del siglo XX se han alterado dramáticamente. Lo que hoy predomina es el paisaje de una batalla que todavía no ha finalizado porque los embates prosiguen y, en ese sentido, el paisaje es catastrófico porque las antiguas certidumbres se han desmoronado y seguirán derrumbándose muchas más. Las construcciones identitarias se han pulverizado, en ocasiones dando lugar a otras que

por ahora no cuentan con la armadura organizativa que las pueda sostener firmemente contra los espejismos de una filosofía individualista y utilitarista. De ahí su fragilidad y las constantes recomposiciones de los compromisos y alianzas contraídos. Por lo pronto, los agrupamientos que más resistencia a su fragmentación han demostrado son las pluricentenarias identidades indígenas en América Latina. Además de la indudable legitimidad de sus demandas y movilizaciones, el apoyo y la solidaridad que la población no indígena les ha brindado, se encuentra la posibilidad de adherir a organizaciones cuya solidez y persistencia no son fáciles de obtener en otro espacio social.

La posibilidad histórica de emergencia de un *obrero mundial*, como lo sugiere por ejemplo Adolfo Gilly (2015), debe ser considerada como tal, como una posibilidad, aunque todavía no se perfilen tendencias claras hacia la constitución de ese sujeto, sino en sentido contrario. Las expresiones políticas de la crisis consisten en exacerbaciones nacionalistas que recaudan simpatías en sectores populares. La extrema movilidad de tal obrero mundial que lo hace cruzar fronteras y sortear muros de contención y burlar a agentes migratorios, pero también a cambiar de ocupación y de lugar de trabajo constantemente entraña la recomposición territorial de sus demandas y de sus prácticas reivindicativas. ¿Quién puede ser en estas circunstancias el interlocutor institucional de una demanda laboral o el garante jurídico del cumplimiento de una norma? La diferencia entre las organizaciones comunitarias con su fuerte y ancestral anclaje territorial se vuelve notoria respecto a la transhumancia obrera.<sup>12</sup> En los albores del siglo XX, la errancia, como ya vimos, se

---

12 Ello no significa incompatibilidad: ha sido estudiada, por ejemplo, la emergencia de comunidades transnacionales cuyos sujetos son, por una parte, los migrantes en Estados Unidos y, por otra, los miembros de sus comunidades de origen cuya actividad agrícola, soporte material de la cohesión del grupo y fiestas patronales son financiadas por las remesas de aquellos. De esta suerte, la pertenencia al grupo de los migrantes se refrenda a pesar de su ausencia física y así la desterritorialización que implica la migración es temporal.

resolvió en la sedentarización. No presenciamos hoy una tendencia similar, pero ello no significa la imposibilidad de toda resistencia, sino que la territorialización de los Estados-nación heredados de la paz de Westfalia son insuficientes e incompetentes para enfrentarse a esta problemática. Hasta ahora, los desafíos que presenta la globalización capitalista se resuelven mediante la obligada adopción por los Estados de códigos metalegales de aplicación mundial: no son estos los que emiten las normas de conducta y sobretodo de entorno favorable a la inversión, de los gigantes empresariales, sino que son solo los encargados de aplicarlas, y de no ser así son sancionados y multados por organismos supranacionales. No existe algo semejante en materia de trabajo. Las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) no tienen fuerza vinculante y no pasan de ser eso, recomendaciones.

La visibilización social de la cuestión obrera requiere de un proyecto intelectual y de los intelectuales.<sup>13</sup> No se trata de una propuesta iluminista la que estoy enunciando, menos aún de una elitista. Me sitúo en un terreno teórico gramsciano para el cual el rebasamiento corporativista, o sea, la generalización es un requisito ineludible de toda conquista subalterna. Hoy por hoy, como ya fue dicho, la brecha entre intereses populares y quehacer intelectual se ha profundizado: ya no es solo cuestión de retraso de las preocupaciones intelectuales, sino un genuino desencuentro. Es de esperarse que esta brecha se reabsorberá, como ha sucedido en otros momentos de los dos siglos precedentes, cuando la activación popular se vuelva más sonora.

---

13 Las investigaciones de Mariano Noriega y de Cristina Laurell, en México, de Jaime Breilh, en Ecuador o de Berlinguer en Italia fueron fundamentales en los años setenta y ochenta del siglo pasado no solo para generar un campo de conocimiento científico, sino también para incidir en las luchas en torno a la salud de los trabajadores.

## Reflexión final: leer el pasado en clave para el cambio

Sería prueba de poca capacidad heurística contentarnos con decir que las condiciones de salud y enfermedad en el trabajo y que las relaciones de fuerza políticas se han visto trastornadas entre principios de siglo XX e inicios del XXI. Tampoco resultaría muy fecundo para el análisis limitarse a comparar ambos momentos ya que no son cotejables uno de avance de fuerzas populares con otro de derrota. Mi propuesta no pretendió ser comparativa, sino de lectura del pasado para pensar en remontar la derrota, que no significa únicamente la reconquista del terreno retrocedido en los últimos treinta o treintaicinco años, para restaurar condiciones que son irrepetibles como lo es cualquier episodio del pasado.

Sin embargo, en primer lugar, es indispensable proceder a un *inventario de los daños*, mismo que en cierta forma implica un conocimiento más puntual del terreno perdido en las décadas precedentes en términos de derechos negados, anulados o imposibilitados de ser ejercidos, de perfiles de morbimortalidad laboral exacerbada de acuerdo a los patrones previos o también de nuevas patologías relacionadas con las nuevas condiciones de trabajo. Esta propuesta que puede confundirse con la elaboración de un libro negro de la salud de los trabajadores en tiempos neoliberales tiene como mayor fecundidad la denuncia social. Esta, por sí sola, puede agotarse en el asombro y en la condena moral de una realidad ignominiosa y ello no es suficiente aunque proporciona visibilidad a una problemática opacada.

En segundo lugar, el abandono de posiciones corporativistas o gremialistas constituye un eslabón para vincular el mundo del trabajo con la comunidad. Los heroicos capítulos de las luchas en el pasado estuvieron signados por el apoyo de aquella bajo múltiples formas, vgr. proporcionando alimentos a los huelguistas, permaneciendo en los piquetes en las puertas clausuradas de

los centros de trabajo, etc. En nuestros países latinoamericanos, donde las estrategias extractivistas se expandieron durante lo que llevamos de siglo XXI y que Harvey denomina acumulación por desposesión, la problemática de salud y enfermedad no se restringe a los trabajadores de esas industrias, sino que se extiende a la región donde estas se implantan. La virtud de las luchas de las comunidades asentadas en ella y que frecuentemente pertenecen a los pueblos originarios del continente es que han planteado sus exigencias en términos de la amenaza para la vida misma que representan los conglomerados mineros, forestales, petroleros, hidroeléctricos, etc. En otras palabras, han puesto en evidencia la incompatibilidad entre el régimen de acumulación dominante y su eje dinámico extractivista con la vida humana, aun si a veces han optado por negociar con las grandes corporaciones y poner un precio a su territorio para que estas exploten el recurso mineral, hídrico o forestal que ambicionan. El viejo eslogan «La salud no se vende», al que se le agregó después «pero tampoco se regala», queda reeditado en nuevos contextos.

En tercer lugar y por último, un punto que no puede ser abandonado ni perdido es el de la defensa del derecho del trabajo. No me refiero a aspectos parciales aunque sustanciales de la legislación del trabajo elaborada a lo largo del siglo XX, sino a la concepción de base que sustenta aquellas conquistas materializadas en prestaciones diversas y protecciones del trabajador. Se trata del reconocimiento social del trabajador como sujeto cuya posibilidad de gozar y de exigir los derechos ciudadanos conquistados en el seno de una sociedad depende estrechamente del rechazo colectivo a la condición del trabajador como una mercancía indistinta de las demás. La desmercantilización de las necesidades fundamentales del trabajador como la de todo ser humano es parte de esa exigencia.

## Referencias

- 1925, «La legislación veracruzana sobre responsabilidad patronal en las enfermedades de los obreros». *México industrial*. México: CONCAMIN.
- Archivo General de la Nación. (1920). *Carta del propietario de la fábrica de pinturas mosaicos Eugenio Talleri y Cía*. Ramo Trabajo (RT), caja 222, exp. 21, marzo.
- Archivo General de la Nación. (1920a). RT, caja 212, exp. 2, 14 de julio.
- Archivo General de la Nación. (1921). RT, caja 301, exp.19, 15 de octubre.
- Collado, Carmen. (1996). *Empresarios y políticos, entre la restauración y la revolución. 1910-1924*. México: INEHRM.
- García Díaz, Bernardo. (1981). *Un pueblo fabril del porfiriato*. Santa Rosa. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gilly, Adolfo y Roux, Rhina. (2015). *El tiempo del despojo. Siete ensayos sobre un cambio de época*. México: Itaca.
- González Navarro, Moisés. (1957). El porfiriato. La vida social. En: Daniel Cosío Villegas (Coord.). *Historia moderna de México*. México: Hermes.
- Hardt, Michael y Negri, Antonio. (2004). *Multitud. Guerra y democracia en la era del Imperio*. Barcelona: Debate.
- Mendoza, Ricardo (2012). La salud mental como problema de la reproducción de la fuerza de trabajo (tesis). México: UNAM (<http://www.dgbiblio.unam.mx>).
- Rajchenberg, Enrique. (1992). «De la desgracia al accidente de trabajo». *Estudios de historia moderna y contemporánea (XV)*, México: UNAM , pp. 85-111.
- Rajchenberg, Enrique. (1993). «Orizaba, junio de 1923: la huelga olvidada». En: *México entre dos revoluciones (107-135)*. México: UNAM.
- Rajchenberg, Enrique. (1998). «El tributo al progreso: los costos del tránsito al mundo fabril». *Journal of Iberian and Latin American Studies (4)*, no.1, Melbourne.
- Rajchenberg, Enrique. (2002). *De la caridad a la indemnización. Orizaba, 1918-1924*. México: UNAM
- Rajchenberg, Enrique. (2007). *Hablemos de los años 70. Las dictaduras*. México: Ríos de Tinta
- Rajchenberg, Enrique. (2009). *Hablemos de los años 80. La crisis*. México: Ríos de Tinta.
- Ramírez, Berenice. (2007). Neoliberalismo, derechos sociales y reformas a la seguridad social. En: Ángel Ruiz Moreno. *El derecho social en México a*

*inicios del siglo XXI. Una visión de conjunto.* México: Porrúa-Universidad de Guadalajara.

Scott, James C. (1985). *Weapons of the Weak. Everyday Forms of Peasant Resistance.* New Haven: Yale University Press.

Thompson, Edward P. (2000). *Costumbres en común.* Barcelona: Crítica.

Vera Estañol, Jorge. (2005, 1ª edición 1902). La evolución jurídica. En: Sierra, Justo (Dir.). *México. Su evolución social.* México: Porrúa.





# NUEVOS RIESGOS PARA LA SALUD EN UN CAPITALISMO FLEXIBLE

## Respuesta de los sindicatos en Alemania

Klaus Pickshaus<sup>1</sup>

### La prevención puede ser exitosa

En la Europa de finales de los años 1980 ocurrió un cambio radical en el ámbito de la protección laboral y la prevención de los riesgos a la salud asociados con el trabajo: la *Directiva del Marco sobre Seguridad y Salud en el Trabajo* permitió que por vez primera se introdujera un cambio paradigmático. Esto se debió a un periodo pasajero de reformas en la Unión Europea, durante el cual los sindicatos pudieron ejercer influencia. La prevalencia vinculante otorgada desde entonces a la prevención estipula, entre otras cosas, la necesidad de evitar y combatir desde sus orígenes todo tipo de riesgo en el lugar de trabajo. Todo lo relacionado con la protección contra riesgos laborales debía ser considerado durante la fase de planeación de medidas que conllevaran cambios técnicos o de índole organizacional, así como durante la adquisición de maquinaria y productos. Los riesgos que no se pudieran evitar debían ser evaluados con el fin de tomar medidas que permitieran su disminución. Adicional-

---

1 Político, ex-jefe de departamento salud y seguridad de trabajo de la ejecutiva de IG Metall, periodista político. Correo electrónico: klaus.picshaus@t-online.de

mente, era necesario tener en cuenta que no era el ser humano quien debía acoplarse a las condiciones laborales, sino que por el contrario, el trabajo debía estar diseñado de tal manera que fuese adecuado a las personas. Las medidas de protección colectivas siempre tienen mayor importancia que las medidas de seguridad individuales. A esto cabe añadir la importancia de involucrar a los empleados mismos en este continuo proceso. Todo esto ciertamente redundó en un cambio paradigmático, teniendo en cuenta que la protección contra riesgos laborales siempre estuvo orientada hacia la técnica y la experticia, además de ser un concepto regido por la idea de mejorar falencias, mas no por la prevención.

Estas directrices debían ser implementadas en cada una de las legislaciones nacionales de los países europeos —en Alemania se llevó a cabo desde 1996—, generando importantes avances, especialmente en áreas que tradicionalmente habían representado un riesgo para la salud como los accidentes laborales y la carga física excesiva, entre otras. En todo este proceso fue igualmente positivo que, de manera conjunta con la inspección estatal de la salud y la seguridad en el trabajo, las aseguradoras empezaran a desempeñar un papel importante en la implementación de medidas preventivas.

A diferencia de la situación que aparentemente experimentaban muchos países latinoamericanos, Alemania logró disminuir la accidentalidad laboral de manera considerable. Un ejemplo: mientras en 1960 se registraban 110 accidentes laborales por cada 1.000 empleados de tiempo completo, para 2013 se logró disminuir dicha cifra hasta alcanzar su índice histórico más bajo: 24 accidentes laborales por cada 1.000 empleados de tiempo completo. De manera particular, se pudieron reducir los accidentes laborales de carácter letal, a casi a una décima parte de las cifras registradas en 1960 (véase tabla 1). El sector agrícola y el de la construcción siguen siendo los campos laborales en los cuales se presentan la mayor parte de este tipo de accidentes.

**Tabla 1****Reporte Anual sobre Seguridad y Salud en el Trabajo**

<b>Año</b>	<b>1960</b>	<b>2001</b>	<b>2014</b>
Accidentes laborales	2,7 Millones	1,4 Millones	0,95 Millones
Accidentes laborales letales	4 900	1 100	639
Accidentes durante el desplazamiento		0,23 Millones	0,18 Millones

Fuente: Oficina Federal para la Protección contra Riesgos Laborales y de Medicina Laboral

Tal éxito en la prevención está fundamentado en las dos siguientes razones: por un lado, se formuló una legislación en materia de salud y seguridad en el trabajo, implementada a nivel europeo, mediante la cual se estipula que los riesgos laborales deben ser combatidos desde el origen y hace énfasis en la necesidad de llevar a cabo evaluaciones de riesgo exhaustivas. Por otro, se creó una inspección para la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, constituida por entidades estatales y por las mismas aseguradoras.

Sin embargo, durante este proceso se han identificado algunos aspectos negativos que no pueden ser ignorados. Debido a una política neoliberal de austeridad que también impera en Europa y Alemania, los recursos destinados a la inspección han sido fuertemente restringidos en los últimos años. Adicionalmente, la legislación que regula la salud y la seguridad en el trabajo sigue teniendo falencias con respecto a la prevención de riesgos nuevos, especialmente los que tienen que ver con situaciones de estrés vinculado al trabajo.

## **Aumento de nuevos riesgos para la salud generados por la carga psicológica en el trabajo**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el estrés generado por causas laborales es «uno de los grandes riesgos del siglo XXI». De acuerdo con los cálculos de dicha organización para 2020, uno de cada dos casos de enfermedad será atribuible al estrés. El estrés, al igual que la carga psicológica en el lugar de trabajo han experimentado un considerable aumento, especialmente en países industrializados, debido a que los límites de lo que implica el trabajo han ido desapareciendo (eliminación de barreras frente a lo laboral), así como al crecimiento de la intensidad de trabajo.

Los resultados de una encuesta realizada en 2012 por los sindicatos (el llamado Índice de la Confederación de Sindicatos de Alemania: Buen Trabajo) confirma esta tendencia:

- La intensidad laboral ha ido en aumento en cuatro quintas partes de los empleados alemanes, aumento que en más de la mitad de ellos es de proporciones considerables.
- La cantidad de empleados que frecuente o regularmente debía realizar tareas de manera apresurada se incrementó hasta alcanzar un índice del 56% en 2012.
- El 44% de los empleados se siente frecuente o regularmente vacío o agotado después de la jornada laboral. Llamamos particularmente la atención los siguientes datos: el 75% de los empleados dice tener que trabajar de manera apresurada con mucha frecuencia. Entre ellos, un 71% ha sufrido un incremento considerable en la intensidad del trabajo. Un 69% de los empleados asegura trabajar, con mucha frecuencia, bajo condiciones difíciles de cumplir (Índice de la Confederación de Sindicatos de Alemania: Buen Trabajo, 2013).

El Reporte de Estrés de 2012 en Alemania, del Instituto Federal de Seguridad en el Trabajo y Medicina Laboral, informe

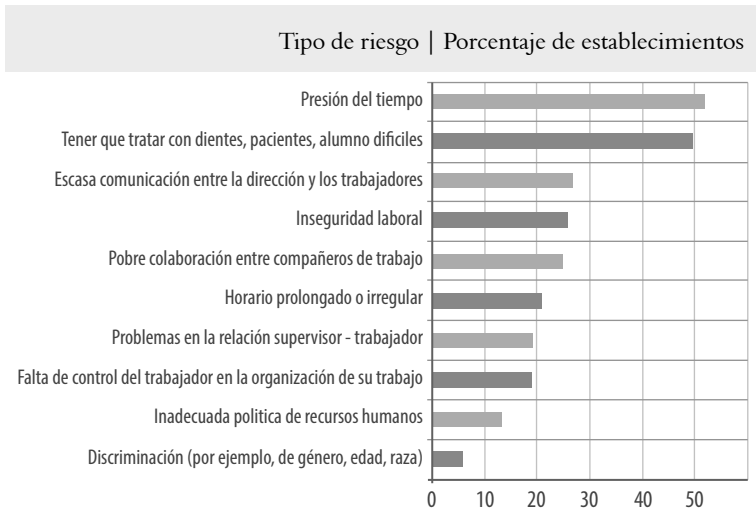
basado en una encuesta representativa realizada entre aproximadamente 20.000 trabajadores, que lo convierte en la base de datos mejor fundamentada y más actualizada de Alemania en la actualidad, determina de manera concisa que

los factores que con mayor frecuencia se mencionan al hablar de las exigencias a las que se enfrenta una persona en el ámbito laboral y su organización son los siguientes: tener que atender distintas actividades al mismo tiempo (situación conocido como multitarea o multitasking); gran presión en lo relacionado con horarios y el rendimiento; interrupciones o molestias durante el tiempo laboral; el tener que trabajar con demasiada rapidez; tener que repetir continuamente la misma labor (monotonía). De igual manera han aumentado los problemas de salud asociados al contexto laboral. Mientras más problemas de salud se mencionen, crece igualmente el índice de los que están relacionados con la intensidad laboral. Por ejemplo, ha aumentado considerablemente el índice de problemas por presión en lo relacionado con horarios y el rendimiento, o los vinculados al fenómeno de multitareas. Al mismo tiempo, a mayor número de problemas de salud reportados es menor la cantidad de recursos destinados (Instituto Federal de Seguridad en el Trabajo y Medicina Laboral 2013: 164).

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo (OSHA) ha recopilado datos en 27 países europeos que develan cuáles factores y en qué proporción han contribuido al aumento de la carga psicológica laboral. En primera instancia se menciona la presión por el tiempo, le siguen las dificultades en el trato con clientes/pacientes, etc., la deficiencia en la comunicación entre los empleados y la inseguridad laboral, entre otros factores (véase figura 1).

## Figura 1

### Presencia de riesgos sicosociales en el establecimiento



Fuente: ESENER (2009)

El acuerdo europeo para el bienestar social en lo relacionado con el estrés por causas laborales del año 2004 (acuerdo al que se llegó tras largas negociaciones entre las organizaciones patronales y sindicales), reconoció como obligación la promoción de la prevención. Tal obligación ya había sido estipulada por las directrices del marco para la seguridad y la salud en el lugar de trabajo, acordadas en 1989. Según este acuerdo, «los problemas vinculados al estrés laboral deben ser considerados como una de las medidas a tomar, debido a que representan un factor de riesgo para la seguridad y la salud laboral».

Además, se identificaron factores concretos relacionados con la prevención en el trabajo que han de convertirse en tareas a implementar; algunos de los cuales son:

- La organización y los procesos en el trabajo (regulación del tiempo laboral, posibilidad de actuar y decidir, concordancia entre las habilidades del empleado y las exigencias del cargo, carga laboral, etc.).
- Las condiciones laborales y el entorno laboral (exposición a situaciones molestas como ruido, calor excesivo, materiales de riesgo, etc.).
- La comunicación (poca claridad en relación al resultado de las labores que se han de desempeñar, perspectivas laborales o estar sujeto a cambios, etc.).
- Factores subjetivos (presión emocional o social, sensación de no lograr hacer algo satisfactoriamente, la aprobación o la falta de ella, etc.) (Kamp y Pickshaus, 2011).

El estrés vinculado al ámbito laboral y a la carga psicológica en el trabajo pueden tener consecuencias en la salud de diversa índole:

A pesar de desempeñar un papel crucial en relación a los accidentes laborales, el estrés es sobre todo un factor determinante en la aparición de enfermedades sicosomáticas, afectando de manera particular el sistema óseo y muscular, y en la aparición de enfermedades cardiovasculares o gastrointestinales. Cabe mencionar que el estrés está íntimamente relacionado con la aparición de enfermedades psicológicas como la depresión.

Los accidentes laborales y las enfermedades profesionales se encuentran reguladas por la legislación alemana y solo representan una pequeña parte de la totalidad de enfermedades generadas por el trabajo (véase figura 2). En estos pequeños segmentos, se puede advertir éxito en la prevención. Sin embargo ha llegado el momento de que la prevención concentre la totalidad de las enfermedades derivadas del trabajo y es fundamental dirigirse a abarcar todos los factores que puedan generarlas.

## Figura 2

### Tipos de afecciones derivadas del trabajo

Los accidentes laborales y las enfermedades profesionales sólo suponen una pequeña parte de todas las enfermedades derivadas del trabajo.



En años recientes Alemania ha experimentado un aumento en las enfermedades psicológicas. Las ausencias laborales, ocasionadas por este tipo de enfermedades han pasado de 53,5 millones de días en 2010 a 79 millones de días en 2013, reflejando en un 40% de los casos, ser el factor principal para una jubilación anticipada. Entre los años 2000 y 2014, los casos de jubilación anticipada por motivos de enfermedades psicológicas, se duplicaron en Alemania. Los casos de jubilación anticipada ocasionados por trastornos óseo-musculares fueron del 14,2% y por cáncer un 12,7%; aunque las anteriores cifras sean reflejo de grupos representativos, muestran una cuota mucho a la de enfermedades psicológicas (véase figura 3).

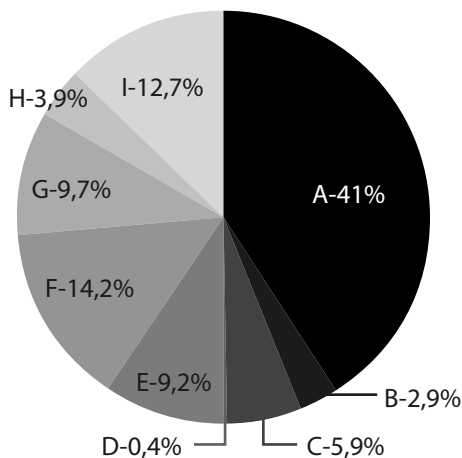


## Enfermedades psicológicas, causa principal de jubilación anticipada

**Figura 3**

### Enfermedades psíquicas y otras enfermedades

Grupos diagnósticos



- A-Enfermedades psíquicas
- B-Vías respiratorias
- C-Enfermedades de nervios
- D-Enfermedades de piel
- E-Otros
- F-Músculo - esqueleto
- G-Enfermedades cardiacas
- H-Metabolismo
- I-Cáncer

Fuente: Deutsche Rentenversicherung [Seguro Alemán de Pensiones], Berlín 2012

Las discusiones alrededor de las ciencias sociales y de la psicología laboral en Alemania toman muy en serio estos resultados. El aumento de las enfermedades psicológicas es considerado por algunos como síntoma de que la flexibilización del mundo laboral moderno, así como el hecho de que el mismo esté deter-

minado por los mercados financieros, redunde en una tendencia dirigida hacia cuadros patológicos (Pickshaus, 2014).

La tendencia general hacia una «aceleración en el ritmo de vida», constatada por científicos de las disciplinas anteriormente mencionadas, se refleja en cada uno de los aspectos de nuestra sociedad. De tal manera, se puede concluir que los procesos inducidos por el mercado capitalista y la aceleración del ritmo de vida

se ven reflejados en cuadros socio-patológicos de depresión y síndrome de agotamiento, entre otros [...] Los pacientes con síndrome de agotamiento o depresión severa ya no pueden ser reactivados; se encuentran en un estado de desaceleración obligada y para los procesos de manejo capitalista, por lo menos desde la perspectiva de la productividad, arruinados (Dörre, Lessenich y Rosa, 2009: 298).

## **Las nuevas estrategias de gestión producen nuevos riesgos**

Del modelo de capitalismo actual basado en la flexibilidad, ha emergido una economía del exceso, la cual se orienta hacia expectativas de rendimiento económico excesivas, transfiriendo también a los empleados metas a cumplir desmesuradas.

De lo anterior se sugiere una eliminación de las barreras frente a lo laboral y al hecho de «trabajar sin fin» —fenómenos presentes en amplios ámbitos del mundo laboral. En muchos casos pareciera que los empleados ponen voluntariamente su salud en riesgo. Por lo general, en los campos en los que se presentan estos fenómenos podemos encontrar nuevas formas de estrategias de gestión orientadas hacia la instauración de una forma indirecta de direccionar y controlar a los empleados. Tal forma indirecta de controlar una empresa está en muchos casos afectada por las premisas impuestas por los accionistas y ha encontrado una amplia difusión dentro del mercado capitalista orientado hacia la flexibilidad.

Esta forma indirecta de control tiene dos elementos primordiales:

Por un lado, a los empleados se les concede amplias competencias en relación a sus decisiones y su organización, de manera que tengan un trato auto-determinado frente a los requerimientos del mercado y de los clientes (sobre todo en lo que tiene que ver con el manejo del tiempo y la manera de desempeñar el trabajo).

Por otro lado, están directamente expuestos a los intereses de los clientes y los requerimientos del mercado, teniendo al mismo tiempo que orientarse hacia metas y condiciones marco predeterminadas (horarios, capacidad de personal, etc.). De igual manera se exige un pensamiento empresarial por parte de los empleados. El lema «hagan lo que quieran, pero de manera que sea rentable» resume clara y de manera concisa los elementos que caracterizan tal estrategia de gestión.

Los nuevos conceptos de gestión orientados hacia un control indirecto se corresponden con la difusión de nuevos instrumentos de inspección y nuevas formas de trabajo: el control a través de indicadores (en la industria automotriz, por ejemplo el *Target Costing*), los planteamientos centrados en la generación de resultados y los acuerdos de metas a cumplir son otros de los instrumentos en los que la auto-organización de los empleados es promovida; instrumentos que en primera instancia están vinculados a metas económicas de la empresa o a metas de rendimiento dentro del mercado financiero. En lo que respecta a la organización del trabajo, las formas de trabajo que encuentran una amplia difusión son aquellas que promueven la auto-organización y la cooperación, tanto a nivel individual como colectivo: tiempos de trabajo flexibles, definidos individualmente (tiempo laboral basado en la confianza), trabajo en proyectos, trabajo por grupos, entre otros.

Sin embargo, el control indirecto de los empleados por parte de la gerencia y la auto-organización de los primeros desemboca en una situación ambivalente para los trabajadores. En particular, los empleados calificados expresan que, por un lado, se encuentran expuestos a una mayor presión laboral y a la obligación de tener que involucrarse en procesos colaborativos que generan una mayor carga, mientras que, por otro lado, disfrutan más y se divierten durante el trabajo. De igual forma, el control indirecto implícitamente presupone que la orientación hacia criterios de mercado es un valor incuestionable que trae como consecuencia que aquellos criterios más humanistas que descalifican algunas condiciones en el trabajo se pierdan de vista siendo incluso, en algunos casos, negados.

En las formas de trabajo anteriormente mencionadas, se hace referencia a diversos síntomas que apuntan hacia un proceso paulatino de desgaste de la salud. Podemos enunciar por ejemplo el síndrome de agotamiento (o síndrome *burnt-out*), detrás del cual pueden esconderse problemas de depresión, cardíacos, gástricos, lumbares, auditivos, además de problemas relacionados con el sueño y el descanso. Los síntomas muchas veces son registrados como paradójicos, en palabras de un afectado: «actualmente me encuentro en un periodo de incapacidad, estoy sentado en casa y me siento afectado. Afectado por los síntomas y por los cambios en las condiciones laborales que se han ido implementando y que de hecho hacen que mi trabajo sea más agradable». Lo positivo es inseparable de lo negativo en el trabajo. Disfrutar del trabajo mientras se padece por él es algo imposible de separar.

Las contradicciones que existen en estas nuevas formas de manejo empresarial se relacionan con aspectos fuertemente ligados a características propias de un medio laboral adecuado y que fomenta la salud de los empleados, como pueden ser los altos niveles de autonomía, las tareas globales, la variedad en las labores a realizar, las posibilidades de desarrollo y la cooperación a nivel de la interacción social. Sin embargo, bajo estas nuevas condiciones laborales también se han identificado cargas

críticas para la salud. La nueva autonomía en el trabajo, también genera mayor presión. La intensidad laboral, sumada a los horarios extendidos en el trabajo aumentan de manera considerable los riesgos para la salud.

Los proyectos de prevención, al igual que las iniciativas sindicales que se concentran en las nuevas formas de trabajo, deben confrontar la objeción de que los problemas en los cuales se enfocan solo le competen a una mínima parte de lo que en realidad es un mundo laboral diverso. De hecho, los cambios en el mundo laboral han generado una diferenciación, a medida que el sector *obrero* de corte fordista y taylorista que sigue siendo mayoría, experimenta un descenso, existen dos polos que van en aumento, por un lado trabajadores calificados, cuya ocupación tiende a ser independiente y por el otro, trabajadores con empleos precarios, cuya labor se concentra en la ejecución de los *trabajos malos*. Los efectos retroactivos de la creciente precarización laboral pueden ser observados tanto en el ámbito obrero como en el ámbito del trabajo intelectual calificado. Estos se manifiestan en una tendencia general hacia la disminución de las seguridades, de tal modo que los riesgos del mercado recaigan con mayor frecuencia sobre los empleados y la sensación de inseguridad se convierta en un patrón de percepción colectivo.

Paralela a la disminución de las seguridades, la eliminación de las barreras frente a lo que implica el trabajo se ha convertido en una tendencia general que, de diversas maneras, ejerce una influencia en el mundo laboral, afectando no solo a los empleados calificados. A esta tendencia se suman también los cambios en las condiciones de rendimiento, las cuales son percibidas como factores en continuo crecimiento que implican una presión de tiempo y presión por la generación de resultados. Los límites entre el trabajo remunerado y la vida privada son percibidos cada vez por mayor cantidad de empleados como algo que tiende a desaparecer. El incremento progresivo de *enfermedades psicológicas vinculadas al trabajo* se encuentra indudablemente en estrecha relación con tales fenómenos.

## **La respuesta de los sindicatos: es necesario crear regulaciones**

La experiencia nos ha demostrado que el éxito en las políticas de prevención de los países europeos se encuentra constantemente amenazado por la potencial desregularización a la que abogan tanto el capitalismo como las fuerzas políticas neoliberales. Este es un fenómeno que se ha venido acentuando en el marco del mercado financiero capitalista de corte flexible de los últimos 20 años. En los países con políticas estatales menos orientadas hacia lo social (por ejemplo los de Latinoamérica), las formas de manejo del capitalismo imposibilitan cualquier regularización que vaya en beneficio de los empleados. De acuerdo con la anterior, la conclusión de Karl Marx con respecto a las circunstancias que se generan alrededor del capitalismo industrial, sigue estando vigente: «El capital no tiene consideración por la salud y el tiempo de vida de los trabajadores mientras no se vea obligado por la sociedad a tener en cuenta dichos aspectos» (Marx, 1972: 285).

No obstante, ¿es posible obligar al capitalismo a tener consideración por las necesidades de los trabajadores? Las luchas de los movimientos obreros en Europa y la de los sindicatos demuestran que es posible generar este tipo de logros en la regulación, logros que por demás se encuentran continuamente amenazados a ser revocados (Pickshaus, 2014).

Lo curioso es que los representantes del capitalismo reconocen los efectos de la regulación. El resultado de una encuesta que realizó la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo develó que el 90% de los representantes de empresas y gerentes encuestados reconoció tomar medidas para garantizar la seguridad de la salud únicamente al verse obligados por una regulación legalmente vinculante. Frente a la pregunta de cuáles medidas fueron tomadas por dichas empresas para disminuir los riesgos de enfermedades sicosociales, el 55% de los gerentes y representantes encuestados respondieron haber tenido en

cuenta solo aquellas medidas dictadas por la ley. El hecho de que el porcentaje de encuestados que dice haber implementado cambios que disminuyen el riesgo de adquirir enfermedades sicosociales en el trabajo sea menor, puede deberse a que en Europa y en Alemania aún existe un déficit en la regulación a este nivel, de manera tal que para las empresas, la presión para tomar medidas al respecto, no es perentoria (ESENER, 2009).

Teniendo en cuenta tal situación de riesgo, agudizada para los empleados, el déficit en la regulación conlleva un déficit en las medidas a tomar, al igual que —siendo este el verdadero problema— un déficit en la protección de los empleados. Sin lugar a dudas, no va a ser una simple ley más la que haga que las condiciones laborales con respecto a la salud de los trabajadores sean adecuadas, sin embargo esto podría —algo que no debe ser subvalorado— aumentar el grado de obligatoriedad de los empleadores y las personas encargadas de decidir el tipo de medidas de seguridad que deban ser tomadas por las empresas.

Es por esto que los sindicatos exigen la instauración de una normatividad en lo relacionado con la protección frente a los riesgos ocasionados por la carga psicológica. No se trata de empezar desde cero, sino de aprovechar los contenidos que ya existen; se puede aprovechar la experiencia de las empresas en las que, a pesar de no existir una ley vinculante, se han tomado medidas al respecto, al igual que los resultados de los muchos trabajos de investigación científica que han estudiado este fenómeno. Para este requerimiento de los sindicatos, hemos encontrado aliados políticos en muchas asociaciones profesionales, dentro de las cuales cabe mencionar las asociaciones técnicas de siquiátras y sicoterapeutas, al igual que el sector político. Gracias a la iniciativa de los estados socialdemócratas en el Consejo Federal de Alemania,<sup>2</sup> se logró imponer una declaratoria por unanimidad mediante la cual se exige una ley de tal índole. No obstante, el

---

2 El Consejo Federal es, junto al Parlamento alemán, la segunda cámara federativa del país.

gobierno alemán presionado por las asociaciones capitalistas, ha bloqueado hasta ahora la implementación de tal iniciativa. Por lo menos, en la ley de Protección a la Salud Laboral de 1996, fue posible concretar una serie de pasajes correspondientes —un logro que se le debe a la presión ejercida por el sindicato.

Se deben formular exigencias de carácter definitivo:

- En primera instancia se debe hacer valer que una prevención completa de los riesgos que corre la salud en el sitio de trabajo, incluyendo aquellos que provienen de la carga psicológica, requieren una normatividad vinculante. En el caso alemán esto implica la necesidad de sancionar una normatividad de carácter legal.
- Lo anterior debe estar complementado por reglamentaciones que regulen las tarifas de contrato y fortalecer el contrapeso que representan los sindicatos.
- Finalmente es determinante que las actividades en pro de la prevención por parte de los sindicatos dentro de las empresas se coordinen, para así lograr la implementación de las reglamentaciones.
- Continúa siendo decisivo el hecho de que es únicamente a través de la presión social como el capitalismo puede ser obligado a considerar las necesidades de los trabajadores. Esto ha sido demostrado no solo por la experiencia histórica, sino por la experiencia actual a nivel internacional.

## Referencias

- Oficina Federal para la Protección contra Riesgos Laborales y de Medicina Laboral (Ed.). (2013). *Informe sobre el estrés en Alemania en 2012*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. [Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). (2013). *Stressreport Deutschland 2012*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin]
- Oficina Federal para la Protección contra Riesgos Laborales y de Medicina Laboral (Ed.). (2015). *Reporte Anual sobre Seguridad y Salud en el Trabajo 2014*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und



Arbeitsmedizin. [*Bericht zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014*]

- Índice de la Confederación de Sindicatos de Alemania: Buen Trabajo. (2013). *El estrés psicológico en crecimiento, un poco de prevención. Cómo mantener los negocios con la Ley del ambiente de trabajo*. Berlín: Confederación de Sindicatos de Alemania. [DGB-Index Gute Arbeit. (2013). *Wachsender Psychostress, wenig Prävention –wie halten die Betriebe es mit dem Arbeitsschutzgesetz*. Berlin: DGB]
- Dörre, K., Lessenich, St. y Rosa, H. (2009). *Soziologie, Kapitalismus, Kritik*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- ESENER (European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks). (2009). Recuperado de: <http://osha.europa.eu/en/riskobservatory/enterprise-survey/enterprise-survey-esener>
- Kamp, L. y Pickshaus, K. (Eds.) (2011). *Llenar la laguna jurídica en cuanto a la carga psicológica. Documentos y peritajes*. Düsseldorf: HBS. [*Regelungslücke psychische Belastungen schließen, Dokumente und Gutachten*]
- Marx, K. y Engels, F. (1972). *Werke. Das Kapital Bd. 1*. Berlín.
- Pickshaus, K. (2014). *Sin piedad contra la salud y la vida. Buen trabajo y crítica del capitalismo. Un proyecto político de prueba*. Hamburgo: VSA. [*Rücksichtslos gegen Gesundheit und Leben. Gute Arbeit und Kapitalismuskritik – ein politisches Projekt auf dem Prüfstand*]



# **LA RED VIDA VIVA**

## **Estrategias sindicales para enfrentar nuevas formas de control en el lugar de trabajo**

*Mara Lira*<sup>1</sup>

En los últimos 30 años el mundo del trabajo como lo conocíamos, basado en el modelo fordista y taylorista, ha pasado por fuertes cambios. No solo fueron modificados los procesos del trabajo en sí (Womack *et al.*, 2004; Glaser Segura *et al.*, 2011), sino también la relación con los trabajadores y los sindicatos (Parker y Slaughter, 1988; Moody, 1997). Nuevas formas de administración pasaron a ser introducidas apuntando no solo al aumento de la productividad, sino también al compromiso integral de los trabajadores con la empresa.

Esos nuevos programas de gestión y administración de la producción no fueron introducidos exclusivamente en el sector industrial. Los nuevos métodos también llegaron al sector de servicios públicos y privados (Selau *et al.*, 2009) y a la producción rural, controlada por grandes empresas de la agroindustria.

Apuntando a la reducción de costos, mayor productividad y reducción de mano de obra esa nueva «mentalidad productiva» fue alterando la relación capital-trabajo. En la medida en que

---

1 Periodista, educadora y dirigente sindical de la CUT Brasil. Correo electrónico: maralira@terra.com.br

su implementación en los lugares de trabajo se fue intensificando, los impactos para los trabajadores muy pronto se sintieron. Hubo una mayor precarización del trabajo cuando la oferta de empleos fijos comenzó a ser sustituida por contratación de mano de obra temporal o tercerizada. Junto con eso, las empresas y administraciones introdujeron nuevas tecnologías, nuevos métodos de producción y análisis de desempeño que contribuyeron a reducir drásticamente el número de trabajadores en los más diferentes sectores, sin que eso afectara los niveles de producción. Al contrario, la reducción del número de trabajadores difícilmente ha generado una caída de la productividad. Los trabajadores siguen alcanzando las metas cada vez más elevadas que les son impuestas. El resultado ha sido la intensificación del trabajo, la presión por la productividad y el aumento del nivel de adolecimiento de los trabajadores (Merlo y Lapis, 2007).

Ante tantos cambios y la intensificación del trabajo generados por la introducción de los nuevos programas gerenciales, fue preciso implementar paralelamente una nueva «ideología» del trabajo apuntando a convencer y comprometer los trabajadores con la nueva visión gerencial.

El mundo globalizado y neoliberal fue el escenario perfecto para fundamentar los discursos empresariales y de las administraciones. Para sobrevivir en medio de la fuerte competencia mundial sería necesario el compromiso de todos. En el discurso del sector privado, la supervivencia del trabajador dependería de la supervivencia de la empresa. En el servicio público, la versión discursiva es que el estado debe ser menor y retirarse del papel de prestador de servicios transfiriendo esta función para el sector privado que, según ellos, tendría así más calidad, eficiencia y menor costo.

Mientras que en el sistema fordista y taylorista el trabajador era un objeto a ser controlado, en el Toyotismo, que se propago por el mundo a partir de su introducción en los EUA y Japón, el trabajador tiene que internalizar los objetivos y las metas de

la empresa o administración. Él debe actuar y ser proactivo para mejorar la eficiencia de la empresa. Su saber se convierte objeto de interés de esa nueva forma de gestión y organización del trabajo. Lo que antes era desvalorizado se vuelve oro barato al servicio de la productividad.

Los programas de calidad total, *5S*, *Kaizen*, *Temporal Performance Management* (TPM), *Total Quality Management* (TQM), entre otros con diferentes siglas y nombres, que hacen parte de ese nuevo sistema, fueron y vienen siendo intensamente aplicados en diversos sectores productivos y niveles gerenciales.

Esos modelos ejecutan una nueva forma de control totalizante. Control de costos, de procesos, de producción y principalmente de personas. Las empresas y administraciones modificaron sus estructuras productivas y relaciones internas. La introducción de sistemas *just-in-time* dieron más agilidad al flujo de la producción, reduciendo existencias y optimizando la relación cliente y proveedores. En una misma empresa, los departamentos se convirtieron en clientes y proveedores internos. Una lógica que intensifica la presión por eficiencia y control de calidad. Uno de los primeros impactos de ese nuevo proceso fue la reducción de jerarquías al interior de las empresas y una redistribución de funciones, que normalmente generan sobrecarga para los que aún permanecen.

Paralelamente, el estímulo a la creación de grupos y equipos con metas individuales y colectivas a ser alcanzadas, generó una competencia entre los mismos trabajadores. Una lógica que, gradualmente, fue institucionalizada, naturalizada e incorporada por ellos. Como consecuencia directa de esa acción se destruyeron los lazos de solidaridad y los referentes y no se reconoce más como clase trabajadora (Parker y Slaughter 1988; Invernizzi, s.f.).

Se inicia así una lógica en la cual la gerencia no solo usa la amenaza para alcanzar sus objetivos, sino un nuevo elemento

pasa a ser blanco de esos modelos gerenciales: la subjetividad del trabajador. Un conjunto organizado de acciones pasa a ser introducido en los lugares de trabajo con el fin de conquistar corazones y mentes al servicio de la producción. Las primeras señales ya pueden ser notadas en la forma como los líderes se relacionan con los trabajadores. La primera medida es disminuir las distancias entre los niveles jerárquicos para garantizar la confianza y el compromiso del trabajador con los objetivos de la gerencia. Muchas empresas llegan a instalar cafeterías únicas para todos los trabajadores y hasta uniformes iguales para todos los niveles. El nuevo perfil de liderazgo pasa a ser adoptado. El jefe se convierte en líder y gestor comportamental demostrando, incluso, interés por la vida social del trabajador.

Programas de cambio comportamental también pasan a ser desarrollados por las empresas y hacen parte de su conjunto de entrenamientos anuales. Es común que en su oferta formativa estén presentes discursos motivacionales con características de autoayuda en la cual todos pueden ser vencedores. Nuevas estrategias de «valorización» del saber del trabajador van siendo introducidas al interior de las empresas. Entre los grupos y equipos son escogidos líderes que normalmente se destacan por alguna habilidad especial. Son llamados líderes, síndicos o gerentes locales. Su tarea es manejar el grupo y tomar decisiones menores como permitir a los trabajadores ir al baño o hacer una llamada. Ese simple gesto es suficiente para crear un ambiente de fidelidad a la gerencia.

Las empresas y gerencias también adoptan estrategias que proveen premios por alcanzar metas. Programas como *Café con el presidente* —en el cual un grupo de trabajadores que alcanzan las metas estipuladas es invitado a tomar café con el presidente de la compañía— o como el de *Destacado del mes*, en el cual el trabajador tiene su foto divulgada en todas las instalaciones de la empresa por haber alcanzado los objetivos trazados, son cada vez más comunes. Algunas empresas llegan a dar premios en

efectivo, viajes y productos electrodomésticos para estimular el aumento de la productividad.

Las gerencias implementan incluso programas, también con premiaciones, que abren espacio para sugerencias de los trabajadores. Normalmente son sugerencias sobre cómo optimizar el proceso productivo y reducir costos señalando errores en el proceso o en las acciones de los mismos colegas de trabajo.

En las líneas de producción son creados círculos de calidad en los cuales se ejerce un sistema de autocontrol e interdependencia en el proceso productivo. Un sistema que permite rastrear fallas, identificar los responsables y normalmente castigarlos. Se trata de una lógica que no admite errores. Es una permanente búsqueda por la excelencia. Son los llamados programas de mejora continua.

Nuevas palabras comienzan a hacer parte de ese nuevo universo corporativo. El trabajador que antes era llamado por las empresas como «funcionario» o «empleado» pasa a ser denominado «colaborador» o incluso «socio» para integrarse al nuevo espíritu gerencial. El nuevo diccionario del mundo del trabajo ahora utiliza términos como «asociación», «desempeño», «búsqueda de la excelencia», entre otros.

Son nuevas inversiones que cuentan con un ingrediente de apego emocional. Para garantizar los resultados corporativos esperados, las nuevas estrategias utilizadas se enfocan en la cooptación, en la seducción, en la motivación emocional y en el estímulo a la competencia entre los propios trabajadores para alcanzar las metas.

La multifuncionalidad también pasó a ser adoptada. Se exige ahora un nuevo perfil en el cual el trabajador debe estar capacitado para actuar en diferentes funciones y puestos dentro de la empresa. Es cada vez más común, por ejemplo, que un

mismo trabajador opere simultáneamente dos o tres máquinas en una línea de producción o desempeñe en una división un número determinado de funciones, antes ejercidas por dos o más personas.

Es notorio que desde la revolución industrial los trabajadores enferman o mueren en el trabajo. Sin embargo, hay registros de escala mundial que señalan un fuerte crecimiento en el número de padecimientos y acontecimientos de accidentes estableciendo una correlación directa con los cambios provocados por la reestructuración productiva y con la introducción de nuevas formas de administración implementadas a partir de la década de 1990 (Merlo y Lapis, 2007).

Subieron no solo los índices de padecimientos físicos, especialmente las LER/DORT (Lesiones por esfuerzo repetitivo/ Enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo), sino también los de padecimientos síquico. Enfermedades como depresión, provocadas por el estrés excesivo en el trabajo, han ganado importancia en las estadísticas de padecimientos entre trabajadores (ILO, s.f.).

En el trabajo el trabajador no tiene poder para definir cuándo, cuánto y cómo producir. Cuando el cuerpo no soporta más, los trabajadores intentan sobrepasar sus propios límites para adecuarse a las exigencias de la producción y mantener el estándar de las metas definidas por la gerencia. Los estándares de producción son cada vez más elevados. Se introducen metas que no respetan los límites individuales de cada trabajador. Ante ese proceso y la falta de control hay un desequilibrio en el cual el trabajador comienza a enfermar síquicamente y finalmente el cuerpo se enferma. Establecer la relación entre enfermedad y el trabajo ha sido uno de los principales desafíos para investigadores, trabajadores y sindicatos. En general las empresas y administraciones intentan fortalecer la idea de que la enfermedad es una cuestión individual. Si el trabajador se enfermó es porque él



tiene algún factor que lo hizo enfermar. De esa forma, se transfiere la culpa por la enfermedad al propio trabajador y muchas veces él mismo interioriza esa idea (Lira y Oliveira, 2006).

## **Sindicalismo en Brasil**

La reestructuración productiva realizada en Brasil en diferentes sectores a través de la introducción de nuevas formas de administración y de programas como *Producción Flexible y Calidad Total* se presentó como un gran dilema para el sindicalismo brasileño.

Al llegar a Brasil, muchos empresarios intentaron atraer a los sindicatos para actuar como aliados valiéndose del discurso de la competencia mundial y de la necesidad de mejoría de la calidad para la supervivencia de la organización y, en consecuencia, el mantenimiento de los puestos de trabajo.

Diversos sindicatos fueron invitados a participar en la administración. Sin embargo, la invitación no era extensiva para discutir temas de interés de los trabajadores como salarios y mejorías de beneficios. Esos ítems continuaban en el campo de disputa de la tradicional relación capital-trabajo. No obstante, la remuneración ajustada en función de metas alcanzadas entró en debate. En relación a este tema central, la mayoría de los sindicatos que aceptaron discutir el tema perdieron la batalla. Tan solo los sindicatos que tenían fuerza y organización con base suficiente, con acceso garantizado a los datos de las empresas (lo que normalmente ocurre con empresas multinacionales que tienen códigos de conducta de alcance internacional) consiguieron en efecto tener un papel protagonista. La gran mayoría no consiguió imponerse en el proceso de negociación con la fuerza suficiente para impedir cambios resultantes como la flexibilización de la jornada de trabajo, la tercerización de diferentes áreas con la consecuente precarización, ni influenciar en la definición de metas cada vez más elevadas. Por el contrario, en muchos ca-

sos, el sindicato es agente legitimador de las metas que en general son cada vez más altas, principalmente en las negociaciones de Participación en los lucros y resultados (PLR).

Desde el punto de vista ideológico, oponerse al nuevo método de administración también se volvió igualmente difícil. Las empresas y gerencias crearon programas para garantizar la adhesión total del trabajador. La estrategia de dividir la mano de obra entre fijos, temporales y tercerizados fue uno de los primeros pasos aparentemente exitosos. Jugar con la subjetividad del trabajador también vuelve más ardua la tarea de concientizarlo en la medida en que él mismo, en general, participa voluntariamente del juego manipulador aplicado por las empresas, sin percibir las trampas que contiene.

¿Cómo combatir las prácticas de premiaciones por metas alcanzadas? ¿Cómo atacar la multifuncionalidad, si antes el propio movimiento sindical cuestionaba la monotonía del trabajo y la falta de reconocimiento? ¿De qué manera cuestionar la foto del funcionario del mes, si para el trabajador eso representa un reconocimiento, aunque temporal, en el trabajo? ¿Cómo combatir el discurso de la búsqueda por la calidad?

El desafío es aun mayor para los sindicatos toda vez que en la mayoría de las entidades sindicales no hay *Organización por Local de Trabajo* (OLT). En Brasil solo cerca del 1% de los sindicatos tiene el derecho de constituir comisiones por lugar de trabajo con más poderes de intervención (Galhera y Ribeiro, 2014). La ley brasilera garantiza la instauración de Comisiones Internas de Prevención de Accidentes (CIPA), con la mitad de su representación elegida directamente por los trabajadores y la otra mitad indicada por la empresa. No obstante, en general esa comisión tiene poca o ninguna actuación efectiva, toda vez que su presidencia es indicada por las empresas por determinación legal. El sistema de mandato también debilita aún más esta comisión, pues sus miembros tienen apenas un año para actuar y otro año de protección en el empleo. O sea, cada año

se renuevan los cuadros de la CIPA, tiempo insuficiente para capacitar debidamente a sus miembros para que puedan efectivamente intervenir por cambios en los lugares de trabajo. Aunque así, la mayor parte de la carga horaria de formación sobre temas de salud y seguridad queda a cargo de las empresas. Pocas entidades sindicales promueven formación en la perspectiva de los trabajadores junto a estos grupos. Algunos por dificultades metodológicas y otros por considerar que este no es un espacio posible y real para desarrollar acciones efectivas en favor de los trabajadores, pues hay un fuerte control de las empresas. Hay en Brasil pocas iniciativas que huyen de este modelo, como es el caso de Sindicato de los Metalúrgicos del ABC que lograron la implementación del SUR (Sistema Único de Representación), que garantiza un mandato de 4 años para esta comisión que, entre otras negociaciones, también discute el tema de la salud y seguridad en los lugares de trabajo (Marques, 2009).

En la medida en que el número de padecimientos tanto físicos como síquicos aumentaron en Brasil, innumerables sindicatos invirtieron en sus estructuras para proporcionar atención médica y jurídica con el objetivo de orientar los trabajadores en la búsqueda por la reparación de los daños causados a su salud.

Ante la maraña de normas reglamentarias sobre salud y seguridad en el trabajo, muchos dirigentes se volvieron verdaderos especialistas para orientar a los trabajadores que se enfermaban acerca de cómo alejarse del puesto de trabajo y/o probar la relación entre la función que ejercía y su padecimiento. Vale destacar que cuando se trata de padecimiento síquico la tarea de probar la relación con el trabajo se vuelve aún más difícil.

De esta forma, las acciones sindicales en torno al tema de salud ganaron a lo largo de los años un carácter mucho más reparador que preventivo. Pocas iniciativas sindicales estaban orientadas a construir con los trabajadores un movimiento por cambios efectivos en los lugares de trabajo para preservar la vida y la salud. Los acuerdos colectivos, en su mayoría, traen cláu-

sulas de reparación de daños para quien ya perdió la salud en el trabajo.

La legislación brasilera, en cierta medida, también admite la existencia de puestos de trabajo que ofrecen riesgos a la salud y a la vida de los trabajadores en la medida en que proveen indemnizaciones pecuniarias para lugares que sean legalmente reconocidos como áreas insalubres y/o peligrosas. Así pues, gana fuerza la tendencia de desarrollo de acciones con mucho más énfasis en la monetarización de la salud que en la prevención y/o eliminación del riesgo.

## **VidaViva. Una experiencia orientada a las acciones de los trabajadores en el lugar de trabajo**

Apuntando a construir un programa que estimulara acciones de los trabajadores dirigidas hacia los lugares de trabajo, un grupo de sindicatos brasileros se reunió para reflexionar sobre su propia actuación con respecto al tema de la salud, los impactos que la nueva reorganización del trabajo tenía sobre ellos y qué acciones podrían ser desarrolladas para involucrar los trabajadores como sujetos en la construcción de un proceso real de cambio (VidaViva, 2004).<sup>2</sup>

En un proceso colectivo y autocrítico se concluyó que las acciones sindicales, en efecto, eran más reparadoras que preventivas y que era necesario construir un proceso de reflexión colectiva que permitiera influenciar un cambio de perspectiva en la salud, combatiendo incluso su monetarización. El hallazgo fue que las negociaciones sobre aumento de horas extras, adicionales nocturnos, implantación de banco de horas o las

---

2 Este apartado es un resultado de la investigación de textos y documentos no publicados del archivo de la Rede VidaViva, y de varias entrevistas con dirigentes sindicales sobre el desarrollo de la Red.

mismas negociaciones de PLR configuraban la venta de la salud de los trabajadores, después de todo, ¿qué son los adicionales de insalubridad y peligrosidad, si no la venta de la salud en pequeñas parcelas? Para sobrepasar esta perspectiva era aún necesario avanzar en el sentido de ampliar el concepto de salud sin analizarlo únicamente bajo la óptica de ausencia de enfermedades, sino bajo una perspectiva más amplia. Salud considerada como vida, como realización social y, en el trabajo, salud como derecho a la felicidad. El principal desafío ahora era crear espacios de reflexión colectiva en los cuales los trabajadores actuaran como sujetos para construir junto con su organización sindical acciones efectivas para cambios en los lugares de trabajo.

Inicialmente fueron registrados los principales problemas que los sindicatos enfrentaban con relación al tema y que dificultaban avances en ese sentido:

- La mayoría de los sindicatos tenían dificultades en oponerse al proceso de reestructuración productiva impuesto por las empresas y administraciones.
- Los trabajadores en general no se interesan por el tema de la salud de ellos mismos. La mayoría comparece a las actividades sindicales cuando son tratados temas como salarios y PLR. El tema de la salud gana exclusivamente la atención de los trabajadores cuando se trata de remuneración por pérdidas y daños.
- Muchos sindicatos no disponían de estructura de formación para debatir el tema de la salud de forma multidisciplinar.
- Pocos sindicatos conseguían hacer levantamientos de datos a partir del nivel de padecimiento en diferentes categorías de los trabajadores. Los que tenían condiciones de realizar investigaciones al respecto obtenían datos a través de Comunicaciones de Accidentes de trabajo (CAT) o de trabajadores que ya habían sido despedidos. O sea, no era posible identificar quién o cuántos trabajadores estaban en proceso

de enfermarse, situaciones en las cuales podría aún hacerse algo.

Ante ese panorama, fueron elaborados colectivamente y de forma multidisciplinaria recursos formativos que tenían como objetivo desarrollar cada una de las cuestiones señaladas. Grupos de trabajo fueron creados con representaciones de trabajadores/dirigentes sindicales de tres diferentes sectores: rural, industria y servicios. A este grupo se unieron educadores populares, profesionales del área de psicología, de seguridad en el trabajo y de comunicación.

Después de un largo proceso de reflexión y debates colectivos fueron producidas y/o socializadas metodologías que se adecuaron a los objetivos del programa que pasó a llamarse VidaViva.

Son varios los principios que orientan el programa desde su origen:<sup>3</sup>

1. Son los trabajadores y los líderes sindicales quienes determinan la estructura, el procedimiento y el accionar del programa.
2. El trabajador es el tema del programa. Por eso, está orientado a ser construido a partir de la reflexión de los propios trabajadores sobre los temas que son considerados prioritarios. Cada paso del programa —capacitación, implementación en la base de los trabajadores y el desarrollo de acciones— debe garantizar este mismo principio.
3. Los recursos formativos del proyecto deben ser desarrollados de tal forma que los propios sindicatos puedan implementarlos. Por eso, deben ser adecuados metodológicamente para la capacitación e implementación, respetando

---

3 Estos principios fueron adoptados por la plataforma gestora de la Red en septiembre de 2006 y fueron resultados de varios hallazgos de la plataforma intersindical.

la infra-estructura de la mayoría de los sindicatos y considerando incluso las diferentes realidades de las entidades y categorías.

4. Los recursos formativos (Investigación participativa, *Raio*, Taller de salud, *Vivencias*, etc.) no deben ser desarrollados solo por especialistas (investigadores, educadores, médicos, etc.). Dentro del proyecto son creados grupos de trabajo (a veces con apoyo internacional) formados por sindicalistas, trabajadores de base y algunos especialistas (del área de la salud, de la educación, la comunicación, etc.) que actúan como apoyo en la producción de los recursos.
5. Los recursos formativos deben problematizar temas específicos y ayudar en la búsqueda de soluciones concretas. También deben comprender aspectos más amplios estimulando una reflexión sobre la vida, la salud y el trabajo para la construcción de una sociedad diferente.

## **Pensando la salud, el trabajo y la vida**

El Programa VidaViva cuenta con un equipo de dirigentes sindicales, educadores y especialistas de diferentes áreas. Toda la fase de elaboración es acompañada y definida por una Plataforma Intersindical.

El objetivo es permitir una reflexión profunda sobre la salud, vista actualmente solo como la ausencia de enfermedad. Pretendemos suscitar una reflexión sobre el trabajo, permitiendo la identificación de nuevos elementos de cooptación que están siendo empleados por las empresas con el objetivo de motivar a los trabajadores a entrar cada vez más en un sistema perverso de competitividad en nombre de la producción. En esa medida se percibe una tentativa de las empresas de interferir en la construcción de la identidad de los trabajadores. Por otro lado, el llamado «marketing de la vida» es diseminado también por los medios y otras instituciones transmitiendo imágenes y concepciones de vida que influyen a los trabajadores. ¿Cuál

es la relación entre calidad de vida, el sentido positivo de tener salud y la acción del trabajo en la construcción del sujeto? Estas y otras preguntas serán abordadas a través del programa permitiendo analizar la compleja construcción de concepciones de los trabajadores sobre la vida, el trabajo y la salud.

El Programa VidaViva pretende construir un nuevo enfoque sobre la relación vida, salud y trabajo. Pretende provocar la reflexión de los trabajadores sobre las consecuencias del trabajo para su salud y su vida. Para eso es necesario potencializar la acción sindical y la organización de los trabajadores en el lugar de trabajo, condiciones imprescindibles para la construcción de estrategias efectivas que modifiquen el panorama actual de enfermedades a las que los trabajadores están expuestos.

Abrir un nuevo espacio de reflexión con los trabajadores, construyendo una nueva mirada sobre la salud que combata la monetarización de que ha sido objeto, va a permitir el fortalecimiento de esa bandera en el movimiento sindical.

## **Las herramientas<sup>4</sup>**

### ***RAIO***

Una de las metodologías desarrolladas en VidaViva es el *Raio* (Recurso Audiovisual Interactivo). Se trata de un recurso pedagógico y formativo que busca estimular la reflexión y el pensamiento crítico facilitando la participación activa de todos los involucrados.

Este recurso pedagógico tiene como objetivo estimular y provocar la reflexión y el debate sobre temas sociales delicados y polémicos. El Raio permite incluso la ruptura de prejuicios

---

4. Para una mejor comprensión de las herramientas, véase: <http://de.labour-net.tv/video/5987/das-gesundheitsnetzwerk-viva-vida-kurzversion>



y busca cuestionar pensamientos superficiales. El recurso crea una situación donde el público objetivo pueda emitir sus opiniones, reflexionar, discutir y repensar su propia vida.

El recurso está compuesto por vídeos cortos, cuya intención es provocar la reflexión y discusión entre los participantes. Los vídeos son acompañados por un cuestionario de preguntas relacionadas al tema escogido. El cuestionario sirve para alentar las discusiones y orientar al monitor que lo aplicará junto al público-objetivo.

### ***Mapping***

El *mapping* es una herramienta que permite el desarrollo de capacidades permitiendo a los propios trabajadores levantar Información sobre problemas y posibles acciones en los lugares de trabajo. Se trata de una herramienta de evaluación de riesgos, permitiendo la vigilancia activa de los trabajadores sobre las condiciones de trabajo y la elaboración de propuestas orientadas a la prevención. Se trata de un modelo de investigación participativa adoptada por el Programa que permite a los propios trabajadores elaborar exigencias y fortalecer el poder de conquistas al nivel de la fábrica/lugar de trabajo para que se controle la forma en como el trabajo es organizado.

La investigación participativa consiste en un enfoque activo basado en que el trabajador pueda conocer los problemas concretos del lugar de trabajo relacionados con su salud y hacer un análisis efectivo de riesgos. Consiste en una vigilancia más activa que pasiva. Experiencias internacionales han demostrado que cuando incluimos a los trabajadores en la planeación y análisis de las condiciones de trabajo, los problemas son resueltos de una forma más rápida y mejor. Por lo tanto, una de las formas más eficientes para mejorar las condiciones de seguridad en el trabajo es asegurarse de que los trabajadores estén directamente involucrados en los siguientes procesos:

- Determinando cuáles problemas existen.
- Determinando cuáles son sus prioridades.
- Presionando, de forma colectiva, para obtener mejoras.

VidaViva desarrolló un «manual» orientador para que los propios sindicatos puedan desarrollar la investigación participativa junto a los trabajadores. El manual es una guía práctica para los trabajadores y sindicatos y proporciona técnicas para que el trabajador pueda:

- Hacer su propia investigación, recogiendo Información importante.
- Desarrollar una conciencia colectiva entre los trabajadores.
- Obtener soluciones y transformarlas en acciones para mejorar la vida de los trabajadores.

**Tabla 1**

**Investigación convencional e investigación participativa**

<b>Investigación participativa</b>		
	<b>Investigación Participativa</b>	<b>Investigación Convencional</b>
Objetivo	Acción, cambio social	Conocimiento de determinada situación
Para quién es hecha la investigación	Orientada hacia los intereses de los propios participantes	Institución que contrata, interés académico personal o profesional
Qué saber es valorado	Propios participantes	Saber científico

Influencia para decidir el tema de la investigación	Prioridades locales definidas por los propios trabajadores	Agendas institucionales, intereses profesionales
¿Metodología para qué?	Generar acción capacitando los trabajadores que aprenden mutuamente	Convenciones disciplinares, objetividad
Relación investigador/participante	Investigador hace parte del proceso de levantamiento de datos	Separación entre investigador e investigado

En la investigación participativa los problemas surgen en la comunidad, en el lugar de trabajo. Son los trabajadores quienes articulan su experiencia y su saber. El objetivo es cambiar principalmente la vida de los participantes/implicados, a través de una transformación estructural. Son los propios participantes involucrados de la comunidad o del lugar de trabajo que están al mando de todo en el proceso de investigación. El enfoque de la investigación es estimular la reflexión conjunta sobre lo que impacta la vida del trabajador incluyendo asuntos como marginalización, exploración, racismo, sexismo, etc. La investigación participativa tiene el papel de capacitar a los trabajadores para fortalecer la concientización, el colectivo y el conocimiento sobre su propio poder y capacidad.

### ***Taller de salud***

El objetivo de esta herramienta, dirigida a representantes de la COPASST (Comité Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo) y representantes de comités de salud en las empresas, es promover un conocimiento más amplio del ámbito de la salud y de su papel con relación a las intervenciones en el lugar de trabajo. La herramienta pretende apoyar y auxiliar el desarrollo de una práctica eficaz de intervención con esos trabajadores en los lugares de trabajo. A través de ella es posible discutir:

- El papel de los representantes de salud de los trabajadores en los lugares de trabajo.
- La relación entre LER/DORT y enfermedades relacionadas al estrés y la forma como el trabajo es organizado (producción flexible, nuevas formas de administración, trabajo polivalente, *Kaizen*, administración por objetivos, etc.).
- La participación de los trabajadores en las estrategias de intervención y cómo desarrollar propuestas para negociaciones de los sindicatos.
- El discurso de las empresas para culpar a los trabajadores por el propio proceso de enfermedad y ocurrencia de accidentes.
- Análisis de accidentes y enfermedades en la perspectiva de los trabajadores.

### ***Vivencias: historias de los trabajadores***

Se trata de historias de trabajadores que se enfermaron o se accidentaron en los lugares de trabajo; estas historias se presentan en formato de exposición fotográfica. Las historias son expuestas durante actos del sindicato, en la puerta de las fábricas, en exposiciones en plazas públicas, con el objetivo de denunciar las condiciones a las que los trabajadores están expuestos. Las historias de vida reflejan la perspectiva del trabajador en la tradición de la historia oral.

## **Resultados de la implementación del programa VidaViva en Brasil**

La estrategia adoptada por el programa VidaViva consistió en capacitar monitores/educadores populares para desarrollar las herramientas en los lugares de trabajo. El programa inicialmente es presentado a las direcciones sindicales interesadas para que asuman el compromiso con la implementación del programa.

ma junto a los trabajadores. Después los propios sindicatos escogen sus monitores, que son capacitados por la Red VidaViva. Para garantizar mayor sostenibilidad del programa también fue creado un equipo nacional de formadores voluntarios, cuyo objetivo es contribuir con la capacitación de nuevos monitores en la medida en que la demanda de los sindicatos aumente.

En 2006, cuando el programa tenía cerca de 4 años de construcción, David Sogge (2006), evaluador de una de las fundaciones que financiaban el VidaViva, la PSO, entidad holandesa de desenvolvimiento, concluyo que hasta entonces el programa había alcanzado los siguientes resultados en los sindicatos y bases donde estaba siendo implementado:

- Introdujo nuevas formas de pensar y discutir salud, trabajo y vida fuera del trabajo entre los líderes y trabajadores da base.
- Inició discusiones en muchos de esos sindicatos sobre nuevas formas colaborativas de afrontar problemas de salud física y emocional.
- Comenzó a mostrar los potenciales de los trabajadores y sindicatos para participar activamente de la investigación, reflexión y definición de pautas de actuación para cambios de las condiciones de trabajo.
- Movilizó recursos sindicales, principalmente tiempo y energía de los sindicalistas, tanto para actividades educativas básicas como para reflexión y dirección del proyecto.
- Comenzó a atraer atención favorable de dirigentes de federaciones y confederaciones a niveles nacionales y estatales. Las ideas y métodos del proyecto están pues pendientes a una aceptación y difusión mucho más amplia a través de órganos sindicales centrales.
- Construyó una red activa intersindical, y otras relaciones institucionales.

A mediados de 2007 el programa dejó de recibir recursos externos para su desarrollo. Brasil salió de la lista de diversas fundaciones que apoyaban programas sociales como este debido al crecimiento económico alcanzado en los últimos años. Pero los sindicatos decidieron tomar para sí la responsabilidad de su continuidad. Actualmente en Brasil, el programa VidaViva es costeado en un 90% por los propios sindicatos.<sup>5</sup> Los sindicatos que implementan el programa han alcanzado resultados significativos como cambios efectivos en los lugares de trabajo, la compra de nuevos equipos, adecuaciones ergonómicas y negociaciones garantizadas en los acuerdos colectivos. El sindicato de los trabajadores Municipales de Concórdia, en Santa Catarina, consiguió poner un artículo de la convención colectiva de la categoría que garantiza el permiso de los trabajadores para participar del programa VidaViva, implementado apenas por el sindicato sin la participación de los líderes. Varios puntos manifestados por los trabajadores en los lugares de trabajo fueron incluso negociados con la administración municipal y resultaron ganancias para los trabajadores. Fueron garantizados, en acuerdo colectivo, los permisos de los trabajadores en horario de trabajo para participar de las actividades, y las horas de actividades realizadas valen para el progreso de los servidores públicos en la carrera. Además, a través de la implementación del VidaViva en los lugares de trabajo, «conseguimos garantizar la compra de equipos para mejorar las condiciones de trabajo a las que los trabajadores estaban expuestos», resalta Zilda Ornelas, también miembro de la plataforma intersindical que coordina el programa. «El programa de la Rede Vida Viva es un diferencial en la vida de los trabajadores, pues es a partir de los encuentros que ellos se vuelven conscientes de sus derechos y principalmente de cómo tenemos fuerza cuando estamos y trabajamos unidos. Es extremadamente importante, pues hace “detenerse”

---

5 Estos datos internos fueron conseguidos en varias entrevistas durante un encuentro de la plataforma intersindical de la Rede VidaViva en marzo de 2016.

y repensar sobre la vida, salud y trabajo, hechos rutinarios de nuestro día a día que muchas veces acaban pasando desapercibidos» (Entrevistas realizadas durante un encuentro internacional de la Red, 21 de noviembre de 2015).

De acuerdo a relatos de los propios trabajadores que participaron de los encuentros, «el cambio es grande no solamente en el ambiente laboral, sino también en la vida personal», afirman Clarice Fabonatto y Graciele Sperandio, monitoras de base de la Rede VidaViva (Entrevistas realizadas durante un encuentro internacional de la Red, 21 de noviembre de 2015).

El Sindicato de los Trabajadores Electricistas de Santa Catarina, Sinergia, garantizó en acuerdo colectivo la implementación del programa VidaViva (Revista VidaViva, 2004). El acuerdo es de alcance estatal y cubre cerca de 3.000 trabajadores. Para alcanzar toda la categoría fue garantizada mediante negociación la capacitación de al menos 125 trabajadores de base. Es una de las primeras iniciativas en que no son los monitores sino los propios trabajadores quienes implementan el programa: «Para nosotros es un gran salto tener en nuestra categoría trabajadores de base que son formadores voluntarios actuando junto con el sindicato sobre el tema de la salud del trabajador», destaca Mario Jorge Marinho, Coordinador General de la entidad.

En Bahía, el Sindicato de los Profesores (APPI) llegó a concretar la negociación efectiva de cambios en los lugares de trabajo (Revista VidaViva, 2009). Los monitores de su categoría que implementaban el VidaViva eran dirigentes y trabajadores de base. Consiguieron con la implementación, entre otras conquistas, reducir el número de trabajadores en los salones de clase, como relata Enilda Mendonca, directora del sindicato:

Tenemos que negociar a cada cambio de administración de la alcaldía, pero la implantación está haciendo que los trabajadores levanten sus agendas y presten atención a los problemas que están afectando su salud en los lugares de trabajo. Negociamos, por

ejemplo, un área de 1,20 metros por estudiante en salón de clases. Lo que hizo reducir la cantidad de estudiantes en el salón (Entrevistas realizadas durante un encuentro internacional de la Red, 21 de noviembre de 2015).

En los químicos del ABC, en São Paulo, el programa está siendo desarrollado principalmente con las representaciones de base en los lugares de trabajo, como cuenta José Freire, dirigente del Sindicato de los Químicos del ABC:

Introducimos el VidaViva en el programa de formación de Cipeiros (Copasos) y eso ha contribuido a cambiar la concepción de esos trabajadores sobre los accidentes y padecimientos en los lugares de trabajo. Antes, eso era visto como un problema individual y hoy los trabajadores perciben la relación con el trabajo. Perciben que se trata de un problema colectivo y están más activos en la defensa de los intereses de los trabajadores (Entrevista, 5 de febrero de 2016).

En Rio de Janeiro, el sindicato de los Banqueros desarrolló el VidaViva en los lugares de trabajo, como constata Adriana Nalesco, Presidente del sindicato:

Ya conseguimos a través del Mapping visualizar el funcionamiento del Bankfone y detectar diversos problemas. Con nuestra experiencia del Mapping en la Central de Atención de Itaú, conseguimos hacer que la dirección percibiera algunos riesgos en el ambiente. Aplicamos el RAI0 en el sindicato para banqueros y directores en momentos diferentes, y fue excelente el resultado, estimula mucho a la reflexión de los trabajadores y dirigentes (Entrevista, 10 de febrero de 2016).

## **Colombia**

Hoy el Programa VidaViva está siendo implementado también en países como Alemania, Mozambique, Turquía, Sri Lanka, Bangladesh, India y Colombia. En Colombia, el programa de la Rede VidaViva, comenzó a ser desarrollado con los trabajadores de la Gerdau, en la cual el VidaViva sería una he-



herramienta estratégica para apoyar la creación de sindicatos en las bases de esa empresa. A través de la Copaso (Comité Paritario de Salud Ocupacional), la estrategia consistió en organizar los trabajadores de esa base para fortalecer la estrategia de creación de sindicatos en esas unidades. Esta empresa tiene 9 unidades en Colombia, sin embargo, solo 2 poseen sindicato organizado. VidaViva difundió, por consiguiente, una herramienta para permitir la organización y movilización de esos trabajadores en los lugares de trabajo, a través del tema de la salud.

Se hicieron capacitaciones a líderes sindicales y miembros del Copaso de esa empresa para actuar en los lugares de trabajo con la Investigación Participativa (*Mapping*). Los objetivos generales de la implementación del programa en la época fueron:

1. Mejorar la calidad de vida y salud de los trabajadores en los sectores de la industria manufacturera y minera en Colombia mediante el aumento de la capacidad y el poder de los trabajadores y de sus sindicatos para estimular intervenciones directas en los lugares de trabajo, actuando por cambios que modifiquen las condiciones de trabajo y de la salud.
2. Aumentar el poder sindical apoyando la integración de los trabajadores a los sindicatos (no afiliados, tercerizados, etc.) y creando nuevos sindicatos en centros de trabajo no organizados en sindicatos.

El VidaViva se dispuso a fortalecer las actividades sindicales que permitieran el desarrollo de prácticas sindicales democráticas y participativas garantizando la participación directa de los trabajadores. La idea fue:

- desarrollar la capacitación política y técnica en los sindicatos de las industrias manufactureras de Colombia en relación al tema de la salud de los trabajadores;
- sensibilizar los líderes sindicales y los trabajadores sobre la necesidad de acciones para mejorar las condiciones de trabajo;

- apoyar el principio sindical sobre la importancia de la prevención para cambiar las condiciones de trabajo y la necesidad de luchar por cambios efectivos;
- generar mejoras en las condiciones de trabajo a través de la participación directa y activa de los trabajadores.

Así, el programa pretende generar vigilancia permanente del lugar de trabajo con el desarrollo de estrategias sindicales a partir de la perspectiva del trabajador. La propuesta busca crear estrategias que acerquen trabajadores no sindicalizados y en condiciones de precariedad (terceros, diaristas, etc) al sindicato a través del tema de la salud como puerta de entrada para debatir todos los aspectos que afectan la vida de los trabajadores. En 2012 el programa fue ampliado. Fue construida una plataforma intersindical de la Rede VidaViva que representa 14 entidades sindicales. La red realizó la capacitación con la herramienta de la investigación participativa y un plan de acción para la implementación en los lugares de trabajo. Otra actividad tuvo el propósito de evaluar el desempeño del plan de acción trazado en el encuentro anterior y exponer al grupo los demás recursos formativos del VidaViva para analizar en conjunto la viabilidad o no de implementarlos en Colombia. En ese caso, los sindicatos participantes de Colombia iban a producir los recursos formativos de acuerdo con su realidad y cultura local. La evaluación fue altamente estimuladora, teniendo en cuenta que, de los 14 sindicatos participantes, 11 habían desarrollado actividades con la base. Algunos llegaron incluso a negociar cambios efectivos en los lugares de trabajo. Actualmente el programa avanza para la región Caribe y también se están haciendo discusiones con las principales federaciones internacionales que actúan en Colombia, como: Industriall, UNI Global Unión, ITF (Federación sindical Internacional del Transporte), PSI (Internacional de Servicios Públicos), UITA (Alimentación, Agrícolas, Hoteles, Restaurantes, Tabaco y Afines), ICM (Construcción y Madera), IE (Internacional de la educación).

Siguiendo el modelo de Brasil, los objetivos generales son:

- A. Mejorar la calidad de vida y salud de los trabajadores en Colombia aumentando la capacidad y el poder de los trabajadores y de sus sindicatos para tener intervenciones directas en los centros de trabajo que mejoren las condiciones de trabajo, salud y vida.
- B. Aumentar el poder sindical, integrando mayor cantidad de trabajadores a los sindicatos (no afiliados, tercerizados, etc.) y creando nuevos sindicatos en centros de trabajo sindicalizados.

Para eso, se propone fortalecer actividades sindicales que permitan el desarrollo de prácticas sindicales democráticas y participativas (cultura de participación) garantizando la participación activa de los trabajadores.

## Referencias

- Galhera, K. T. y Ribeiro, C. (2014). Sindicalismo em rede. O papel das Comissões de Fábrica na Mercedes-Benz. *Política & Trabalho*, 40, 369-389.
- Glaser Segura, D., Peinado, J., y Graeml, A. (2011). Fatores influenciadores do sucesso da adoção da produção enxuta: uma análise da indústria de três países de economia emergente. *Revista de administração* 46, 4, 423-436.
- ILO, (s. f.). Work Insecurity, Work-related ill health –a global sickness. *Fact Sheet*, 11. Recuperado de: [http://www.ilo.org/public/english/protection/ses/download/docs/sheet\\_no11.pdf](http://www.ilo.org/public/english/protection/ses/download/docs/sheet_no11.pdf)
- Invernizzi, N. (s.f.). Qualificação e novas formas de controle da força de trabalho no processo de reestruturação da indústria brasileira: tendências dos últimos vinte anos. 2000. Universidade Federal do Paraná. Recuperado de: <http://23reuniao.anped.org.br/textos/0920t.PDF>
- Lira, M., Oliveira, T. (s.f.). *Saúde: Em Busca do equilíbrio*. Recuperado de: [http://www.smabc.org.br/Interag/temp\\_img/%7B90A8AE40-0713-4869-83E0-2229225F16FD%7D\\_Sa%C3%BAde.%20Em%20busca%20de%20um%20equil%C3%ADbrio.pdf](http://www.smabc.org.br/Interag/temp_img/%7B90A8AE40-0713-4869-83E0-2229225F16FD%7D_Sa%C3%BAde.%20Em%20busca%20de%20um%20equil%C3%ADbrio.pdf)
- Marques, Rafael. (2009). Sindicato dos Metalúrgicos ABC. Recuperado de: <http://www.smabc.org.br/smabc/juridico.asp>

- Merlo, A. R. C. y Lapis, N. L. (2007). A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia de trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 19, 1. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326394009>
- Moody, K. (1997). *Workers in a Lean World. Unions in the international economy*. London: Verso.
- Parker, M. y Slaughter, J. (1988). Choosing Sides. Unions and the Team Concept. *A Labor Notes Book*. Boston: South End Press
- Selau, L., Pedó, M., Senff, D. y Saurin, T. (2009). Produção enxuta no setor de serviços: caso do hospital de clínicas de Porto Alegre - HCPA. *Revista Gestão Industrial*, 5, 1, 122-140. Recuperado de: <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/revistagi/article/view/218>
- Sogge, D. (2006). Report on a Mid-Term Review of the VidaViva Project for PSO. *Documento interno*, 18 de Septiembre. Amsterdam: The Hague.
- VidaViva (2004). Vida, Saúde e Trabalho. *Revista VidaViva*.
- Womack, P., Jones, J., Daniel, T. y Roos, D. (2004). *A máquina que mudou o mundo*. Rio de Janeiro: Campus.

# ACCIÓN COLECTIVA POR EL DERECHO A LA SALUD EN EL TRABAJO: el caso de ASOTRECOL<sup>1</sup>

*Mauricio Torres-Tovar<sup>2</sup>*

*Jairo Ernesto Luna-García<sup>3</sup>*

*Jorge Parra<sup>4</sup>*

*Paige Shell Spurling<sup>5</sup>*

## Introducción

*Nosotros trabajamos en las áreas de soldadura, mecánica, ensamble, y pintura con jornadas laborales de más de 10 horas diarias. Trabajando durante 6 días a la semana, con equipo y tecnología que no garantizaban una seguridad ocupacional mínima y con constante exigencia patronal para garantizar y superar las metas de producción. Estos factores sumados, prácticamente garantizaban una epidemia laboral de enfermedades incapacitantes*

- 
- 1 Ponencia presentada en la Mesa «Luchas y resistencias en el mundo del trabajo» del Congreso Pre-ALAST Asociación Latinoamericana de Estudios del Trabajo *Los Estudios del Trabajo en Colombia y América Latina: Resultados y Desafíos*. Realizado en Bogotá D.C., el 1 de septiembre de 2015.
  - 2 Médico, Especialista en Salud Ocupacional, Máster en Salud Pública, Máster en Estudio Políticos, estudiante de Doctorado en Salud Pública. Profesor Asistente, Departamento de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: mhstorrest@unal.edu.co
  - 3 Médico, Especialista en Salud Ocupacional, MsC y PhD en Salud Pública. Profesor Asociado Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: jelunag@unal.edu.co
  - 4 Presidente de la Asociación de Extrabajadores Enfermos de Colmotores (ASOTRECOL). Correo electrónico: jjorgealberto@hotmail.com
  - 5 Portland Central America Solidarity Committee. Correo electrónico: paige@pcasc.net

*en pocos años: hernias discales, túnel de carpo, bursitis y manguito rotador en hombros se hicieron comunes. Testimonio de extrabajador de Colmotores asociado a ASOTRECOL.*

A comienzos de la década de 1990 Colombia inicia un conjunto de transformaciones económicas y políticas, promovidas por organismos financieros internacionales (Banco Mundial, 1993), marcadas por la limitación de la acción social de los Estados que tocaron diversos ámbitos entre ellos el laboral y el de la seguridad social, reformas que prevalecen hasta la fecha.

A través de la ley 50 de 1990 en Colombia se adelantó una reforma laboral que llevó a transformar las relaciones capital-trabajo a partir de generar un proceso de flexibilización y desregulación laboral. Y a través de la ley 100 de 1993 se instauró una política de Estado en salud que tiene como base el aseguramiento individual en un mercado de servicios de atención a la enfermedad de origen común y laboral.

En Colombia estas reformas de tipo laboral y en seguridad social, que incluyeron el componente de riesgos laborales, establecieron un marco de acción social colectiva de lucha y exigibilidad por el derecho a la salud y el derecho a la salud en el trabajo, marco que ha llevado a la emergencia de múltiples expresiones de resistencia social, entre ellas la adelantada por trabajadores enfermos cuyos derechos no han sido garantizados ni por las empresas, entidades gubernamentales o administradoras de riesgos laborales (ARL) (Luna García y Torres Tovar, 2012).

La presente investigación presenta el caso de la Asociación de Extrabajadores Enfermos de Colmotores (ASOTRECOL), agremiación conformada por extrabajadores de la compañía Colmotores S.A. en Bogotá que fueron retirados de la empresa padeciendo enfermedades de origen laboral. El de ASOTRECOL es un caso emblemático de la lucha por el derecho a la salud en el trabajo. Esta investigación participativa se enmarcó en un proyecto del Movimiento por la Salud de los Pueblos, en

relación con el estudio del papel de la sociedad civil en la garantía del derecho a la salud para todos en el ámbito internacional.

Se presentan los impactos producidos por las reformas laboral y de seguridad social en el grupo de extrabajadores de Colmotores, y se evidencia la acción colectiva y la resistencia que emprendieron por la exigibilidad de su derecho a la salud en el trabajo.

## **Cambios en el mundo del trabajo, la seguridad social e impactos en la salud de los trabajadores**

En los años '70 del siglo XX el modelo capitalista sufre una crisis de acumulación producto de condiciones simultaneas como la crisis del petróleo —que llevó al aumento de su precio—, la sobreproducción de productos en masa estandarizados que no estaban siendo absorbidos por los mercados internacionales, las pocas oportunidades de inversión de capital, entre otras, que finalmente llevaron a una recesión económica. Como consecuencia, el modelo capitalista de producción y acumulación fordista se movió hacia un nuevo modelo económico de acumulación flexible (Moutsatsos, 2011: 37).

Esta nueva perspectiva de modelo económico llevó a desarrollar un conjunto de estrategias para recomponer el proceso de acumulación de capital, entre las cuales se destacó el ataque frontal al modelo de *Estado benefactor*, la promoción de la apertura de fronteras para la libre circulación de mercancías y capital financiero mediante tratados de libre comercio, la incorporación de nuevas tecnologías y nuevas formas de organización del trabajo para la intensificación de los procesos productivos, la transformación de las relaciones laborales capital-trabajo a partir de la introducción de cambios en las legislaciones laborales y, como estrategia final, la transformación de la seguridad social y de los mecanismos de protección de la salud en el trabajo a partir de su respectiva incorporación en el escenario de mercado.

Estas estrategias emprendidas por el capital transformaron a finales del siglo XX el mundo del trabajo, intensificando el despojo de las rentas del trabajo y aumentando con ello la precarización de las condiciones de trabajo y su impacto negativo sobre la salud y la vida de los trabajadores (Navarro, 2015).

En materia de cambios en el modelo de producción, se presentó una mayor penetración en los países pobres por parte del sector financiero internacional, libre circulación de bienes y servicios con mayor movilidad geográfica del capital, incorporación de nuevas tecnologías, desfragmentación de la gran factoría con un proceso de satelización de la producción, y formas de producción a través de la maquila para obtener mano de obra más barata. Esto generó una redefinición de la relación empresa-Estado, formas de empleo flexibles con pérdida de los contratos a tiempo indefinido, desaparición del obrero masa y un ostensible incremento de la economía informal.

Esto cambios, a su vez, trajeron modificaciones en las condiciones de trabajo que se traducen en su mayor precarización:<sup>6</sup> salarios más bajos, desprotección social progresiva, crecimiento acelerado de la inestabilidad laboral dada por la flexibilidad en los contratos de trabajo, llegando incluso al denominado *trabajo en negro*, que elimina las garantías laborales y redundante en la pérdida de poder negociador de los sindicatos, de los trabajadores, y en el miedo al desempleo. Igualmente, ha implicado que para mantener el trabajo se haya tenido que ceder en conquistas importantes en materia de cuidado de la salud y de pérdida de beneficios de la seguridad social.

---

6 La precarización laboral se refiere a la inseguridad, incertidumbre y la falta de garantía de condiciones socioeconómicas suficientes para una supervivencia digna de los y las trabajadoras. Involucra procesos de flexibilización laboral o desregulación del mercado de trabajo con bajada de salarios, abaratamiento del despido, ausencia de indemnizaciones, falta de coberturas sociales, contratación temporal. De este proceso se deriva un aumento de la economía informal y un empeoramiento de las condiciones de trabajo (Anónimo a, s.f).



Todo esto ha generado impactos en la salud de los trabajadores que se expresan en problemas mentales, sicosomáticos, mayor fatiga y desgates físicos, nuevos problemas de salud aún no suficientemente reconocidos en razón de la incorporación de nuevas tecnologías y formas de organización del trabajo, así como por el ingreso de variadas sustancias tóxicas en los procesos de trabajo. Esta situación ha conllevado a que se dé una coexistencia de los problemas tradicionales de salud de los trabajadores con unos problemas emergentes.

Colombia se alineó en esta dinámica internacional de la economía y estableció una reforma laboral a través de la ley 50 de 1990, bajo el supuesto que con esta se harían las adaptaciones laborales pertinentes para colocar al país a tono con la apertura económica.<sup>7</sup>

Este proceso trajo diversos efectos en la vida laboral de los colombianos: desregulación de las relaciones laborales, flexibilización de las condiciones laborales, aumento de la formas de trabajo informal y enorme precarización de las condiciones laborales.

De otra parte, esta reforma laboral, y sus implicaciones, se articularon con la reforma a la seguridad social hecha en Colombia a través de la ley 100 de 1993, que generó un proceso progresivo de privatización del sistema de salud y del sistema de protección de la salud en los lugares de trabajo.

Como efectos conjugados de estas dos reformas, vinculados con la falta de garantía del derecho al trabajo y del derecho a la salud en el trabajo, se generaron un conjunto de consecuencias entre las que se destacan la falta de empleo digno y seguro, ausencia o debilidad de servicios de salud en el trabajo, y deterioro

---

7 Un antecedente importante fue la Misión de Empleo conocida como la «Misión Chenery» que en 1986 recomendó como estrategias para reactivar el empleo en Colombia la generación de divisas, la elevación de la tasa de ahorro e inversión y la reorientación del gasto público (López, 1986).

de los programas de promoción y prevención de la salud en el trabajo, esto producto de una priorización de las políticas públicas en el aseguramiento a riesgos laborales en lugar del desarrollo de un real enfoque de salud laboral.

De igual modo, se constató una tendencia a fortalecer el papel del sector financiero como intermediario del aseguramiento en salud y riesgos laborales; limitaciones en los procesos organizativos y de participación de los trabajadores, expresadas en dificultades para configurar organizaciones sindicales y gremiales; una nula o escasa participación de los trabajadores en las decisiones empresariales que atañen con su salud; precarización de la vida de los trabajadores y sus familias; así como un deterioro importante de las condiciones de trabajo evidenciado en el incremento de la accidentalidad, muerte laboral y enfermedad laboral, aunque con importantes subregistros de ambas.

Es en el marco de este contexto de transformaciones internacionales y nacionales de los ámbitos laboral y de seguridad social, que se generan importantes problemáticas, que se dan respuestas colectivas desde las organizaciones sindicales, algunas ONG y, en los últimos años, de una acción social colectiva organizada por los propios trabajadores enfermos debido a las condiciones de trabajo (Luna García y Torres Tovar, 2012).

## **Acción colectiva y resistencias por el derecho a la salud en Colombia**

Como se ha mencionado, producto de los efectos de las reformas emprendidas en Colombia a comienzos de los años '90, se emprenden un conjunto de acciones sociales colectivas con el fin de exigir la realización de derechos colectivos en el país. En particular, la dinámica social que durante los últimos 20 años ha tenido lugar en Colombia por el derecho a la salud puede ser caracterizada en tres periodos (Torres Tovar, 2013).

Un primer periodo, de carácter reivindicativo, se da desde

los primeros años de implantación de la ley 100. En este punto, los actores de manera independiente exigen reivindicaciones específicas de acuerdo a su procedencia; así, los trabajadores demandan garantía de derechos laborales, los estudiantes exigen presupuesto para la educación, la salud pública y la preservación de los sitios de formación profesional, los usuarios por su parte demandan mejor calidad en la prestación de los servicios de salud, los gremios de profesionales de la salud demandan el reconocimiento de su estatus social y laboral, los indígenas demandan una legislación específica que les reconozca su tradiciones y prácticas en salud.

En este primer periodo la gente de manera individual inició el uso de la tutela en salud, que desde su instauración con la Constitución Política de 1991 ha sido un recurso de considerable importancia para la protección del derecho a la salud en Colombia.

En este periodo fue entonces donde las acciones colectivas por el derecho a la salud (ACDS) se dieron principalmente en torno a reivindicaciones específicas que demandaban la responsabilidad estatal para resolverlas.

Un segundo periodo se da en medio de una ampliación del debate público, que permite la articulación y politización de la lucha por la salud que inició en el año 2000 con la preparación del Primer Congreso Nacional por la Salud y la Seguridad Social y prosigue con su realización, paso que posibilita generar un debate público amplio por el derecho a la salud, en procura de articular los diversos sectores sociales en aras de establecer procesos organizativos que tuvieran la posibilidad de transformar la realidad existente en torno al derecho a la salud en Colombia.

Este segundo periodo concatenó la realización de eventos públicos de deliberación (congresos nacionales por la salud, encuentro nacional por la salud de los trabajadores, campamentos humanitarios por la salud, asambleas distritales por el derecho

a la salud y audiencias públicas por la salud), que configuraron la propuesta de construir un movimiento social por la salud e impulsar un proceso político de movilización con la intención de transformar el modelo de ley 100 por un sistema de salud garante del derecho.

Este periodo dio pasos en la politización de la acción colectiva en salud, avance que fue movido al empezar a comprender que había un elemento estructural responsable de la situación colectiva ligado a la política de Estado en salud, por lo cual era necesario dar una pelea más colectiva y menos particular.

Asimismo, en este periodo se siguieron dando acciones de carácter reivindicativo específicos, pero sectores con mayor capacidad de liderazgo y presencia en la dinámica colectiva por el derecho a la salud empezaron a entender que era necesario politizar el problema para gestar un sujeto político capaz de derrotar el modelo de ley 100.

El tercer periodo se da desde comienzos del año 2010 hasta los días que corren, y se caracteriza por un avance en la configuración de una identidad colectiva y por la maduración de la propuesta política. Con el paso de los años, el proceso de articulación fue posibilitando una redefinición de los vínculos colectivos que ha propiciado el acercamiento de las posturas de los diferentes actores sociales, de modo que ya no estén cada uno por separado emprendiendo su propia lucha, pues se han unido a partir de que se ha venido generando una identidad colectiva alrededor de la idea de la salud como un derecho humano. Por supuesto, no se puede entender como un proceso lineal de solo avance de las dinámicas por el derecho a la salud, también se dan estancamientos y retrocesos, pero indudablemente se está en otra etapa de las ACDS en Colombia.

El avance en la configuración de esta identidad colectiva tuvo un momento relevante constituido por el periodo de la denominada emergencia social en salud a finales de 2009 y

comienzos de 2010, que desató una gran indignación colectiva producto de las medidas que trató de implantar a la fuerza el gobierno nacional de Álvaro Uribe, donde claramente se evidenciaba que las medidas beneficiaban a las EPS y perjudicaban al conjunto de la población y al gremio de médicos y odontólogos (Torres Tovar, 2010).

Este contexto permitió un gran paso en la alineación de los actores defensores del derecho a la salud, así como el reconocimiento más claro de aquellos que defienden el modelo de ley 100, que permitió en un primer momento la reagrupación de los sectores sociales de la salud en la denominada Alianza Nacional por la Salud (ANSA), en cuya dinámica de trabajo se elaboró y se presentó en 2011 un proyecto de reforma estructural de la ley 100 al Congreso de la República. Luego una instancia más amplia denominada Mesa Nacional por el Derecho a la Salud, que jugó un papel importante para el establecimiento de una Ley Estatutaria en Salud (ley 1751 de 2015) y es hoy en Colombia una instancia articuladora de los sectores sociales que luchan por la realización del derecho a la salud. Es gracias a esta ley 1751 que se incorpora en la estructura jurídica colombiana la salud como derecho humano fundamental, asunto anteriormente inexistente en la Constitución (Torres Tovar, 2015).

El aspecto de lo identitario avanzó en este tercer periodo dada la posibilidad de identificar con mayor claridad un «ellos», en el sentido que lo plantea Porto Gonçalves cuando dice que es en los procesos de luchas sociales en los que se van construyendo las identidades colectivas, identidades que no se definen por sí mismas sino por contrastes, donde la invención de un «nosotros» implica la identificación de un «ellos», de este modo, la identidad se construye junto con la alteridad en situaciones concretas (Porto Gonçalves, 2001). En Colombia se han venido dando ambos procesos al mismo tiempo: uno de mayor acercamiento por el reconocimiento de la salud como derecho y otro por identificar un adversario más claro ubicado en la figura de la intermediación, base estructural del modelo de la ley 100

(Torres Tovar, 2013).

Esta mirada en torno a los repertorios de la lucha y la movilización social por la salud en Colombia, sus actores y participantes, los adversarios que se establecieron y un conjunto de periodos en su dinámica de acción en más de veinte años, permite decir que a pesar del contexto colombiano de violencia política y especialmente antisindical y de la represión gubernamental, se ha dado una dinámica de movilización importante, donde han surgido nuevos actores y se ha venido delineando la construcción de un movimiento social por la salud que ha construido su identidad en torno a la lucha por el derecho fundamental a la salud (Echeverry y Borrero, 2015).

En la experiencia de Colombia se fue configurando una contienda política entre dos sectores por el control del sector de la salud: uno proclive a la política de Estado en salud instaurada desde 1993, que ha sido hasta ahora el hegemónico, y otro contrario a esta política, generador de un conjunto de ACDS en la búsqueda de transformar dicha política.

De manera particular, en la acción colectiva por el derecho a la salud en el trabajo (ACDST) se han dado momentos de movilización y organización importantes, que tienen unos antecedentes a finales de los años '80 y comienzos de los '90 cuando se realizan dos encuentros nacionales de salud de los trabajadores (Luna García, 2002), y se conforma el Centro Nacional de Salud y Trabajo (CENSAT) y luego, a mediados de los '90, el Intersindical de Salud de los Trabajadores, espacio en el cual confluían representantes de las tres sindicales de trabajadores.

Luego la dinámica específica de ACDST decae producto de las transformaciones provocadas por la reforma laboral en el mundo del trabajo, lo cual debilita el movimiento sindical en tanto la gente pierde posibilidad de sindicalización por las formas flexibles de contratación, lo que a su vez obligó al movimiento sindical a poner como agenda central la conservación

del trabajo.

Sin embargo, la dinámica de la ACDST logró impulsar el tema del derecho a la salud en el trabajo e impulsó la realización del tercer encuentro nacional de salud de los trabajadores en 2003, incorporándole un nuevo aire a la ACDST, volviendo a demandar a las organizaciones sindicales colocar en su agenda el tema de salud laboral y sumar a la propuesta de un nuevo sistema de salud en Colombia estructurada desde los sectores del movimiento nacional por la salud, los aspectos relacionados con los temas de riesgos laborales y salud laboral.

El uso de tutela en el tema de salud en el trabajo también se ha dado, pero en menor cantidad y también ha llevado a que la Corte Constitucional establezca jurisprudencia en temas de este campo como el pago mínimo vital de salario, la salud del personal doméstico, el derecho a la salud de la mujer trabajadora embarazada, respecto a la reubicación por condiciones de discapacidad, entre otras (Patiño, 2011).

Pero lo más destacado en el tercer periodo de movilización social por el derecho a la salud en el ámbito del trabajo, es la creación de un conjunto de organizaciones de trabajadores enfermos por las condiciones en el trabajo, los cuales decidieron juntarse y emprender acciones colectivas de resistencia contra los empleadores y el Estado para efectos de que se les respeten sus derechos laborales y se les proteja su salud deteriorada producto. Entre otras, se destacan organizaciones como la Asociación de trabajadores enfermos de la Drumond (ASOTRED), Asociación de trabajadores enfermos del Cerrejón, Fundación «Manos muertas», Asociación de Trabajadores Discapacitados de Norte de Santander (ASOTRADISNORT), Asociación de extrabajadores enfermos de Colmotores (ASOTRECOL), Asociación de trabajadores enfermos de Colmotores (UNECOL), Asociación Nacional de Usuarios del Sistema de Riesgos Laborales, Afiliados y Beneficiarios del Sistema de Seguridad Social (ASORIESGOS), Asociación de Trabajadores Discapacitados y

Enfermos por la Industria Minero Energética (ASOTRAIMENE), Asociación de extrabajadores de COLOMBIT, entre otras.

Producto del contexto de fácil retiro de los trabajadores de sus empresas, bien por contratos temporales o bien por la falta de control estatal sobre los empresarios, el ejercicio de los empresarios y las ARL por desconocer el origen laboral de los eventos en salud, incluso con el amparo de las juntas de calificación y del sistema judicial, se gestan estos procesos colectivos de organización de las propias víctimas, trabajadores enfermos despedidos, a los cuales se les han violado sus derechos laborales y de salud.

Procesos colectivos que emprenden diversas acciones sociales para exigir les sean reconocido el origen laboral de sus accidentes y enfermedades, sean reincorporados en las empresas y reubicados según lo amerite el caso, y se les reconozcan sus derechos asistenciales y económicos.<sup>8</sup>

## **ASOTRECOL: caso emblemático**

ASOTRECOL es una de las organizaciones constituidas por trabajadores que fueron retirados del empleo, en este caso de la empresa automotriz GM Colmotores (filial de la General Motors), padeciendo con enfermedades ocasionadas por las condiciones en que laboraron en esta empresa. Dada su condición se vieron forzados a organizarse para emprender acciones sociales colectivas orientadas a exigir la protección de sus derechos laborales y de salud.

Este apartado se ha construido construyó a partir de información secundaria obtenida de páginas web y prensa,<sup>9</sup> además de contar con fuentes primarias resultado de entrevistas con los extrabajadores miembros de ASOTRECOL y de documenta-

---

8 Entrevistas con varios miembros de estas asociaciones.

9 Este capítulo está fundamentado en un estudio de caso en curso, las fuentes empleadas son públicas conforme a la ley de *Habeas Data*.



ción acopiada por ellos mismos de sus casos.

### ***La empresa***

La General Motors (GM) es la mayor empresa automotriz del mundo de origen estadounidense. Fue fundada en 1908 y actualmente fabrica vehículos en 35 países y emplea cerca de 266.000 personas (General Motors, 2015).

Durante el siglo XX y gran parte de la primera década del siglo XXI fue el primer grupo industrial de producción de automóviles, pero debido a la crisis económica mundial en 2009, se declaró en quiebra, por lo cual se creó una compañía nueva con el nombre General Motors Company, a la cual el gobierno estadounidense inyectó US\$ 50.000 millones, por lo cual en ese momento se quedó con el 60% de las acciones (Anónimo, s.f.).

Colmotores, nombre de la compañía filial de la GM en Colombia, nació el 27 de julio de 1956. Con la consolidación de su planta llegó a constituirse en uno de los mayores fabricantes y ensambladores de automóviles con base en Bogotá (Anónimo b, s.f.).

En 1981, a la compañía se le cambiaría la razón social de Colmotores a la de GM Colmotores, momento desde el cual ha manufacturado una gran variedad de modelos de automóviles para el mercado local comercializados bajo la marca Chevrolet (Anónimo a, s.f.).

A principios de la década del '90 se da una importación masiva de automóviles tras la apertura económica emprendida por el gobierno de César Gaviria, situación que lleva a que la Colmotores durante esta década piense en estrategias para recomponer su capacidad productiva y competitiva.

Para 2002, en vista del excesivo costo del material para ensamblaje de procedencia japonesa, se decide que en la planta de GM Colmotores se dé inicio al ensamblaje pero con material de

procedencia surcoreana, siendo importado primero y empleado luego para ensamblaje de vehículos como el Chevrolet Spark y el Aveo (Anónimo a, s.f.).

Desde 2007 la casa matriz de GM promueve un modelo de gestión competitiva para todos los proveedores de piezas de automóviles locales con el fin de mejorar la calidad de los vehículos Chevrolet (Chevrolet Colombia, s.f.). Esto lleva a que GM Colmotores en 2010 plantee un plan de reconversión industrial con tres estrategias para aumentar su productividad: creación y puesta en marcha de la zona franca, automatización de procesos en la planta de ensamble y mejora continua a través del sistema global de manufactura de GM (Benedetti Meléndez *et al.*, 2013).

A comienzos de febrero de 2012 se dio inicio a la construcción de dos edificios destinados a estampado y otro para grafiados. Esta transformación tecnológica industrial incorporó 6 robots que mecanizaron los procesos de rematado de soldadura de los vehículos con una nueva línea de acabado metálico y banco de cabinas mecanizado en la planta, sumado a dos prensas de alto tonelaje (Benedetti Meléndez *et al.*, 2013). Esto significó que para este año hubo un aumento de la capacidad productiva de la planta, producto de esta ampliación de la infraestructura y de la introducción de una línea de producción (Anónimo a, s.f.), lo que generó que para 2013 GM Colmotores tuviera una participación de mercado del 26% (Pedreros *et al.*, 2014)

Los vehículos ensamblados actualmente por GM Colmotores rondan las 45 versiones de cerca de 12 plataformas diferentes, lo que sitúa a la compañía en el primer lugar en el mercado automotor colombiano (Anónimo a, s.f.), por encima de las otras tres ensambladoras de vehículos que concentran la casi totalidad de la producción: Sofasa, Compañía Colombiana Automotriz e Hino Motors Manufacturing (PNUD, 2014).

## **Daños a la salud por el proceso productivo de GM Colmotores**

Desde comienzos del 2000, con el fin de reposicionarse en el mercado automotriz GM Colmotores emprendió un conjunto de estrategias gerenciales, organizativas y laborales para aumentar sus niveles de productividad.

De un lado, como se ha referido, impulsó un sistema global de manufactura con plan de reconversión industrial que trajo cambios tecnológicos y organizativos en la planta de producción y, simultáneamente, una intensificación del uso de la mano de obra de los trabajadores. Estos cambios tecnológicos y organizativos llevaron a que la producción de autos que en 1997 fue de 57 vehículos/día, fueran 120 vehículos/día en 2005.

Para 2008 se dio en GM Colmotores un proceso de mejoras continuas. El funcionamiento durante 24 horas de la planta condujo a una intensificación del trabajo, lo que produjo un enorme incremento de la producción. Esta dinámica se articuló con una estrategia de incentivos de trabajo a la producción, que estableció el periodo con las peores condiciones de trabajo debido a la intensificación física del trabajo y constituyó el periodo de máxima afectación de la salud de los trabajadores, hasta el punto de presentarse la emergencia de una «epidemia» de daños osteomusculares, principalmente hernias discales de la región lumbosacra, síndrome del túnel del carpo y daño del manguito rotador.<sup>10</sup>

De otro lado, la empresa implementó un conjunto de estrategias gerenciales con un enfoque de flexibilización laboral y de limitación a la organización de los trabajadores alrededor del sindicato. La empresa ofreció solo contratos temporales, que tenían que ser renovados cada año, situación que fue usada como amenaza para obligar al trabajador a esforzarse al máximo, man-

---

10 Entrevista a extrabajadores de Colmotores.

teniendo el silencio sobre sus dolencias físicas que empezaban a emerger cotidianamente.

Además, General Motors se aseguró que los trabajadores enfermos no se organizaran. Todos los trabajadores de nuestra época estuvimos obligados a firmar y pertenecer al pacto colectivo, un mecanismo controlado por la empresa y usado para acabar con el sindicato. Nosotros antes de firmar nuestros contratos, tuvimos que firmar un documento aceptando renunciar a no pertenecer a ningún sindicato, así la empresa atacó el derecho internacional a la libre asociación, y evitó que el sindicato, que antes representó 1.400 de los 1.800 trabajadores, no pudiera recibir nuevos afiliados. Hoy después de más de 40 años de actividad sindical, el sindicato, solo representa poco más de 100 trabajadores (testimonio de un extrabajador miembro de ASOTRECOL).

De esta forma Colmotores desarrolló formas de contención de la organización de los trabajadores a través de la figura de *pacto colectivo* y procesos de retiro y despidos de trabajadores (ENS, 2014).<sup>11</sup> En el marco de estas dinámicas gerenciales, en el primer semestre de 2011 retiró a 88 trabajadores<sup>12</sup> y para abril de 2013 despidió a más de 460 trabajadores, incluidos sindicalizados (Voz, 2013).

Otra de las estrategias de la empresa consistió en encubrir los daños a la salud de sus trabajadores ocasionados por estas condiciones intensivas de trabajo, lo que pasó por un ocultamiento de estas enfermedades desde el servicio médico de la empresa, en donde en vez de realizar procesos de prevención y

---

11 Como bien se menciona en la investigación hecha por la Escuela Nacional Sindical (2014), «el pacto colectivo se usó para romper el carácter mayoritario del sindicato. Uno de los aspectos más sorprendente de la utilización de pactos colectivos en Colombia, es en aquellas empresas que han impuesto convenios colectivos con trabajadores no sindicalizados a pesar que los sindicatos son mayoritarios, en una flagrante y abierta violación del artículo 481 del CST y del artículo 70 de la ley 50 de 1990, como en los casos de Prosegur y General Motors Colmotores».

12 Entrevista a trabajador despedido por la empresa. Octubre de 2014.

de reubicación para detener el empeoramiento de la sintomatología por la que consultaban los trabajadores, se les manejaba solo con analgésicos.

General Motors desarrolló su siniestro ataque identificando los trabajadores enfermos, dejándonos sin las pruebas que necesitaríamos para reclamar nuestros derechos. La empresa no reportó los accidentes laborales, y en el centro médico dentro de la planta, no advirtieron al trabajador sobre la verdadera causa de su dolor, justificándolo con simples molestias musculares y tratándonos con medicamentos para controlar el dolor momentáneamente, sin interrupción en la jornada laboral, mientras ocultaban el verdadero origen del dolor del trabajador informaban al departamento de Relaciones Laborales de General Motors el estado del trabajador, y así informar a la empresa convirtiendo al trabajador en un objetivo inmediato de despido, antes de que este o su EPS detectara una enfermedad laboral, aprovechándose inclusive del desconocimiento de sus derechos como también la manipulación sus historias clínicas impidiendo además su libre acceso (testimonio de un extrabajador miembro de ASOTRECOL).

Este desconocimiento de las enfermedades laborales se reforzó con el rol que tuvo la Aseguradora de Riesgos Profesionales<sup>13</sup> (ARP, hoy ARL) con la cual tenía asegurados a sus trabajadores para accidentes de trabajo y enfermedad laboral (ATEL), y con las juntas de calificación laboral, que revirtieron el origen laboral de las patologías que la EPS había establecido para algunos trabajadores.

Consistía además en la perfecta organización perversa con la ARP Colpatria quien por su parte se encargaba de manipular los reportes falsos sobre las verdaderas funciones y cargas laborales de los puestos de trabajo, asegurando que los médicos de las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez no calificaron con un verdadero análisis técnico las condiciones reales en que el trabajador desarrolló su actividad laboral. Con esto se aseguraba que la gran mayoría no pudiera reconocer que su enfermedad fuera calificada con un origen profesional y mucho menos

---

13 Entre los años 2003 a 2011 la empresa GM Colmotores tuvo asegurado a sus trabajadores a la ARP Colpatria.

lograr un grado de discapacidad superior al 50% necesario para acceder una pensión por discapacidad. Los pocos trabajadores que pudieron iniciar o denunciar algún tipo de enfermedad laboral ante su EPS y estas a su vez comprobar y demostrar la relación con su causalidad y calificando con enfermedad profesional, después con argucias o engaños por parte de la ARP eran alterados de forma concertada con las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez (testimonio de un extrabajador miembro de ASOTRECOL).

En lugar de mejorar estas condiciones laborales, de tal suerte que se detuvieran este tipo de afecciones a la salud de los trabajadores, Colmotores implementó una estrategia de despido de los trabajadores enfermos, contraviniendo la legislación que impide despedir a un trabajador en estas condiciones.

[...] diseñó una estrategia de persecución y acoso laboral sistemático con el fin presionar su renuncia, y luego aparentar que existió un mutuo acuerdo. Usaron cargos falsos y continuos en contra de los trabajadores enfermos, y traslados constantes a nuevos puestos para desubicar al trabajador (testimonio de un extrabajador miembro de ASOTRECOL).

Del grupo de trabajadores despedidos en 2011, cuarenta y cinco (45) tenían enfermedades de origen laboral, especialmente de tipo osteomuscular, y no recibieron ningún tipo de indemnización ni consideración especial. Por esta razón, iniciaron un proceso de lucha por sus derechos laborales y de salud, creando para ello la agremiación ASOTRECOL (ENS, 2012) junto a otros trabajadores que aún se encontraban en la línea de trabajo.

## **Nacimiento de ASOTRECOL**

ASOTRECOL nace como una forma organizativa creada por la necesidad de trabajadores y ex trabajadores de la empresa transnacional GM Colmotores que adquirieron enfermedades laborales en las líneas de producción y que no les fueron reconocidas.

Estas situaciones sumadas nos impulsaron a vernos en la necesidad de organizarnos para demostrar que nuestras enfermedades no eran casos aislados como lo querían hacer parecer, pero que en efecto fueron causados por nuestro trabajo y de forma generalizada entre los trabajadores en sus respectivas áreas de trabajo (testimonio de un extrabajador miembro de ASOTRECOL).

El nacimiento de ASOTRECOL se da producto de un proceso de identificación entre trabajadores y extrabajadores de Colmotores que empiezan a evidenciar que sufren un conjunto de enfermedades muy similares las cuales detectan haber sido producto de los tiempos y ritmos que les exigió el proceso productivo en que laboraron colectivamente.

Este proceso de identificación colectiva comprendió el tiempo entre 2009 y 2010, periodo en el cual, en particular, uno de los trabajadores técnico especializado en soldadura empezó a documentar su caso, tratando que se reconociera el origen laboral de las cuatro patologías que tenía en ese momento. Este trabajador había ingresado a los 28 años a Colmotores, y a los cinco años de estar laborando ya había tenido un fuerte impacto en sus estructuras osteomusculares producto del intenso esfuerzo físico que le impuso su labor. Inició un proceso de incapacidades recurrentes desde el año 2009 y es finalmente despedido en julio de 2011. Entre otros detalles, sus afecciones demandaron cirugías para el manejo bilateral del síndrome del túnel del carpo y de las hernias discales en la región lumbosacra, estas le dejaron como secuela un síndrome de pie caído.

Este ejercicio de documentación juiciosa, recuperando la historia clínica, contrastando la información con la aportada por la empresa y por la ARP a la juntas de calificación regional y luego nacional, se constituyó en una fase fundamental donde emergió la idea de que no era un problema individual sino colectivo: «Yo he pensado que mi caso puede arrastrar la situación similar de mis compañeros» (testimonio de un extrabajador miembro de ASOTRECOL).

Es por esta razón que se da como parte del proceso de gestación de ASOTRECOL una fase de búsqueda de trabajadores y extrabajadores afectados en su salud y con secuelas de discapacidad por su labor en Colmotores. Los hallazgos de esta búsqueda llegaron a sumar 68 trabajadores.

Este esfuerzo emprendido inicialmente por un trabajador, lo llevó a establecer denuncias ante los entes estatales encargados de la regulación del trabajo y de la protección de los derechos humanos:

A pesar de las múltiples denuncias ante los organismos de control como el Ministerio de Trabajo y la Procuraduría General de la Nación, donde logramos comprobar el alto favorecimiento y el concierto para delinquir entre los inspectores del Ministerio de Trabajo y los abogados y representantes de General Motors y aun ante la sanción y la investigación, ni el sistema de seguridad social ni la empresa respondía por nuestra situación (testimonio de un extrabajador miembro de ASOTRECOL).

Estas acciones llevaron a que, de un lado, la Procuraduría General de la Nación le solicitara a la ARP Colpatria informara del número de casos de enfermedad en Colmotores, quien respondió que para el 2011 era de 200 casos de patología lumbar; y de otro, a que para esa misma época la Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo multara a la ARP Colpatria con 28 millones de pesos<sup>14</sup> por encubrir información que impedía declarar la enfermedad de origen laboral, principalmente relacionada con el estudio de puestos de trabajo que en el año 2007 había hecho la fisioterapeuta de Colmotores, quien fue despedida.

Fruto de esta dinámica inicialmente individual, que le permite al trabajador ganar conciencia frente al origen laboral de su problema de salud y advertir que es un problema que trasciende

---

14 Esta situación no ha sido resuelta aun, dado las apelaciones que hizo la ARL Colpatria y en este momento hay un riesgo de caducidad por vencimiento de plazos, razón por la cual el extrabajador ha interpuesto una acción de tutela.



su condición individual en tanto afecta al conjunto de trabajadores, asimismo el hecho de hallarse incapacitados para responder al ritmo que exigía Colmotores debido a sus enfermedades, por lo cual fueron despedidos, perpetrándose la violación de sus derechos laborales y de seguridad social, los llevó a constituir el 19 de mayo de 2011 la Asociación de Trabajadores y Ex Trabajadores Enfermos de General Motors Colmotores (ASOTRECOL), iniciando su proceso organizativo con 68 miembros.

### **Formas de la acción colectiva de ASOTRECOL**

El propósito de ASOTRECOL es que a sus asociados se les reconozca el origen laboral de sus enfermedades y se les den las prestaciones asistenciales y económicas a que tienen derecho, que les sean restituidos sus derechos laborales, reintegrados a la empresa Colmotores pagándoles los salarios caídos, brindándoles un proceso de rehabilitación y re-educación laboral para ubicarlos en puestos acordes a sus condiciones de salud.

ASOTRECOL, en la búsqueda de su propósito de exigibilidad de los derechos laborales y de salud de sus asociados, ha implementado un repertorio diverso de acciones colectivas de movilización, lucha y resistencia, acciones colectivas que pueden ser clasificadas como acciones de derecho, de hecho, de incidencia internacional y de carácter comunicativo.

Las acciones de derecho han estado relacionadas con acudir a las instituciones gubernamentales encargadas de la protección de los derechos laborales, de los derechos humanos y de la seguridad social. En este sentido, ASOTRECOL ha generado mecanismos de denuncia ante el Ministerio de Trabajo y la Procuraduría General de la Nación, forzando a que estas instituciones actúen frente a la Empresa, la ARP Colpatria y las Juntas de Calificación Regional y Nacional.

Igualmente presentaron el caso a instancias de la CET-COIT, que es la comisión especial de tratamiento de conflic-

tos, organismo del Ministerio del Trabajo encargado de atender los conflictos relacionados con la libertad sindical regulados por los convenios ratificados por Colombia ante Organización Internacional del Trabajo (OIT). Este proceso fue iniciado por ASOTRECOL pero no tuvo mayores desarrollos a favor de su situación.

De manera particular, la dirigencia de ASOTRECOL ha desestimado el uso del sistema judicial producto de considerar que no existen posibilidades de obtener respuestas adecuadas por esta vía, en tanto muchos de los procesos de los trabajadores enfermos de Colmotores llevados al sistema judicial, que de manera reiterada y extraña han llegado solo a los Juzgados 14 y 16, han sido perdidos por los trabajadores.

De otro lado, el repertorio de acciones de hecho ha tenido diversas formas y es el que más ha contribuido a visibilizar la situación de los trabajadores y extrabajadores de GM Colmotores.

Inicialmente hicieron uso del mitin y se congregaban de manera reiterada frente a las instalaciones de la empresa, frente a concesionarios de la empresa, frente al Ministerio de Trabajo y frente a la Procuraduría General de la Nación.

Pero dado que estas acciones no trascendían, generaron una acción de hecho colectiva, tal vez la más importante que ha impulsado ASOTRECOL, la cual fue la de instalarse frente a la embajada de Estados Unidos en Bogotá en una carpa el día 2 de agosto de 2011, dando inicio a su estadía en este sitio con una huelga de hambre. Esta acción se da a raíz de entender que la pelea por sus derechos debía ganar un ámbito internacional, en tanto Colmotores es una filial de una transnacional estadounidense.

Durante estos cuatro años en los que han estado frente a la Embajada de Estados Unidos, han emprendido otras acciones

de hecho para presionar la solución a sus demandas que han incluido el enterrarse en el piso donde está la carpa, crucificarse al frente de la carpa y amarrarse a la entrada de la Embajada. Así mismo, han hecho otro par de huelgas de hambre durante este periodo.

Pero un asunto muy interesante de la acción colectiva de ASOTRECOL fue emprender acciones de lobby internacional, bajo el entendido que GM es una empresa de los Estados Unidos desde el año 2008 consecuencia del salvamento que hizo el gobierno de ella.

Esta acción de lobby les permitió tener una primera entrevista con el Embajador de los Estados Unidos en Colombia en abril de 2011, junto a un Senador del Estado de Michigan, donde se encuentra la casa matriz de GM. De esta manera se instalaría el conflicto laboral en un escenario más allá de Bogotá, de carácter internacional y plegado a una coyuntura especial que fue la demanda del gobierno de Estados Unidos con el de Colombia para que protegiese los derechos laborales como requisito para la firma del tratado de libre comercio.

Esta relación, junto a la habilitada por la propia ASOTRECOL al contactar al sindicato de la GM en Estados Unidos y al representante de la AFL-CIO<sup>15</sup> para Colombia, le permitió al líder de la Asociación en mayo de 2012 viajar a los Estados Unidos, visitar Chicago y Detroit,<sup>16</sup> en donde presentó el caso de los trabajadores afectados de Colmotores y entró en contacto con el sindicato de trabajadores de la GM la UAW.<sup>17</sup> Así mismo y de manera osada, el dirigente de ASOTRECOL decidió em-

---

15 Federación Estadounidense del Trabajo y Congreso de Organizaciones Industriales, que agrupa a trabajadores de la industria automotriz. De manera particular tienen un trabajo de protección de los derechos laborales de los trabajadores latinos en Estados Unidos.

16 Ciudad donde se encuentra la casa matriz de la multinacional GM.

17 Por sus siglas en inglés, United Automobile Workers.

prender una huelga de hambre en Detroit la cual duro 68 días.

También como parte de esta acción internacional se logró una intermediación en el conflicto entre los trabajadores y Colmotores de la FMCS,<sup>18</sup> agencia estadounidense encargada de mediar en conflictos laborales, que lleva a que se firme un acuerdo en agosto de 2012, pero desafortunadamente sin mayor trascendencia.

Un fruto de esta acción de lobby internacional en el 2012 en EEUU fue concretar solidaridad a través de un apoyo económico de aliados, soporte con el cual ASOTRECOL pudo mantenerse en su proceso de resistencia en la carpa.

Igualmente en el marco de la incidencia internacional, se realizó el proceso para que el caso de ASOTRECOL fuera presentado a la OIT en Ginebra en el marco de la Conferencia Internacional del Trabajo, proceso que se hizo a través de la presidencia de la Confederación General del Trabajo (CGT), que inicialmente fue radicado en Ginebra pero en el siguiente año, y de manera inexplicable, fue retirado por el mismo presidente de la CGT. Esto trajo como consecuencia una profundización en el descredito de la acción sindical por parte de los miembros de ASOTRECOL.

Por último, es de mencionar que de manera temprana fue ubicado como parte del actuar de la Asociación el uso de internet para establecer procesos de comunicación, información y denuncia. Esto inicialmente les permitió establecer contactos con actores que consideraron importantes, especialmente con la UAW y luego con Comités de Solidaridad en Estados Unidos. Como parte de su repertorio de acción, crearon una página web y han hecho uso de redes sociales como Facebook y YouTube, entre otras.

---

18 Por sus siglas en inglés, Federal Mediation & Conciliation Service.

Como se observa, el repertorio de acción de ASOTRECOL ha sido diverso, pero ha tenido un eje alrededor de una acción de hecho con la ubicación de la carpa al frente de la embajada de Estados Unidos, la cual lleva cuatro años. Esta expresión de resistencia se explica de un lado por el respaldo internacional que lograron, la actitud del embajador de Estados Unidos ante Colombia en el periodo en que se instaló y producto de una subestimación que hicieron aquellos que creían que estos trabajadores no resistirían en esta manifestación mayor tiempo.

Esta acción colectiva de ASOTRECOL evidencia una gran capacidad de gestión para movilizarse, encontrar aliados en un escenario internacional y una persistencia con acciones de hecho, con un alto sentido de sacrificio como han sido las huelgas de hambre, los enterramientos y el mantenerse cotidianamente en la carpa. A su vez, un agotamiento en las acciones de derecho, con una profundización en el descreimiento de la acción a través del sistema judicial y de la organización sindical.

## **Conclusiones**

La experiencia de movilización, lucha y resistencia desde el mundo del trabajo documentada acá con el caso específico de ASOTRECOL, permite sacar un conjunto de conclusiones relacionadas con las limitaciones de estas acciones, sus logros y aprendizajes, y los retos para los estudios del trabajo en vínculo con la acción colectiva y el derecho a la salud en el trabajo.

En relación con las limitaciones de esta experiencia está, de un lado, el asunto de recursos para emprender la acción colectiva. El involucramiento de los trabajadores en la Asociación ha sido a un costo alto en tanto ha sido prácticamente con el patrimonio económico que les quedó luego de ser retirados de la empresa con que sostuvieron su lucha, a pesar de la solidaridad económica que lograron de aliados en Estados Unidos, esta resistencia ha significado para algunos la desintegración de sus

familias y la pérdida de sus viviendas.

De otro lado, las limitaciones en la acción judicial, que debería ser la que actúa para proteger los derechos laborales y de seguridad social para los trabajadores. Así mismo, la acción limitada que ha tenido el Ministerio de Trabajo y la Procuraduría General de la Nación, que aunque en un momento dado actuaron protegiendo los derechos de los trabajadores de Colmotores, luego fueron subordinadas para proteger los intereses de la empresa y la ARP Colpatria.

Y también las limitaciones políticas especialmente con el movimiento sindical, el cual no ha actuado con la suficiente solidez y solidaridad que merece un caso como este.

Los asociados a ASOTRECOL destacan como su mayor logro que la empresa, producto de sus acciones colectivas, se vio forzada a darle un tratamiento distinto a los trabajadores que se han enfermado, teniendo que gestionar procesos de rehabilitación y de reubicación, sin poder despedirlos. Adicionalmente, interpretan que presionaron también con su lucha para que Colmotores hiciera inversiones tecnológicas con un enfoque ergonómico para prevenir las enfermedades en los trabajadores.

En este sentido, valoran que aunque la Asociación inició en mayo de 2011 con 68 trabajadores y extrabajadores afectados, y que para noviembre de ese año solo quedaban asociados 23 (dado que los trabajadores deciden separarse por arreglos con la empresa y solo quedaron los extrabajadores) y que producto del desgaste de la lucha de estos años hoy quedan solo 6 asociados, es un asunto más positivo que negativo dados los alcances y efectos que ha tenido la lucha y la resistencia en la protección de la salud de los trabajadores de Colmotores.

Igualmente se reconocen como logros que las familias de los Asociados se involucraron entendiendo el valor y el sentido de la lucha emprendida por ASOTRECOL y también la solidaridad de una parte de la comunidad del barrio donde está

asentada la carpa, lo que ha contribuido a que se mantengan todos estos años.

Otro gran logro es que ASOTRECOL se ha convertido en un referente para que otros trabajadores enfermos tomen como ejemplo su proceso de lucha y resistencia y quieran imitarlos, así como de alguna manera ASOTRECOL se ha venido constituyendo en un nodo articulador de las experiencias de otras asociaciones y organizaciones del mismo carácter que existen en el ámbito nacional.

En cuanto a aprendizajes, los hay de diversa índole, pero principalmente de carácter organizativo, donde se destaca la importancia del hecho de documentar los casos de las afecciones de salud relacionadas con las condiciones de trabajo para dar la lucha por la exigibilidad del derecho a la salud en el trabajo, la importancia del trabajo comunicativo *online* que permite difundir ampliamente el sentido y desarrollo de la lucha, el lobby especialmente de orden internacional que visibiliza el conflicto y da respaldo y protege de alguna manera estos procesos sociales colectivos y por último, destacar la persistencia como un hecho trascendental a pesar de las enormes dificultades, del desgaste, del desánimo que implica una resistencia tan prolongada como la que han sostenido desde esta Asociación un conjunto de trabajadores.

Otra conclusión importante que deriva de esta experiencia colectiva consiste en evidenciar que sin duda el conjunto de estrategias gerenciales y tecnológicas que impulsan los empresarios, que da énfasis a la productividad, suele llevar a una intensificación de la fuerza de trabajo, lo que suele traer de la mano un impacto negativo sobre la salud y la vida de los trabajadores.

También se concluye que de nada sirve que el empresariado tenga un discurso de buenas prácticas, de responsabilidad social, cuando en la práctica lo que realmente le importa es la productividad. Sin una real y comprometida coherencia con este

nuevo tipo de discurso empresarial y sus prácticas cotidianas, no se podrá proteger como corresponde la salud en el trabajo.

En relación al campo investigativo, es necesario decir que han sido poco estudiadas las luchas y resistencias que han emprendido los trabajadores en la defensa del derecho a su salud vinculada con las condiciones de trabajo. El caso acá documentado de ASOTRECOL muestra que se dan luchas y resistencias producto de que las transformaciones en el mundo del trabajo han precarizado las condiciones de trabajo e intensificado las formas de explotación, generando deterioro de la salud de los trabajadores expresado en accidentalidad, enfermedad y muerte de origen laboral, y que esto merece la atención de los centros académicos para contribuir a conocer más estas realidades y principalmente para contribuir a transformarlas.

Finalmente, esta dinámica de lucha y resistencia desde el mundo del trabajo que han venido dando los trabajadores expulsados de sus empleos producto de enfermarse por las condiciones en que laboraban, establece el reto de avanzar en un proceso organizativo de todas estas víctimas en salud con miras a generar un proceso de articulación nacional entre estas asociaciones que fortalezca sus procesos organizativos y permita configurar un sujeto político con capacidad de incidir y transformar esta realidad.

## Referencias

- Agencia de Información laboral-ENS. (2012). ¡Dramático! trabajadores despedidos enfermos de Colmotores inician huelga de hambre con la boca cosida. Recuperado de: <http://www.ens.org.co/index.shtml?apc=a--;1;-;-;&x=20167290>
- Anónimo. (s.f.). Condiciones de trabajo. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Condiciones\\_de\\_trabajo](https://es.wikipedia.org/wiki/Condiciones_de_trabajo)
- Anónimo a. (s.f.). *GM Colmotores*. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/GM\\_Colmotores](https://es.wikipedia.org/wiki/GM_Colmotores)
- Anónimo b. (s.f.). *Historia de Generals Motors en Colombia*. Recuperado de: <http://careers.gm.com/worldwide-locations/south-america/colombia>.



html

- Banco Mundial. (1993). *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma*. Washington.
- Benedetti Meléndez, Verónica, Pedreros, Sergio e Isaza, Luz Ángela. (2013). *GM Colmotores pone en marcha la primera planta de fabricación y estampado de carrocerías para vehículos en Colombia*. Recuperado de: <http://media.gm.com/media/co/es/chevrolet/news.detail.html/content/Pages/news/co/es/2013/Jul/0710-plant.html>
- Chevrolet Colombia. (s.f). *General Motors Corp*. Recuperado de: <http://www.chevrolet.com.co/mundo-chevrolet/general-motors/empresa-colmotores.html>
- Chevrolet Colombia. (s.f). *Nuestra planta*. Recuperado de: <http://www.chevrolet.com.co/mundo-chevrolet/general-motors-historia.html> visitada agosto 8 de 2015
- Echeverry López, M. y Borrero Ramírez Y. (2015). Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. *Cad. Saúde Pública*, 31, 2, 354-364.
- Luna García, J. (2002). *La participación en salud laboral de los trabajadores y las trabajadoras en Colombia*. Bogotá: Fondo Editorial 28 de julio.
- Luna García, J. y Torres Tovar, M. (2012). Crece la lucha por el derecho a la salud en el trabajo. *Semanario Virtual Caja de Herramientas*, 298.
- Moutsatsos, C. (2011). La globalización económica y sus efectos en el trabajo. En: Schnall, Peter, Dobson, Marnie y Rosskam, Ellen. *Trabajo no saludable. Causas, consecuencias, curas* (s. pp.). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Navarro, V. (2015). *El crecimiento de las desigualdades causas y consecuencias*. Recuperado de: <http://www.vnavarro.org/?p=12367>
- Patiño Beltrán, C. (2011). *La tutela en salud y riesgos laborales: teórico-práctico*. Bogotá: Leyer.
- Pedreros, Sergio, Castellanos, María Fernanda e Isaza, Luz Ángela. (2014). *Chevrolet, 28 años consecutivos liderando el mercado colombiano*. Recuperado de: <http://media.gm.com/media/co/es/chevrolet/news.detail.html/content/Pages/news/co/es/2014/Jan/0121-chevy-28anos.html>
- Porto Gonçalves, C. (2001). *Geo-grafías. Movimientos sociales, nuevas territorialidades y sustentabilidad*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2014). *El sector automotor. Oportunidades de inclusión productiva para poblaciones en pobreza y vulnerabilidad en Bogotá*. Bogotá.
- Semanario VOZ. (2013). *Más de 460 despidos en GM Colmotores, Colombia*. Recuperado de: <http://www.semanariovoz.com/2013/04/25/mas-de-460-despidos-en-gm-colmotores-colombia/>

- Tangarife, Carmen Lucía (Coord.). (2014). *En trabajo decente, el gobierno de Juan Manuel Santos no pasa el examen balance económico, laboral y sindical del cuatrienio 2010-2013*. Medellín: ENS.
- Torres Tovar, M. (2010). Colombia: declaratoria de emergencia social. Salvavidas para el negocio de la salud. *Le Monde Diplomatique (Bogotá)*, 86.
- Torres Tovar, M. (2013). *Lucha social contra la privatización de la salud*. Bogotá: CINEP; 2013.
- Torres Tovar, M. (2015). Los alcances reales de la Ley Estatutaria de Salud. *Semanario Virtual Caja de Herramientas (Bogotá)*, 435.

# COLOMBIT: ¿Un caso de responsabilidad social frente al retiro del asbesto?<sup>1</sup>

*Jairo Ernesto Luna García<sup>2</sup>*

*Carlos Julio Castro Fraume<sup>3</sup>*

*Guillermo Villamizar<sup>4</sup>*

## Introducción

¿Sabía Usted que en Colombia existe un solo fabricante que elabora el 100% de sus productos libres de asbesto crisotilo? Sí. Es Skinco Colombit. Empresa perteneciente a ETEX, grupo industrial belga líder mundial en la fabricación de materiales para la

- 
- 1 Ponencia presentada al Congreso Pre-ALAST, Bogotá D.C., 31 de agosto, 1 y 2 de septiembre de 2015. Los estudios del trabajo en Colombia y América Latina: resultados y desafíos. Mesa: Empresarios, trabajo y responsabilidad social empresarial. Ponencia presentada con fines académicos, fundamentada en un estudio de caso en curso, las fuentes empleadas son públicas conforme a la Ley de Habeas Data, incluyendo entre otras sentencias judiciales y conciliaciones ejecutoriadas.
  - 2 Médico, Especialista en Salud Ocupacional, MsC y PhD en Salud Pública. Profesor Asociado Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: jelunag@unal.edu.co
  - 3 Profesional en Salud Ocupacional con formación en seguridad e higiene industrial. Presidente de la Asociación de Ex Trabajadores de Colombit. Correo electrónico: 901casbesto@gmail.com
  - 4 Artista. Presidente de la Fundación Colombia Libre de Asbesto. Correo electrónico: guillermovillamizar@gmail.com

construcción. Pero antes de contarles quién es Skinco Colombit queremos explicarles qué es el asbesto. El asbesto es un mineral natural de características fibrosas y gran resistencia mecánica que se emplea cada vez menos en el mundo, y se utiliza para reforzar productos de cemento y para la fabricación de autopartes, entre otros.

Pero, ¿qué hay de malo con el asbesto? Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), todas las formas de asbesto son cancerígenas para el ser humano y pueden generar cáncer de pulmón, laringe u ovario, así como otras enfermedades. Según estas organizaciones, en el mundo hay unos 125 millones de personas expuestas al asbesto en el lugar de trabajo. De acuerdo con sus cálculos más recientes, la exposición laboral al asbesto causa mundialmente más de 107.000 muertes anuales. Se calcula que un tercio de las muertes por cáncer de origen laboral son causadas por el asbesto. Además, se estima que cada año se producen varios miles de muertes atribuibles a la exposición doméstica al asbesto (Skinco Colombit, 2013).<sup>5</sup>

Desde el año 2002, la empresa Skinco Colombit, ubicada en la ciudad de Manizales, suspendió el uso del asbesto en la elaboración de todos sus productos para la construcción. Esta migración a tecnologías limpias le ha servido a la empresa para manifestar su responsabilidad social, y de esta manera, promocionar las ventajas de sus productos frente a los de su competencia.<sup>6</sup>

Algunos argumentos esgrimidos por Skinco Colombit coinciden con los que han llevado a más de 50 países a prohibir todas las formas de asbesto, debido a que se reconoce el peligro que conlleva este material tanto para los trabajadores y trabajadoras directamente relacionados con la producción de este mineral, como también la exposición indirecta de sus familiares,

---

5 Extracto del audio de video promocional de la empresa Skinco Colombit (2013).

6 Especialmente aquellos elaborados por las tres fábricas de Eternit (Muña, Cali y Barranquilla), pertenecientes al grupo mexicano Elementia, las cuales actualmente siguen fabricando productos con asbesto crisotilo.

así como la de los consumidores que emplean los productos que lo contienen.

Sin embargo, los medios de comunicación y las investigaciones que salen del mundo académico (Cely García *et al.*, 2012) han empezado a registrar casos de personas que presentan enfermedades relacionadas con el asbesto en el país y la incidencia que para la salud de los trabajadores representa la manipulación de productos con asbesto, lo que amplía el debate entre sectores que promueven la prohibición del asbesto y el sector de la industria que mantiene su uso y defiende la posibilidad de su empleo en condiciones de seguridad.<sup>7</sup>

En este marco, cabe la pregunta por qué tan plena es la responsabilidad social de la empresa<sup>8</sup> Skinco Colombit frente a esta temática, lo que implica verificar cuál es el reconocimiento a los trabajadores, familiares y comunidades afectadas por el asbesto consumido en la empresa en el periodo de su uso allí (1967-2002), así como cuáles políticas y acciones ha desarrollado encaminadas a darle un adecuado tratamiento a los productos que siguen en uso, así como a los sitios de depósito de escombros o rellenos donde se empleó este material, y que constituyen fuentes de exposición actuales y continuadas.

## **Algunos antecedentes frente a la situación del asbesto en el mundo actual**

En la antigüedad el asbesto era usado con objetivos «mágicos» y «rituales». Una creencia popular decía que el asbesto

---

7 Tanto los periódicos El Tiempo y El Espectador, así como Noticias RCN y el programa Séptimo Día han abordado esta problemática.

8 Si bien frecuentemente se ha asumido la responsabilidad social de las empresas como el desarrollo de programas de apoyo a comunidades vulneradas programas medio ambientales, aquí se acoge los planteamientos que incorporan una acción de la empresa que va más allá del cumplimiento de la Ley y que tanto a su interior como en su relación con el entorno implican contribuir al trabajo digno y decente, así como la sostenibilidad ambiental y social, en la perspectiva propuesta por Adela Cortina (2005).

conseguiría ser la «lana de la salamandra», el animal que podía desafiar el fuego sin sufrir daño (Rossi, 2008).

El asbesto es el nombre genérico que se le da a un grupo de minerales fibrosos. En pocas palabras es una roca que se extrae del suelo. Existen dos familias de asbesto: serpentino y anfíboles. El crisotilo (o asbesto blanco) es el único miembro de los serpentinos y es explotado principalmente en Rusia, China, Brasil, Kazajistán y Zimbabwe, y también en Colombia.<sup>9</sup> El grupo de los anfíboles incluye, entre otros, dos importantes especies en su comercialización: la amosita (el asbesto marrón) y la crocidolita (el asbesto azul) que fueron explotados durante el siglo XX, en especial en Sudáfrica y Australia; productos estos que en la actualidad prácticamente no se emplean. Todos los asbestos se dividen de forma longitudinal en fibras y es esta facultad de hacerse fibroso, combinada con su resistencia al calor y su dureza, lo convierten en un material muy útil. Estas fibras del asbesto pueden seguirse dividiendo hasta niveles moleculares (McCulloch y Tweedale, 2008).

En el largo plazo el asbesto es capaz de producir tres tipos de enfermedades: asbestosis (cicatrización pulmonar), cáncer de pulmón y mesotelioma (especialmente del revestimiento pulmonar). El asbesto puede producir otro tipo de cánceres (McCulloch y Tweedale, 2008).

Desde mediados de siglo XIX, acompañando el proceso de industrialización se produjo un incremento del empleo del as-

---

9 Véase Barrera (1987): «Minas de crisotilo en las Nieves y Búfalo fueron exploradas por la compañía Johns-Manville de Canadá en 1952 y 1953, así como la manifestación de la Polca, 15 km al norte de las Brisas y puede considerarse una prolongación de esta. Otra manifestación menor se encuentra a 8 km de Sabanalarga, aparentemente pequeña y de fibra de regular calidad. En Briceño sólo picrolita. En las Brisas se estima una reserva de 5,5 millones de toneladas con una calidad del 5% lo que equivale a unas 275 mil toneladas de fibra. Ubicada en Campamento (Antioquia), procesa crisotilo a partir de 1982».

besto en diferentes productos, pero es en la industria de la construcción donde se dio un consumo masivo. A comienzos del siglo XX, el austríaco Ludwig Hatschek inventó un proceso mediante el cual se combinaban las fibras del asbesto con cemento para producir asbesto-cemento (AC), un material con excelentes propiedades técnicas que podía utilizarse en múltiples aplicaciones. Como el asbesto iba a «durar siempre», Hatschek bautizó el proceso con el nombre de *Eternit*, en alusión a su carácter «eterno», y procedió a vender la patente a empresas de todo el mundo, muchas de las cuales adoptaron el nombre de Eternit. De esta manera Ludwig Hatschek empezó a vender «franquicias» de su invento *eterno* y durante los siguientes 60 años se vendieron licencias a empresas que se establecieron alrededor del mundo (Ruers y Schouten, 2005).

El asbesto está presente en las tejas con que se techan las casas y en los tanques de reserva de agua en el ámbito doméstico e industrial, en las tuberías que transportan agua, las fibras de asbesto se mezclan con las baldosas para pisos en vinilo, como aislante en las refinerías de petróleo, en hospitales, buques de guerra, cinemas y viviendas. Era usado en los países europeos y norteamericanos y sigue siendo usado en países emergentes con productos en plástico y caucho, aparece mezclado con adhesivos, con cementos, pinturas y selladores. En los automóviles aparece en las juntas, las culatas, chispas de encendido, aislantes de las tuberías de escape, radiadores y frenos de disco. Algunos usos exóticos se podían y se pueden seguir viendo en los filtros para cigarrillos, paños de cocina, hilos para suturas quirúrgicas, billetes, fieltros para pianos, mesas para planchar, boinas, delanteras, tampones y filtros, recipientes y coladeras para el arroz, la sal, la cerveza y el jugo de naranja (McCulloch y Tweedale, 2008).

Mientras el consumo de asbesto ha empezado a estar restringido, especialmente en los países desarrollados, se cultivan nuevos mercados en las economías en desarrollo. Así en los últimos años, han aumentado de manera considerable las ventas

de productos derivados de asbesto-cemento en la India, Pakistán, Indonesia y Tailandia. Aunque es de sobra conocido que la exposición al asbesto puede causar la muerte, los productores de asbesto siguen defendiendo su uso seguro y negando la existencia de alternativas confiables para la salud humana (McCulloch y Tweedale, 2008).

De acuerdo con Fiona Murie, en ese momento responsable de Salud y Seguridad de la Federación Internacional de Trabajadores de la Construcción y la Madera (FITCM), el concepto de «uso controlado» constituye una broma de mal gusto.

Desde el momento en que el asbesto-cemento fue inventado empezaron a aparecer reportes hablando de que las fibras de este mineral causaban enfermedades pulmonares. En 1918 la oficina de estadísticas laborales de los EE.UU. fue bastante lejos al publicar un informe donde se registraba que un número importante de compañías aseguradoras de EE.UU. y Canadá se rehusaban a vender pólizas de seguros a los trabajadores del asbesto, cuyas estadísticas empezaban a mostrar una alta tasa de mortalidad prematura entre ellos (Ruers y Schouten, 2005). La primera mención de reclamaciones por daños contra una empresa de asbestos data de 1929. La empresa en cuestión era Johns-Manville. Estas reclamaciones por daños llevaron a las aseguradoras a proveer pólizas contra riesgos laborales (Ruers y Schouten, 2005).

El interés científico aumentó después de la publicación en 1924 de un artículo sobre fibrosis pulmonar relacionada con asbestos en el *British Medical Journal*. Desde 1927, un número creciente de artículos aparecieron en Inglaterra y el término Asbestosis fue utilizado por primera vez (Ruers y Schouten, 2005).

En ese momento ante la falta de microscopios y auscultaciones anatómicas precisas, las enfermedades pulmonares con frecuencia terminaban siendo diagnosticadas como tuberculosis. Esta confusión existía también en relación con el silicio y la



silicosis, cuando ya esta era considerada una enfermedad ocupacional. En los años 30 y 40 del siglo XX, más artículos se publicaron sobre la asbestosis, relacionados tanto con la enfermedad como con el número de víctimas (Ruers y Schouten, 2005).

Nadie sabe con precisión cuántas vidas humanas se han perdido a causa del uso indiscriminado del asbesto en el mundo. La OMS (2016) calcula que más de 125 millones de personas en el mundo están expuestas al asbesto en términos ocupacionales, y cerca de 107.000 personas mueren cada año debido a su empleo en entornos laborales. Uno de cada tres cánceres ocupacionales es provocado por el asbesto y el profesor Joe LaDou de la Universidad de California es aún más pesimista: «la epidemia cancerígena del asbesto puede arrastrar 10 millones de vidas antes de que sea prohibido a nivel mundial y su exposición sea reducida a cero» (LaDou, 2012: 285).

## **Asbesto en Colombia**

El asbesto en Colombia empezó a ser utilizado de manera industrial en el año de 1942, con el ingreso de la marca Eternit al mercado nacional. La primera planta transformadora de este mineral apareció en el año de 1942 cerca de Bogotá (Sibaté) con el nombre de Eternit Colombia. Posteriormente aparecen filiales de esta empresa en Barranquilla (Eternit Atlántico) y Yumbo, Valle (Eternit Pacífico) ambas en 1945. En 1957 el grupo económico Neme Hermanos introduce el uso del asbesto para partes de automóviles, con la inauguración de una planta bautizada con el nombre de Indubestos, especializada en frenos y empaques para el sector automotriz (Novoa y Demner, 1987). Años más tarde aparecen en la región del eje cafetero dos empresas más: Colombit en 1967 y Manilit en 1983, las dos ubicadas en la ciudad de Manizales.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que de acuerdo a estimaciones del Servicio Geológico de los EE.UU (USGS)

se cuenta con registros del año de 1930 sobre importaciones de asbesto por parte de Colombia, correspondientes a la suma de 77 toneladas (USGS, 2003).

Un cambio significativo se da en el proceso de urbanización en Colombia, durante el lapso que va de las décadas de 1940 a 1960. La página web de Eternit dice:

Con la fundación de Eternit Colombiana S.A. el 21 de mayo de 1942 se inició la industria del fibrocemento (léase Asbesto-cemento) en nuestro país con una fábrica en las afueras de su capital Bogotá. La industria de placas onduladas de fibrocemento impulsó a la Empresa que dos años después inició producciones de las plantas Eternit Pacífico S.A. en Cali y Eternit Atlántico S.A. en Barranquilla. Así mismo, en 1948 se dio inicio a la producción de tuberías de fibrocemento en la planta de Bogotá. Desde su fundación, Eternit ha cubierto más de 300 millones de metros cuadrados con sus tejas, ha servido a 1 millón y medio de viviendas con sus tanques y ha extendido cerca de 40.000 km de tubería de acueducto y alcantarillado por el territorio nacional (Eternit, s.d).

Otra información importante para tener en cuenta, es la relacionada con la entrada en operación de la mina de asbesto (crisotilo) ubicada a 16 km del municipio de Campamento (Antioquia), vereda La Solita, 36 km del municipio de Yarumal (Antioquia) y a 160 km de Medellín. La mina entró en operaciones en el año de 1974 y aunque su aporte al mercado interno colombiano no está registrado en las estadísticas de la USGS para esa década, se conoce de algunas fuentes que contaba con la capacidad de producir 12.000 toneladas, la cual se aumentó —tiempo después— a 18.000 toneladas mensuales (Barrera, 1987).

En la página web de la organización que opera actualmente la mina se puede leer que el año preciso de inicio de operaciones fue el año de 1977, en cuanto a una planta tecnificada que se levantó con asesoría técnica Suiza, sin embargo, desde 1974 ya la empresa aparecía legalmente constituida.

Posterior a la década de 1980 se produce un aumento importante en el consumo de asbesto en el país, con cifras que alcanzan en promedio las 25.000 toneladas al año.

Sin embargo, hacia el final del siglo pasado el consumo de asbesto en Colombia disminuye, manteniendo unos promedios que oscilan entre las 15.000 toneladas al año hasta la mitad de la primera década del nuevo siglo. Desde esa época hasta la fecha, los repuntes en el consumo se mantienen en un promedio de 25.000 toneladas anuales, aunque es importante destacar que durante ciertos periodos, los registros de importaciones permanecen por debajo de las 10.000 toneladas. Un asunto que llama la atención son los datos de la USGS detallando que el país durante los años del 2005 al 2008 registra un volumen de producción de 60.0000 toneladas al año.

Este panorama de las cifras nos permite asegurar con total claridad, que el país ha sido un ferviente consumidor de asbesto durante más de setenta años. La pregunta conveniente en estos casos corresponde a cuál ha sido el impacto en términos de salud pública a causa de este consumo.

Es lamentable afirmar que la respuesta frente a este tema ha sido mínima, por parte de las autoridades a quienes les corresponde velar por este tipo de problemáticas (Ministerio de Salud y el Ministerio del Trabajo).

Pero lo que no podemos olvidar, es que todo el asbesto que ha consumido este país durante medio siglo se sigue manipulando sin mayores cuidados. Desde hace años existen estudios que demuestran los efectos que la meteorización produce en las tejas de asbesto-cemento, con indicadores que revelan cómo el paso del tiempo va deteriorando estos materiales, liberando la carga carcinogénica de sus componentes; para no hablar de las tejas que miles de ciudadanos colombianos maniobran, cortan o taladran sin que ninguna agencia ambiental o de salud los alerte sobre este tipo de riesgo.

Lamentablemente, la investigación en Colombia para este tipo de riesgos ambientales casi no existe, y valdría la pena que el Gobierno les prestara mayor atención a estos fenómenos, porque la relación costo-beneficio de los sistemas de salud siempre superará cualquier recompensa aparente en la generación de empleo que estas industrias alegan a su favor.

No sólo debemos aprender de los países desarrollados sino que igualmente debemos superar su historia. En la medida en que los avances científicos sobre los riesgos laborales y ambientales son cada vez más precisos, esto permite que los países con economías emergentes eviten y corrijan los errores del pasado, es decir, que puedan aplicar la máxima de que desarrollo y progreso pueden ir de la mano del respeto por la salud de los ciudadanos y el medio ambiente.

## **Colombit, medio siglo de historia**

La empresa Colombit S.A. nace de la confluencia de dos procesos, uno local y otro internacional. La respuesta a los estímulos de la economía cafetera motivó su creación bajo el influjo de una élite local agrupada en la Corporación Financiera de Caldas para fortalecer los emprendimientos de carácter empresarial e industrial, lo que coincidió con la presencia de una delegación europea que estaba indagando en 1964 sobre la posibilidad de construir una nueva planta de asbesto-cemento en el país. Resultado de este encuentro se funda en 1965 Colombit S.A. (Notaría Segunda de Manizales, 1965), contando además con la participación de la Federación Nacional de Cafeteros. En los dos años siguientes se adelantó el proceso de construcción de la infraestructura, terminando las obras civiles en el mes de abril de 1967, al tiempo que se daba la importación y montaje de la maquinaria proveniente de Suiza y la República Federal Alemana, lo que posibilitó la inauguración de la planta industrial con una primera línea de producción el 14 de abril 1967 (Skinco Colombit, 2015). La importancia de este proceso fue reseñada por la prensa local de la siguiente forma:

Colombit, la fábrica que en esta fecha se inaugura con la asistencia del señor Presidente de la República, atenderá la demanda de fibra de cemento. Ella es una variante de la producción de Eternit, que viene a ser un proceso industrial que da al cemento mezclado con fibras diversas, especialmente de asbesto, cierta elasticidad en el fraguado. Su producción se destinará a la construcción en tejados, mallas, tuberías, etc. La importancia de su utilización en el mercado de la construcción, supera todos los cálculos. Están las ventajas de precio, el abaratamiento de los transportes, el cambio de los módulos de la construcción, la economía en la resistencia de pesos. Puede afirmarse que la nueva industria de Caldas dispondrá, desde los primeros momentos, de un consumo doméstico capaz de copar la producción (Rincón, 1967).

El proceso de vinculación de los trabajadores iniciales estuvo referenciado a su experiencia en construcción, a su capacidad física de trabajo y al desempeño en un periodo de prueba inicial.<sup>10</sup> Buena parte de ellos tenían una trayectoria laboral con antecedentes en actividades agrícolas y con posterioridad, experiencia en el sector de la construcción, compartiendo elementos culturales que inciden en el afrontamiento del nuevo empleo.<sup>11</sup> La vinculación pasaba por la entrega de la documentación requerida por la empresa, la realización de un examen médico de ingreso y la entrega de una dotación de elementos de trabajo, consistente en pantalón, camisa y botas, sin que hubiese ninguna inducción frente a los peligros del trabajo en general y el asbesto en particular.

---

10 Los elementos aportados por las entrevistas con trabajadores, concuerdan con lo expresado por la empresa en el primer Reglamento Interno de Trabajo registrado en la Seccional de Caldas del Ministerio de Trabajo (1967).

11 El hábito de fumar era frecuente, así como el consumo de alimentos en las áreas de trabajo, sin que inicialmente fuera una preocupación, prevenir estas prácticas; por el contrario, se veía solamente como un hallazgo importante el hábito de tabaquismo, que luego sería utilizado como argumento para desorientar la calificación de patologías relacionadas con el asbesto.

Debido a las tragedias que se presentaban en los periodos invernales, y a la existencia de construcciones rústicas y frágiles en la ciudad de Manizales y sus alrededores, Colombit obtiene un éxito al entrar en el mercado de la construcción de viviendas con un sistema modular conformado por dos placas planas unidas en el centro por una teja formando un panel, el cual se ensamblaba mediante uniones o perfiles de asbesto cemento que daban la posibilidad inagotable de crear espacios; con este sistema se construyeron barrios, escuelas, centros de salud y edificios de oficinas.

En 1973 se amplió la planta, con el montaje de una segunda línea de producción. El proceso de trabajo en este primer periodo, comprendido entre 1967 y 1978, estuvo marcado por la introducción de un proceso maquinizado de flujo continuo para la elaboración de una placa de asbesto cemento. A partir de un depósito de materiales, introducían proporciones pre fijadas de materia prima, donde el asbesto blanco pasaba por un molino, y se agregaba el cemento, la amosita y la crocidolita para formar una pasta en un mezclador, posibilitando la distribución homogénea de las fibras y su orientación en varios sentidos que daba la resistencia al producto. La pasta era transportada por tubería a unas cubas, para que los cilindros pescadores separaran del agua la pasta y así adherirla en un fieltro hasta formar una película uniforme, mientras que unas bombas de vacío sacaban un porcentaje del agua para ir pegando la pasta en un rodillo de formato hasta obtener el espesor uniforme de la misma, la que se acumulaba en los giros y así conformar la placa. Era un proceso bastante artesanal que luego se fue estandarizando.

Una vez se obtenía la placa del grosor y consistencia requerida, se pasaba a la fabricación en dos líneas de productos: los de producción mecánica automática (tejas onduladas y planas, en distintos espesores y longitudes), y los de producción por moldeo (tanques, canales bajantes, caballetes, limatesas, limahoyas, claraboyas, materas, kioscos, terminales sobre muro y más de 350 accesorios).

Más tarde, cuando el producto se secaba, este se desmoldeaba y si era necesario, se le sometía a acabados para corregir imperfecciones o dar un terminado estético (o bien para que el producto cumpliera su función final), se debía perforar, lijar o cortar. Y para recuperar producciones con defectos se modificaba los productos a unos de menor dimensión mediante corte; estos procesos representaban uno de los puntos críticos en donde mayor cantidad de material particulado se producía.

Es de anotar que los moldes para la producción de los accesorios eran hechos en el mismo material (asbesto cemento), y estos moldes se sometían a un esfuerzo mayor porque para el proceso de retirar la producción eran sometidos a golpes en seco, lo que muchas veces originaban su ruptura. Los obreros de moldeo trabajaban en una estructura de madera donde descargaban el molde, luego se procedía a mojar la placa, para poder hacerla tomar la forma del molde cayendo el agua al piso y se procedía a cortar los sobrantes de la placa con un cuchillo, cayendo elementos de contaminación al piso.

Las medidas de control frente a la exposición de asbesto eran prácticamente inexistentes en este periodo, favorecidas por las características de las edificaciones sin separación de áreas, lo rudimentario del proceso de manejo de materias primas y alimentación de la mezcla (enteramente manual), las deficientes condiciones de aseo, las prácticas de acabados manuales y mecánicos, acompañado del consumo de alimentos en los puestos de trabajo. Esta situación se veía agravada por la exposición domiciliaria a elementos contaminados, ya que los trabajadores se llevaban la ropa de trabajo a la casa donde las esposas las lavaban, e incluso, se les permitía llevar los sacos donde venía el asbesto, así como el fieltro una vez este había cumplido su vida útil, además de tubería que se tapaba y chatarra contaminada. Llama la atención el desconocimiento de la empresa de las normas preventivas, porque no se identifica la existencia de

un Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial,<sup>12</sup> ni la implementación de medidas consagradas en el marco del Seguro Social Obligatorio de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional administrado por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales desde 1964.<sup>13</sup>

La introducción de cambios en las prácticas de manejo del asbesto en el proceso productivo se empezaron a presentar a finales de la década de 1980, proceso que coincide con varios hechos que pueden explicarlo: de un lado, la promulgación de una normatividad en materia de salud ocupacional que de manera más explícita plantea exigencias preventivas a las empresas;<sup>14</sup> de otro lado, el grupo francés Saint Gobain adquiere la mayoría de las acciones de la empresa, y es posible que esto haya conllevado a que se aplicara normas que el grupo Eternit venía impulsando en el ámbito internacional, particularmente la «Lista de Cotejo sobre Asbesto y la Salud» del primero de febrero de 1977.<sup>15</sup>

Estas medidas se iniciaron con la contratación de un responsable de seguridad e higiene industrial, el desarrollo de algunas charlas para el conocimiento de los peligros ligados al asbesto (sobre todo la asbestosis), y una lenta y paulatina implementa-

---

12 Responsabilidad incorporada en el Código Sustantivo de Trabajo, vigente desde 1990.

13 Se reglamentó el seguro de ATEP contemplado en la Ley 90 de 1946, mediante los Decretos 3169 y 3170 de 1964, pero en 1967 se expidió el Acuerdo 241 del Consejo Directivo del ICSS por el cual se expide el Reglamento de Prevención de Riesgos profesionales.

14 Promulgación de la Ley 9ª de 1979, cuyo título III contempla las normas de salud ocupacional; y la promulgación de la Resolución 2400 del mismo año, por la cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.

15 El proceso de formulación de requerimientos frente a la prevención de las enfermedades relacionadas con el asbesto ya tenía varias décadas para este momento, desde sus inicios en Inglaterra en la década de 1930, pasando por el reconocimiento como enfermedades profesionales en Holanda en la década de 1940, y el desarrollo de procesos de reclamación que fueron incrementándose (véase Menéndez Navarro, 2011).



ción de controles en el medio para disminuir la exposición al asbesto.<sup>16</sup> En 1982 se monta la línea 3, con lo que la empresa optimiza y amplía la gama de productos moldeados.

Al final de esta década de 1980 se presenta un reacomodo en el mercado internacional de productores de asbesto, se da la venta por parte del Grupo Eternit Suiza de sus participaciones en la producción de asbesto-cemento en Brasil, Bolivia y Colombia. La razón dada para la venta fue que los productos sin asbesto estaban teniendo dificultades para irrumpir en el mercado, lo que hacía la producción en Asbesto-Cemento insostenible (Knoepfli, 2011). A su vez, el Grupo Etex de Bélgica adquiere una participación mayoritaria en Colombit S.A., que pasa a ser parte de su Holding empresarial (Skinco Colombit, 2015).

Estos cambios se acompañan de una modificación en las políticas de contratación, con lo cual la empresa busca llevar a cabo un relevo generacional incorporando jóvenes con formación técnica de bachilleres y experiencia en construcción.<sup>17</sup> También se presenta un incremento de las medidas de protección en el manejo del asbesto en la empresa, siguiendo la reglamentación de la Ley 9ª de 1979<sup>18</sup> y los lineamientos de la casa matriz,<sup>19</sup> se

---

16 Para la década de 1980, las empresas del Grupo Eternit Colombia habían adelantado de manera significativa ese proceso, y ofrecieron asesoría a Colombit, en la implementación de alimentación automática de la mezcla y sistemas de aspiración de polvo localizados y generales en la empresa, el cambio de prácticas en los acabados del producto (véase Novoa y Demner, 1987).

17 Esto queda documentado en un aviso publicado en el periódico La Patria de 4 de mayo de 1986, el cual dice: Colombit S.A. solicita bachilleres técnicos o académicos preferiblemente con experiencia en construcción. Edad mínima 23 años.

18 En 1986 se promulgó la Resolución 2013 encaminada a la organización de los comités paritarios, denominados en ese momento de medicina, higiene y seguridad industrial; y la resolución 1016 que consigna la obligación de las empresas de diseñar e implementar un programa de salud ocupacional.

19 Se actualiza el «Código de Buenas y Seguras Prácticas en Fabricación de

presenta la formulación del programa de salud ocupacional de la empresa y se inician las historias clínicas ocupacionales con un perfil neumológico manejado por un médico externo. En la década de 1990 se implementa la realización de auditorías externas.<sup>20</sup> Esto conlleva a erradicar prácticas como el lavado de la ropa en las casas y la implementación de la lavandería en la empresa, prohibir fumar y consumir alimentos en el área de trabajo, mejorar las prácticas de limpieza y la formación de los trabajadores, acompañado de la contratación de un médico por medio tiempo, para que hiciera medicina asistencial.

Sin embargo, para mediados de la década de 1990 aún persistían problemas sin que se llegara a un cumplimiento total del manual, con lo que la exposición al asbesto si bien disminuyó respecto a los periodos anteriores, nunca se eliminó hasta que se suprimió su empleo en el año 2002. Una muestra de esta situación queda reflejada en el siguiente aparte de uno de los informes de CEMSO:

Mejorar, tan pronto las circunstancias lo permitan, el embalaje del asbesto nacional, evitando el transbordo manual de sacos de asbesto por medio de paletización en la mina de Las Brisas.

Eliminar las fugas de material en el área de preparación, garantizando una área que no requiera limpieza continua con agua (y por lo tanto no salpique de lodo sobre las máquinas en el nivel inferior).

Reforzar la disponibilidad de alto vacío en la planta para la limpieza de la bodega y las áreas de preparación, molino de recortes secos y sierras, así como limpieza de edificios y estructuras.

---

Fibro-cemento» del 4 de octubre de 1983, mediante la edición del documento «Normas de conducta para el uso controlado del asbesto y de fibras alternativas» de enero 1990, y luego el «Manual Uso Seguro del Asbesto» publicado en julio de 1992.

20 Se ha tenido acceso a información de las evaluaciones ambientales y auditorías realizadas en el ámbito nacional por la Fundación para la protección del Ambiente y la Salud (FAS), y en el ámbito internacional por la entidad costarricense

Establecer un adecuado programa de mantenimiento a los colectores de polvo fijos y portátiles, detallando las diversas actividades a realizar, la periodicidad y el registro de ellas.

Establecer un control administrativo adecuado de las charlas, inducciones, entrenamientos, exposición y demás asuntos, relacionados con la capacitación y exposición al asbesto de los trabajadores en sus puestos de trabajo.

Implementar la evaluación y control de las aguas que dejan la fábrica para cumplir con las regulaciones para aguas industriales de desecho.

Implementar los adecuados procedimientos para los desechos sólidos (materiales contaminados) que dejan la planta.

Mejorar la calidad del etiquetado del producto, garantizando que todos los productos estén adecuadamente identificados acorde a los lineamientos establecidos.

Asegurar la disponibilidad de los folletos de instrucciones de seguridad en los puestos de distribución y venta de los materiales (CEMSO, 1995: 4).

En 1996, se incorpora una nueva política para la contratación de los obreros y es que los trabajadores en misión que llevan varios años apoyando las labores en los talleres como electricistas, mecánicos, soldadores, tengan certificados de aptitud profesional del SENA. En este año, entró en funcionamiento la línea 4 para la producción de placas planas y la línea de producción de tanques plásticos roto-moldeados, y se va incorporando producción de fibro cemento sin asbesto, hasta la total eliminación del asbesto en el año 2002. Esta tendencia marcada por el grupo Etex, significó que para 2003 solo el 23% de su producción era asbesto-cemento y para enero de 2004 se eliminó completamente el asbesto de sus productos en las diferentes plantas que posee alrededor del mundo. Para el año 2009, Colombit renueva su imagen corporativa y se configura en Skinco Colombit, siguiendo una tendencia de buena parte de las empresas que históricamente estuvieron vinculadas con el descubrimiento y patentes de Hatschek.

## El asbesto, la salud y el comportamiento de Colombit

A través de la documentación revisada las entrevistas efectuadas, se identifica que los primeros casos de enfermedades relacionadas con el asbesto en Colombit se presentaron en la década de 1980.<sup>21</sup> De una parte, se diagnosticó a un trabajador asma ocupacional al asbesto, y varias personas fueron evaluadas en un estudio sobre la industria del asbesto de cobertura nacional realizado por el Instituto de Seguros Sociales,<sup>22</sup> presentando algunos trabajadores hallazgos positivos. Al parecer esta situación no despertó alarma ni en la empresa, ni en los trabajadores, de un lado porque no era evidente el significado de los cambios pulmonares por la poca sintomatología que la asbestosis produce en sus fases iniciales, y por otra, porque se generó una respuesta en el marco de la seguridad social frente a su seguimiento.

Sin embargo, para comienzos de la década de 1990, el manejo de los trabajadores afectados empieza a presentar dificultades para la empresa, lo cual queda reflejado en un memorando de la gerencia de la empresa al ISS, referido a un trabajador con diagnóstico de asbestosis, en los siguientes términos:

- a. La enfermedad, como ya se sabe, es de carácter irreversible, acumulativa y progresiva.
- b. Parece de justicia que la Compañía para la cual ha prestado sus servicios por 24 años, no tenga que esperar un estado de gravedad

---

21 Es notorio que en el caso de Eternit Colombiana (ubicada en el municipio de Sibaté), se habían llevado a cabo estudios por parte de instituciones gubernamentales desde 1957 y se diagnosticaron los primeros casos de asbestosis en 1971 (véase Novoa y Demner, 1987).

22 Copia de algunas historias clínicas presenta como fecha de realización de las evaluaciones el mes de julio de 1986. La presentación de los resultados del estudio nacional se hizo en un Congreso Colombiano de Salud Ocupacional, realizado en Medellín en 1994 bajo el auspicio de ASMEDAS Antioquia, por parte del doctor Samuel Henao jefe de la División de Salud Ocupacional del ISS Seccional Antioquia.

del trabajador para poder enviarlo a disfrutar de su pensión por invalidez.

c. Atendiendo a las recomendaciones mundialmente reconocidas para estos casos, el trabajador debe ser aislado en un 100% del ambiente laboral con asbesto, lo cual solo se lograría efectivamente con su retiro de la Compañía...

d. Como usted lo menciona en su concepto «en el momento actual no existen elementos técnicos y clínicos que permitan medir algún grado de incapacidad con este paciente», creemos que humanamente no debemos esperar el momento en que la enfermedad haga crisis para buscar ayuda para el trabajador.

d. Sabemos también que no existe tratamiento alguno ni curativo ni paliativo para este tipo de enfermedad profesional, lo que no es óbice para buscar medidas que garanticen al paciente una buena calidad de vida, que le permita disfrutar y realmente vivir, mientras esté en condiciones de hacerlo.

Es por lo anterior que desde el punto de vista humanitario y como empresarios, recurrimos a quien nos deba colaborar para obtener la solución a tan delicada situación.

Le rogamos el favor de que por la ayuda del equipo multidisciplinario del Instituto de Seguros Sociales, se estudie este caso a la mayor brevedad posible (Martínez, 1992: 1-2).

La respuesta del ISS se enmarca en los criterios del seguro social obligatorio para accidente de trabajo y enfermedad profesional, sin que se produzca la pensión del trabajador, generando una sensación de insatisfacción en la empresa y en los trabajadores. Pero lo que va a generar un debate entre empresa y trabajadores va a ser el tema de si estos últimos tenían derecho a la *pensión especial de vejez* por estar expuestos.<sup>23</sup>

---

23 Esta pensión se genera por el reconocimiento de la posibilidad que se tiene en algunas ocupaciones de perder años de vida potenciales que limitan el goce de la jubilación, por lo que se plantea la posibilidad de pensionarse a una edad más temprana si se cumplen los requisitos establecidos. Esta opción fue incorporada por el ISS en 1990, mediante el Acuerdo 049 de febrero de 1990 del Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios y aprobado mediante el Decreto 758 de 1990. La Ley 100 de 1993 ratificó la

Luego de tratar de llegar a un acuerdo con la empresa por varios años, el sindicato eleva un Derecho de Petición ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social,<sup>24</sup> el cual es respondido en los siguientes términos:<sup>25</sup> «para el caso de los trabajadores que laboran en los centros de producción o directamente en las fábricas la sola presencia del factor de riesgo (asbesto) en el lugar de trabajo, da derecho a la cotización especial por cuanto existe la exposición a sustancia cancerígena».

Ante el requerimiento por parte de la Dirección Regional del Trabajo de certificar la situación de la empresa frente al pago de la cotización adicional para pensión especial de vejez por alto riesgo, el gerente de Colombit manifiesta:<sup>26</sup>

no estamos en condiciones de atender positivamente la petición, por cuanto algunas de las actividades de alto riesgo para la salud incluidas en el Decreto Ley 1281 de 1994, no han sido reglamentadas en la legislación colombiana. Así las cosas, hasta tanto no se expida una disposición que norme los trabajos con exposición a (sustancias comprobadamente cancerígenas) Colombit no está en condiciones de expedir la certificación requerida (Montes, 1999: 1).

La Seccional Caldas hace un nuevo requerimiento, obteniendo la siguiente respuesta de la empresa:

En relación con la solicitud formulada... para que se le hiciera entrega de la información sobre niveles de exposición en los últimos 20 años, tenemos a bien manifestarle que Colombit no dispone de datos con la antelación requerida por el peticionario.

---

existencia de este régimen, e inicialmente fue reglamentado mediante el Decreto 1281 de 1994, el cual fue objeto de discusión entre Colombit y sus trabajadores, con participación del sindicato. Posteriormente, el Decreto 2090 de 2003 reemplazó el Decreto 1281.

24 Dirigido por el presidente y el secretario del sindicato de Colombit a la Dirección de Riesgos Profesionales, con fecha 5 de mayo de 1998.

25 Contestación del Derecho de Petición, con fecha 13 de agosto de 1998.

26 Memorando de 8 de junio de 1999.

[...] nuestro archivo vigente (incluye) el periodo de seis años. Las mediciones ocupacionales las ha venido efectuando Colombit S.A. voluntariamente, son el producto de la responsabilidad con la salud de su personal, no obedecen a ningún requerimiento de la Ley o Reglamento, han sido oportunamente divulgadas al personal, y no está dentro de las obligaciones que impone el Código Sustantivo de Trabajo o el Reglamento interno de Trabajo Vigente al Empleador, el de suministrar sus documentos al Trabajador (Montes, 1999a: 1).

Agotada la vía gubernamental para exigir el derecho a la pensión especial de vejez, y luego del despido de uno de los líderes de esta reivindicación, se presentan tres demandas con el mismo objeto por parte de cerca de 45 trabajadores de Colombit.

En el proceso adelantado, el médico de la empresa presenta el siguiente testimonio:<sup>27</sup>

Preguntado: Informe al despacho, desde el punto de vista médico, si ¿asbestosis, cáncer pulmonar y mesotelioma, son sinónimos? Contestó: Son tres patologías complementarias diferentes desde el punto de vista médico e histológico; la asbestosis significa la presencia de fibras de asbesto dentro de los pulmones y es clasificada, tanto en Colombia como por la organización Internacional del Trabajo, como una neumoconiosis. El cáncer pulmonar podría ser definido por una degeneración maligna de las células y el tejido pulmonar y el Mesotelioma es un tipo de cáncer de ocurrencia escasa y que se presenta en la pleura y/o el peritoneo (Juzgado Segundo del Circuito, 2001: 6).

Como resultado de la estrategia de la empresa, el fallo de los tres pleitos es negativo para los trabajadores.<sup>28</sup>

hay prueba en el expediente que nos indica que los trabajadores

---

27 Expediente judicial, continuación cuarta audiencia de trámite, Juzgado Segundo Laboral del Circuito, Manizales 3 de julio de 2001.

28 Fallo 11 de 2003 del Juzgado Primero Laboral del Circuito de Manizales, con fecha 12 de febrero de 2003.

demandantes manipulaban tal sustancia en su trabajo. Pero de allí a afirmar que era una “sustancia comprobadamente cancerígena”, es demasiado arriesgado, ya que para considerar el potencial cancerígeno de una sustancia se debe tener en cuenta no sólo la concentración de la sustancia en el ambiente ocupacional, sino su relación con el tiempo de exposición del trabajador a dicha sustancia, sin que en el proceso se hubiera realizado algún examen en este sentido.

Concluyendo, no hay prueba alguna que nos lleve al convencimiento que el «asbesto» es una sustancia comprobadamente cancerígena... pues si bien es cierto los testigos relatan que lo es, tales testimonios no son muy creíbles ya que la carcinogenicidad del asbesto no se detecta a simple vista y con la simple observación, pues se requiere de exámenes científicos para ellos, lo que brilla por su ausencia en el expediente.

[...] Concluyendo entonces, se observa que en Colombit S.A. no habían actividades de alto riesgo para la salud de los trabajadores demandantes, en la forma planteada por el art. 1° del D.L. 1281/94, o por lo menos no se logró demostrar tal afirmación (Juzgado Primero Laboral del Circuito de Manizales, 2003: 14-15).

Como si fuera poco, adicionalmente, se estipuló que los trabajadores demandantes debían pagar las costas de los procesos judiciales, generando un antecedente de temor ante cualquier intento de demandar a la empresa.

Sin embargo, hubo un grupo de trabajadores con los cuales la empresa efectuó un acuerdo de conciliación frente a las pretensiones de aporte con relación a la pensión especial, de los cuales presentamos el contenido en extenso, que ilustra la postura de la empresa:<sup>29</sup>

El trabajador laboró hasta el 15 de agosto de 1999, y la empresa consideró que no le correspondía realizar el aporte de 6% para

---

29 Acta de transacción firmada el 23 de marzo de 2001, que registra e acuerdo de conciliación encaminado a transigir definitivamente con fuerza de cosa juzgada las diferencias entre Colombit y un trabajador.



pensión especial de vejez de que tratan los Decretos 1281 de 1994 y 2150 de 1995. Si bien la empresa trabaja con asbesto crisotilo, no por ello existe exposición permanente propiamente dicha a la sustancia [...] cuando las condiciones de trabajo están por debajo de los valores límites permisibles o se emplean los EPP para el caso de que se puedan llegar a exceder puntualmente. La empresa manifiesta que el CNRP (Consejo Nacional de Riesgos Profesionales) no ha determinado las sustancias comprobadamente cancerígenas ni existe norma alguna que remita a disposiciones, reglamentos, normas o instituciones extranjeras.

La posición de la empresa se basa en el principio fundamental de la prevención del riesgo, en el cual debe estar inspirado el aporte especial. Lo contrario sería admitir la exposición y el deterioro de la salud de los trabajadores a cambio de una retribución económica mensual, lo cual riñe explícitamente con su política de uso seguro y responsable del asbesto (crisotilo).

El hecho de que el proceso sea en húmedo y bajo succión, los niveles de empolvamiento estén por debajo de los límites permisibles, que el porcentaje de crisotilo sea mínimo con respecto al resto de materias primas, que se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica, que la posibilidad de quedar expuesta la persona varía en cada caso y que se cuenta con altos estándares de higiene y seguridad industrial.

Al no haber acuerdo, el trabajador instauró un proceso ordinario de mayor cuantía notificado el 19 de octubre de 2000, cuyo conocimiento correspondió al Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Manizales.

El acuerdo transaccional consiste en que la empresa entregue al trabajador una suma especial única de dinero como compensación por los aportes, intereses corrientes y de mora, multas, pero tratándose de un derecho que no tiene el carácter de cierto e indiscutible la empresa acepta pagar \$2.500.000. Con esta suma se soluciona totalmente cualquier obligación con el trabajador originada a partir del 22 de julio de 1994 y hasta la fecha de su retiro de la empresa relacionada con el aporte para pensión especial derivada del Decreto 1281 de 1994 (Colombit, 2001: 1-4).

En este texto quedan esgrimidos otros argumentos que reiterativamente han sido planteados por la industria del asbesto alrededor del mundo, para sustentar que las mediciones ambientales con resultados por debajo de los valores límites permisibles aseguran la salud de los trabajadores, cuando la propia Organización Internacional del Trabajo ha señalado en varias ocasiones que no se debe dar esta interpretación a los mismos.

Posteriormente a esto, la estrategia seguida por aquellos trabajadores que persistieron en la búsqueda del reconocimiento a la pensión especial, fue la de presentar derechos de petición ante los Fondos de Pensiones y el ISS (actualmente Colpensiones), habiendo sido reiterativamente negado este derecho. A manera de ejemplo, se presenta a continuación la transcripción de los argumentos de una de las resoluciones:<sup>30</sup>

Que la empresa Colombit S.A. utilizó asbesto tipo anfíboles y crocidolita hasta el año 1981, fecha a partir de la cual comenzó a utilizar crisotilo el cual epidemiológicamente no está relacionado con la asbestosis generadora de cáncer (sic).

Que Colombit S.A. dejó de efectuar la cotización especial desde diciembre de 1981, fecha a partir de la cual como se manifestó anteriormente, dejó de utilizar el asbesto tipo anfíboles y crocidolita, y comenzó a utilizar en su lugar crisotilo, sustancia no relacionada con la asbestosis (sic) (ISS, 2005: 1).

Se puede evidenciar en los textos de estas resoluciones, adicionalmente, una grave confusión frente a las enfermedades relacionadas con el asbesto, así como el señalamiento de una supuesta inocuidad del crisotilo al punto no solamente de negar su potencial cancerígeno, sino su capacidad de producir asbestosis.

Recientes intentos de los trabajadores por documentar la existencia de esta exposición al asbesto y el derecho que les cabe

---

30 Resolución 2412 de 5 de mayo de 2005 del ISS Seccional Caldas.

frente a la pensión especial por alto riesgo, mediante derechos de petición, conllevaron al siguiente pronunciamiento de la empresa como respuesta a la Dirección Territorial de Caldas del Ministerio de Trabajo:

no consta en nuestros registros la utilización de (asbestos anfíboles crocidolita, amosita) como materia prima en la Empresa.

La Empresa no realiza aportes especiales a pensión por el ejercicio de actividades de alto riesgo dado que dadas las condiciones de trabajo en ella, no se cumplen las condiciones establecidas en la normatividad para la realización de dicho aporte.

Cabe anotar que lo anterior fue materia de controversia judicial ante la jurisdicción ordinaria laboral mediante sentencias:

- (i) de fecha doce (12) de febrero de 2003 del Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Manizales;
- (ii) de fecha catorce (14) de febrero de 2003 del Juzgado Segundo Laboral del Circuito de Manizales;
- (iii) de fecha treinta (30) de abril de 2004 del Juzgado Tercero Laboral del Circuito de Manizales,

Mediante los cuales se absolvió a la empresa respecto de las pretensiones del pago del mencionado aporte; sentencias que fueron confirmadas por la Sala Laboral del tribunal Supremo de Caldas (Llano, 2015: 3).

A pesar de haber podido documentar en el proceso de la presente investigación un número importante de ex trabajadores con diagnósticos de enfermedad profesional y un grupo de personas fallecidas por cáncer pulmonar, mesotelioma y otros cánceres de otras localizaciones, solamente se pudo documentar un caso de un ex trabajador que presentó un mesotelioma maligno, cuya orientación por parte de la empresa también dio origen a un acuerdo transaccional:<sup>31</sup>

---

31 Acuerdo transaccional registrado en Notaria Segunda de Manizales, con fecha del 28 de octubre de 2011.

El día 17 de enero de 2011 le fue diagnosticado en un informe de inmunohistoquímica [...] un cáncer de mesotelioma maligno, el cual puede tener como causa, entre otras, el haber laborado en la fabricación de productos en los cuales se utiliza como materia prima el asbesto, sin que médica y científicamente se pueda determinar con absoluta certeza que esta sea la única causa de la enfermedad, ni establecer su relación causa efecto.

La empresa considera haber actuado dentro de los lineamientos legales y haber cumplido con todas las normas tendientes a evitar que el trabajador sufriera cualquier enfermedad como consecuencia de los servicios que prestó, que la enfermedad que padece se produjo cerca de 6 años después de su desvinculación, pero también es su intención llegar a un acuerdo transaccional para evitar cualquier litigio futuro.

Las partes acordaron con el fin de resolver y evitar un eventual conflicto o litigio sobre derechos inciertos y discutibles, el pago de \$46.625.000. Dentro de los derechos inciertos y discutibles que se transigen, se enuncian, sin excluir cualesquiera otros, los relacionados a los perjuicios patrimoniales de lucro cesante y daño emergente, perjuicios morales, perjuicios fisiológicos y perjuicios de la vida de relación, por la enfermedad que padece el trabajador, sean estos de origen civil o laboral (Colombit, 2011: 1-3).

Es llamativo aunque entendible, que no se hayan presentado demandas en relación a enfermedades relacionadas con el asbesto en Colombit, debido a la mala experiencia que han vivido los trabajadores frente a la reivindicación de la pensión especial, a pesar de encontrarse mención a casos tanto de asbestosis como de cánceres en este grupo laboral.

## Conclusiones

«Si bien no podemos deshacer lo que sucedió en el pasado, hemos promovido una política obligatoria para todas nuestras empresas para ayudar a las víctimas del amianto»: Grupo Etex.

La responsabilidad social empresarial se ha postulado como

una acción que va más allá del cumplimiento de la Ley por parte de las empresas, en su contribución a la sociedad.

La reconstrucción que se ha podido hacer hasta ahora, muestra una reticencia de Colombit por cumplir con las normas de seguridad social existentes en el país, a la par que evita el reconocimiento de las víctimas del uso del asbesto.

En este proceso, Colombit ha empleado el repertorio que la industria ha empleado en otras regiones: negar el uso de amosita y crocidolita, plantear que el crisotilo es totalmente inocuo, manifestar que su uso por debajo de los «límites permisibles» es completamente seguro y poner en cuestionamiento que los daños a la salud presentes en las víctimas, sean causados por la exposición al asbesto (Báez Baquet, 2014).

La responsabilidad social de Colombit tendría que asumir la normatividad nacional en seguridad social en relación con el reconocimiento a la pensión especial de vejez de sus trabajadores y ex trabajadores que estuvieron expuestos a la amosita, la crocidolita y el crisotilo; tendría que contribuir de manera transparente en la calificación de origen profesional de las enfermedades relacionadas con el asbesto que padecen sus trabajadores y ex trabajadores, para que estos accedan a sus derechos.

Pero esta responsabilidad social también se debe manifestar en la creación de un fondo para resarcir a los familiares de las víctimas ya fallecidas; a los actuales enfermos, tanto trabajadores y ex trabajadores como familiares, así como la población general afectada por la exposición a productos que contienen asbesto elaborados por Colombit, en especial los trabajadores de la construcción.

Esta responsabilidad social también se debe concretar en la financiación por parte de la empresa del reemplazo y disposición adecuada de productos y desechos que contienen asbesto, hasta lograr un control efectivo de todas las fuentes ocasionadas

por los mismos.

Es importante ampliar el conocimiento de la sociedad frente a la necesidad de prohibir el asbesto, pero también sobre la importancia de eliminar todas las fuentes de exposición que se presentan a partir de los productos que lo contienen, así como en el reconocimiento y resarcimiento por parte de las empresas que se beneficiaron económicamente de la pérdida de salud de las víctimas del asbesto.

Es necesario poner en evidencia el papel que el conocimiento experto ha jugado en la subvaloración de los problemas ocasionados por el asbesto y en la falta de cumplimiento de las normas protectoras y garantías de derechos (Menéndez Navarro, 2011).

## Referentes

- 1967, «Colombit», Rincón, Ovidio, *La Patria*, Manizales, octubre 15.
- 2005, «Ética de la empresa, no solo responsabilidad social», Cortina, Adela, *El País*, Madrid, 20 de agosto.
- Báez Baquet, Francisco. (2014). *Amianto: un genocidio impune*. Málaga: Ediciones del Genal.
- Barrera, Clara. (1987). Los problemas de salud asociados a la exposición ocupacional y ambiental al asbesto en Colombia. En: Mitastein, Monique. *Memorias de la Reunión sobre Asbesto y Salud en América Latina* (117-132). Metepec: ECO. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/eco/000847/0847-05.3.pdf>
- Cely García, María Fernanda, Sánchez, Mauricio, Breyse, Patrick y Ramos Bonilla, Juan. (2012). Personal Exposures to Asbestos Fibers During Brake Maintenance of Passenger Vehicles. *Ann. Occup. Hyg.* 56, 9, 985–999. Recuperado de: <http://annhyg.oxfordjournals.org/content/56/9/985.full.pdf+html>
- CEMSO. (1995). Resultados y conclusiones de la auditoria *Uso Seguro del Asbesto Colombit S.A.* Reporte # 1.126. Octubre.
- Colombit. (1967). Reglamento interno de trabajo.
- Colombit. (2001). Acta de transacción suscrita en Manizales, 23 de marzo.

- Colombit (2011). Acuerdo transaccional registrado en Notaria Segunda de Manizales, 28 de octubre.
- Etex Group. (s.f.). Asbestos past. Recuperado de: <http://www.etexgroup.com/en/what-drives-us/social-commitment/asbestos>
- Incolbest. (2011). *Frenero*, 49. Recuperado de: [http://www.incolbest.com/fileadmin/Incolbest/Documentos/Revista\\_Frenero\\_49.pdf](http://www.incolbest.com/fileadmin/Incolbest/Documentos/Revista_Frenero_49.pdf)
- Instituto de Seguros Sociales (ISS)-Seccional Caldas. (2005). Resolución 2412, 5 de mayo.
- Juzgado Primero Laboral del Circuito de Manizales. (2003). Fallo 11 emitido el 12 de febrero.
- Juzgado Segundo Laboral del Circuito. (2001). Expediente judicial, continuación cuarta audiencia de trámite dentro del proceso Ordinario Laboral de Primera instancia contra Colombit. Manizales 3 de julio.
- Kazan Allen, Laurie. (2006). Amianto. El coste humano de la avaricia empresarial. Bruselas: GUE/NGL.
- Kazan Allen, Laurie. (s.f.). Global Asbestos Panorama 2012: Questions and Answers. Recuperado de: <http://ibasecretariat.org/lka-global-asbestos-panorama-questions-answers.php>
- Kazan Allen, Laurie. (2015). Current Asbestos Bans and Restrictions. Recuperado de: [http://ibasecretariat.org/alpha\\_ban\\_list.php](http://ibasecretariat.org/alpha_ban_list.php)
- Knoepfli, Adrian. (2011). ¿What Eternit is Now? *Eternit and the Great Asbestos Trial*. Recuperado de: [www.ibasecretariat.org/eternity-great-asbestos-trial-toc.htm](http://www.ibasecretariat.org/eternity-great-asbestos-trial-toc.htm)
- McCulloch, Jock y Tweedale, Geoffrey. (2008). *Defending the indefensible: the global asbestos industry and its fight for survival*. Oxford University Press.
- Menéndez Navarro, Alfredo. (2011). A camel through the eye of a needle: expertise and the late recognition of asbestos-related diseases. *International Journal of Health Services*, 41, 1, 121-135.
- Montes Trujillo, Felipe. (1999). Memorando del gerente general de Colombit al Inspector del trabajo y Seguridad Social (E) de Manizales Hernán Prada Rincón, 16 de junio.
- Montes Trujillo, Felipe. (1999a). Memorando del gerente general de Colombit a la Dirección Regional Caldas del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 22 de julio.
- Minera Las Brisas. (2009). Aplicaciones [del asbesto]. Recuperado de: <http://minadeasbesto.blogspot.com/>
- Notaría Segunda de Manizales. (1965). Escritura pública 1.052, 11 de diciembre.
- Novoa, Jairo y Demner, Sigfrido. (1987). La industria del asbesto en Colombia.

- En: Mitastein, Monique. Memorias de la Reunión sobre Asbesto y Salud en América Latina-1985 (33-46). Metepec: ECO. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/eco/000847/0847-05.3.pdf>
- Ramos Bonilla, Juan Pablo *et al.* (2012). Personal Exposures to Asbestos Fibers During Brake Maintenance of Passenger Vehicles. Recuperado de: <http://annhyg.oxfordjournals.org/content/56/9/985.full.pdf+html>
- Rossi, Giampiero. (2008). La lana de la Salamandra. Ediciones GPS.
- Ruers, R. F. y Schouten, N. (2006). *The tragedy of Asbestos*. Netherlands: Onder Zock.
- Skinco Colombit. (2015). Video promocional. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=1GLcDmsSpMM>
- Virta, Robert L. (2006). *Circular 1298. Worldwide Asbestos Supply and Consumption Trends from 1900 through 2003*. Recuperado de: <http://pubs.usgs.gov/circ/2006/1298/c1298.pdf>



# CONDICIONES DE TRABAJO, EXIGENCIAS PSICOSOCIALES Y SALUD EN POBLACIÓN LATINOAMERICANA<sup>1</sup>

Viviola Gómez Ortiz<sup>2</sup>

Arturo Juárez García<sup>3</sup>

## Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la globalización y los cambios en la naturaleza del trabajo están probablemente agravando el estrés asociado al trabajo en Latinoamérica (World Health Organization, 2007). A 2007, no había suficientes estudios ni leyes, regulaciones o estándares rela-

---

1 Partes de este capítulo fueron tomados del capítulo titulado *Working conditions and effort-reward imbalance in Latin America*, escrito por Viviola Gómez y Arturo Juárez García, el cual será publicado en el libro *Work Stress and Health in a Globalized Economy*, editado por Johannes Siegrist y Morten Wahrendorf.

Agradecemos la colaboración de María Camila Umaña, estudiante de doctorado asesorada por Viviola Gómez, en la revisión y preparación de las referencias y de algunas tablas de este capítulo.

2 Psicóloga, PhD, Profesora Asociada del Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia. [vgomez@uniandes.edu.co](mailto:vgomez@uniandes.edu.co).

3 Psicólogo, PhD, Profesor Investigador de Tiempo Completo del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), Ciudad de México, México. [arturojuarezg@hotmail.com](mailto:arturojuarezg@hotmail.com)

cionados con buenas prácticas respecto a la exposición a factores de riesgo psicosocial. Sin embargo, un estudio reciente mostró que las prioridades de salud y seguridad ocupacional han cambiado en la última década en esta región y señalan tanto la necesidad de monitorear los riesgos psicosociales y la necesidad de atender el estrés de origen laboral, la violencia, el acoso laboral y comportamientos no saludables entre otros riesgos ocupacionales (Kortume y Stavroula, 2014).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en las Américas la fuerza de trabajo está integrada por 484 millones de personas que representan casi la mitad de la población total, y América Latina y el Caribe contribuyen con un 62,3% de la fuerza laboral regional, equivalente a más de 300 millones de personas, muchos de los cuales «están expuestos a condiciones de trabajo peligrosas que pueden ir desde exposiciones a agentes químicos, físicos, biológicos, estresores ergonómicos y psicológicos, hasta condiciones inseguras» (OPS, 2015: 1).

Este capítulo presentará primero una breve descripción de las condiciones laborales de los trabajadores de este subcontinente durante los últimos diez años. Hemos considerado pertinente destacar en esta descripción algunos datos que pueden ser indicadores indirectos de factores psicosociales de riesgo, especialmente de esfuerzo y recompensas, condiciones psicosociales cuyo desequilibrio, de acuerdo con uno de los modelos más relevantes de estrés laboral,<sup>4</sup> impide la satisfacción de necesida-

---

4 De acuerdo con Siegrist (2004), el modelo Desequilibrio-Esfuerzo-Recompensa (en inglés Effort-Reward Imbalance —ERI— Model) se basa en la noción de reciprocidad social, la cual se encuentra a la base, entre otras cosas, de los contratos de trabajo: el trabajador realiza ciertas tareas —invierte cierto esfuerzo— a cambio de una retribución adecuada. Según el modelo, para satisfacer las necesidades psicosociales básicas de un trabajador, la retribución no debe ser solamente dinero, sino que debe incluir reconocimiento, posibilidades de promoción y seguridad o estabilidad laboral como fruto de la labor cumplida. Cuando el supuesto de

des psicosociales básicas y podría ser fuente de estrés crónico y problemas de salud física y mental.

Además de las condiciones del mercado laboral que pueden ser indicadoras de un desequilibrio general entre los esfuerzos que los trabajadores latinoamericanos invierten en su trabajo y las recompensas que reciben a cambio, estimamos pertinente ofrecer un resumen de la respectiva legislación existente para prevenir o corregir las condiciones psicosociales promotoras de estrés. Finalmente, se describirá un breve panorama de las condiciones de salud en la región con el fin de mostrar cómo estas condiciones empiezan a tener un patrón similar al observado en países desarrollados, en los que hay un incremento tanto de enfermedades crónicas como de problemáticas de salud cuya relación con condiciones laborales estresantes ha sido ampliamente documentada.

Así, ofrecer una caracterización general del mercado laboral y las condiciones de trabajo en Latinoamérica (particularmente las relacionadas con los conceptos de esfuerzo y recompensa), de las legislaciones y regulaciones existentes en relación con los riesgos psicosociales y el estrés y, finalmente, de algunos indicadores de salud y bienestar de la población constituye el objetivo de este capítulo.

## **Condiciones de trabajo y empleo en América latina**

Aunque la información sobre condiciones particulares de trabajo en esta región es escasa, su vínculo con la situación económica ofrece un acercamiento a tales condiciones. En este sentido, la historia de los cambios de indicadores económicos en

---

la reciprocidad no se cumple, se generan en el trabajador respuestas de activación física y psicológica que, de prolongarse, aumentan el riesgo de enfermedades en general.

América Latina en términos de subidas y bajadas es cada vez más similar al comportamiento de la economía mundial, debido a la fusión de los mercados financieros mundiales y al incremento de la globalización en general, aunque es claro que tales indicadores han estado por debajo de los de las economías desarrolladas, sobre todo desde los años 1980. Weller (2011) menciona que durante la década del 2000, particularmente entre el 2003-2004, se reportó un crecimiento económico que parecía beneficiar a la región abriendo paso a un contexto favorable para la generación de empleo y la mejora de su calidad, al mismo tiempo que se intentaba volver a regular el mercado laboral; sin embargo, la crisis económica financiera del 2008-2009 interrumpió este proceso de mejora, provocando un descenso de los indicadores en el que incluso algunos de ellos, como la tasa del desempleo, regresó a niveles similares a los de los años 1990.

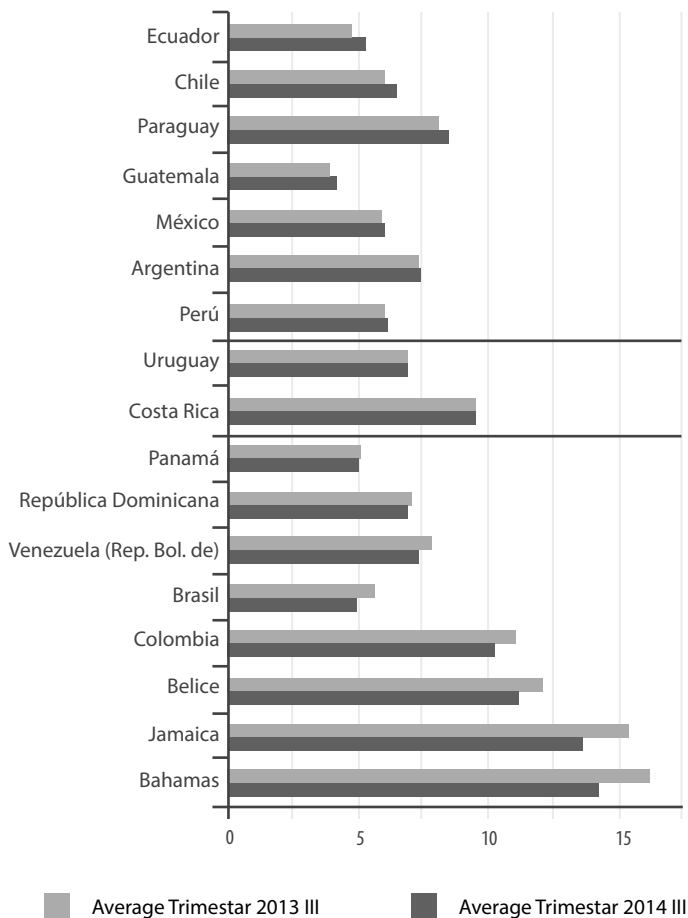
Para el mismo autor, en la región se han padecido cuatro tipos de exclusión: durante los años '80 prevalecieron la exclusión del mercado laboral (falta de incorporación femenina, por ejemplo) y del empleo productivo (falta de empleo en sectores altamente productivos), fomentando así el incremento del empleo informal urbano; mientras que a partir de los años '90, hasta la fecha, se ha expandido la exclusión del empleo (desempleo típico) y la exclusión de empleo de buena calidad (trabajo precario).

Coincidiendo con las propuestas de Weller (2011), un reporte reciente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para la región Latinoamericana concluyó que a pesar del aparente crecimiento económico, todavía existen deficiencias en el trabajo decente como resultado de las condiciones precarias de empleo que incluyen la inseguridad en el ingreso, disminución en la protección social y altas tasas de rotación (OIT, 2012). Más recientemente, el informe sobre el panorama laboral de América Latina y El Caribe en 2014 describe que la

situación está marcada por una desaceleración del crecimiento económico, donde predomina la incertidumbre y la preocupación (OIT, 2014). Estos datos más actuales apuntan a que en toda la región la tasa de ocupación urbana es del 52.6%, y la tendencia se agrava según grupos vulnerables, en particular el género o la edad, pues la tasa de participación es inferior en un 30% en el caso de las mujeres y los jóvenes entre 15 y 24 años enfrentan desempleo 2 o 4 veces mayores que los adultos. La tasa de desempleo urbana alcanza el 6.1% promedio anual para América Latina y el Caribe, lo que representa cerca de 15 millones de personas desempleadas, tan solo en las zonas urbanas. Es importante notar que Guatemala, Panamá y Brasil presentan las menores tasas de desocupación, mientras que Bahamas, Jamaica y Belice las mayores, sin grandes diferencias en los últimos años (véase figura 1).

**Figura 1**

### Porcentaje de desocupación urbana en países Latinoamericanos entre enero de 2013 y septiembre de 2014



Fuente: OIT (2014)

Asimismo, el informe reconoce que las crisis mundiales afectan de manera particular a esta región, y que más allá del

desempleo hay problemas relacionados con la calidad del empleo, pues existen 130 millones de personas ocupadas en condiciones de informalidad, lo cual implica condiciones laborales sin ningún tipo de protección social y precariedad en general (OIT, 2014). Como es bien sabido, se calcula una tasa promedio de 47.7% de trabajadores informales en toda la región, aunque también parece haber considerables diferencias entre países, pues se reporta que en países como Honduras, Bolivia o Perú rondan la tasa del 70%, mientras que en Chile, Venezuela y Argentina se ubican entre el 40 y 50%, cifras que siguen siendo alarmantes (Organización Internacional del Trabajo, 2012).

En su informe sobre el Trabajo Decente en las Américas, la OIT señala que la estructura de los mercados de trabajo en América Latina se caracteriza por ser fragmentada en razón de que casi un tercio del mercado laboral total se encuentra en las zonas rurales, y adicionalmente, más de la mitad del empleo corresponde a trabajadores independientes, domésticos, trabajadores familiares no remunerados, o asalariados en microempresas de hasta cinco trabajadores, donde se concentra la pobreza, la informalidad y el déficit de trabajo decente en la región (OIT, 2006).

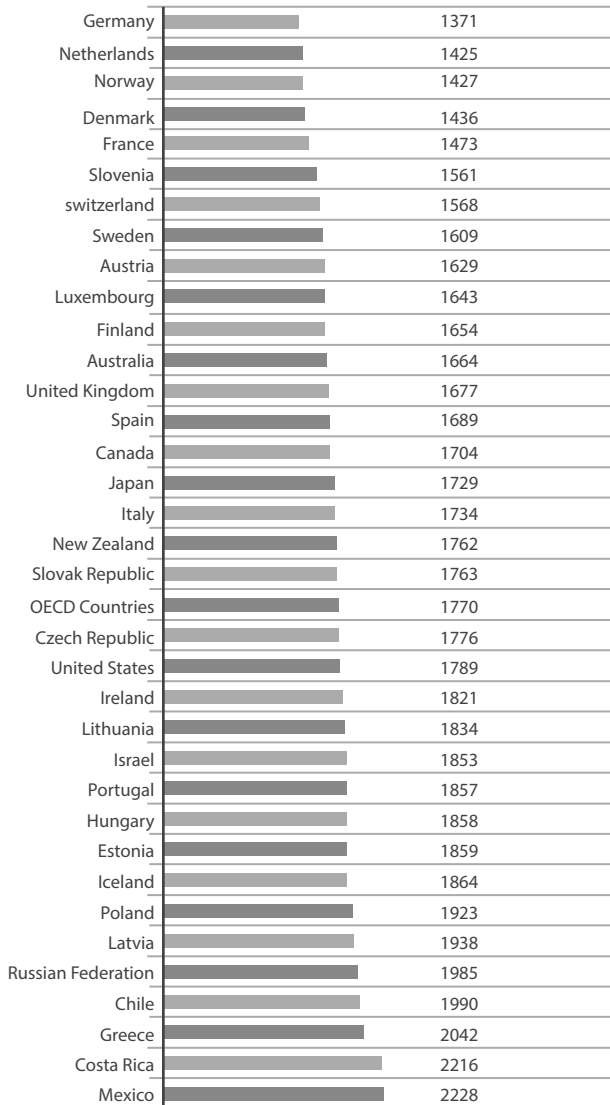
Por otro lado, aunque el trabajo informal parece ser un elemento particular de precariedad que caracteriza a la fuerza laboral en Latinoamérica, el trabajo formal posee también características muy particulares si analizamos los modelos productivos y los sistemas de organización del trabajo típicos en la región. Por ejemplo, mientras que en países desarrollados se han abandonado poco a poco las formas inherentes de profunda división del trabajo jerarquizadas y rígidas (taylorismo), y la producción masiva se ha transformado por medio de la automatización y los avances tecnológicos y de comunicación hacia modelos de gran flexibilidad laboral (*toyotismo*, *calidad total*, etc.), en Latinoamérica las formas de organización de trabajo se siguen caracterizando por continuar en la vieja tradición taylorista-fordista, aunque al mismo tiempo coexisten prácticas del modelo de flexibilidad laboral y del toyotismo del mundo desarrollado (mismas que no

pueden concretarse debido al rezago tecnológico), generando así una suerte de experiencias productivas particulares mezcladas que determinan la calidad del empleo en la región (Rodríguez y Mendoza, 2007). Esta combinación significa también una mezcla de exigencias estresantes de cada sistema, convirtiendo todo ello en una exposición psicosocial que pudiera ser única, y que necesitaría investigarse con mayor profundidad.

Evidentemente los indicadores de calidad del empleo se vinculan directamente con conceptos del modelo Esfuerzo/Recompensa, y se reflejan en temas como las horas extras de trabajo, la duración de las jornadas, los salarios y la estabilidad laboral, entre otros. Existen algunos datos disponibles que nos brindan un panorama complementario de estas condiciones de trabajo en países de América Latina. Por ejemplo, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés) los tres únicos miembros latinoamericanos afiliados a esta organización, junto con Grecia, poseen las jornadas de trabajo más altas respecto al resto de países miembros; se puede ver en la figura 2 que justo en primer lugar está ubicado México con 2228 horas, Costa Rica en segundo con 2216 horas y Chile en cuarto lugar con 1990 horas (OECD, 2015). Asimismo, una encuesta mundial sobre el porcentaje de trabajadores que laboran horas extras muestra a Perú como líder en la lista con más de 50% de su fuerza laboral laborando más de 48 horas semanales, mientras que Argentina y México muestran alrededor de 30% (OIT, 2007).

Lo anterior deja ver que no son solo los asiáticos los que dedican más tiempo al trabajo (considérese que no están todos los países de América Latina en estos comparativos de la OECD), sino también que la globalización ha alentado a que países desarrollados exporten procesos de trabajo a Latinoamérica con particulares exigencias. Como ejemplo, vale la pena decir que desde 2010 particularmente México ocupa el primer lugar en promedio de horas anuales trabajadas en el comparativo internacional, al mismo tiempo que el gobierno mexicano destaca importantes crecimientos económicos en la industria (Anónimo, 2013).



**Figura 2****Promedio de horas trabajadas al año por trabajador**

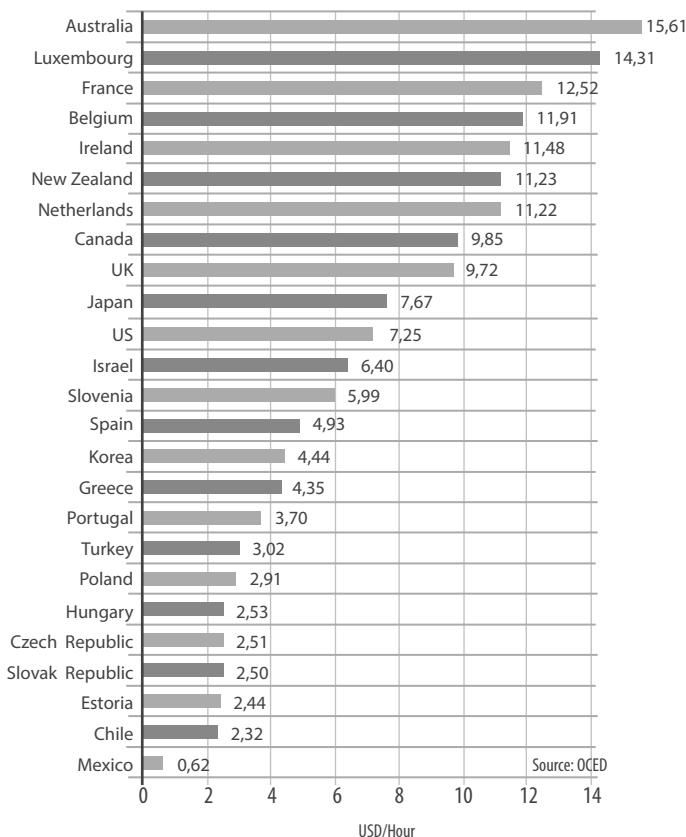
Fuente: OECD (2015)

En lo que respecta al salario, la tendencia es justo opuesta a lo mostrado en el tema de horas de trabajo, pues el comparativo de salarios en países miembros de la OECD desde 2013 muestra que México y Chile son los países con el salario mínimo más bajo por hora (OECD, 2015), como puede verse en la figura 3.

**Figura 3**

**Salarios mínimos por hora en economías desarrolladas, 2013**

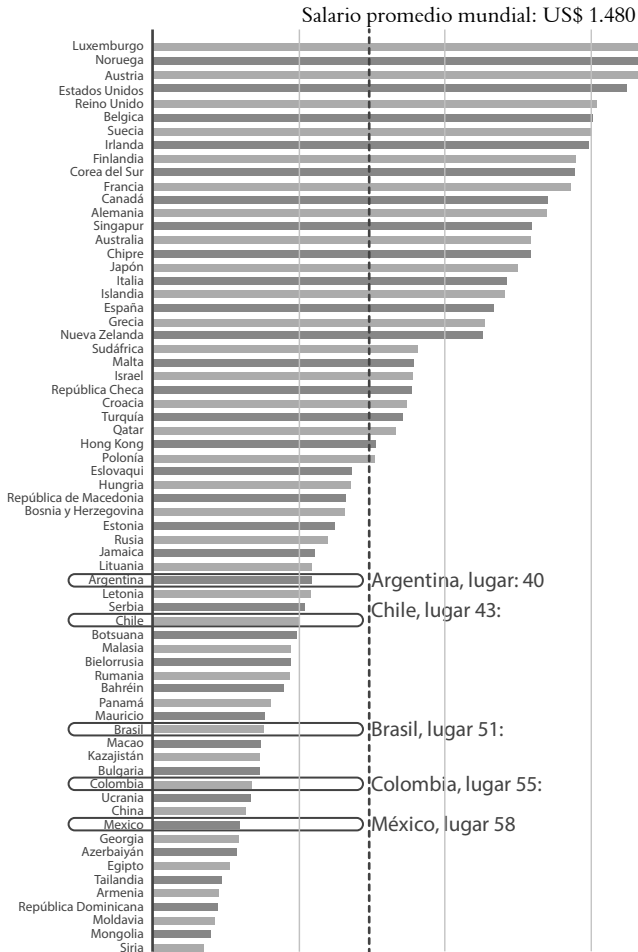
Hourly Minimum Wages in  
Developed Economies, 2013



Esta tendencia se manifiesta desde antes del 2013 y es consistente con otras encuestas internacionales donde participan más países de América Latina, pues por ejemplo, una encuesta mundial de salarios (en términos de paridad y poder adquisitivo) realizada por la OIT en 72 países, muestra que varios países latinoamericanos tienen salarios por debajo de la media mensual internacional, y en particular Argentina, Chile, Brasil, Colombia y México se ubican debajo del promedio mundial que en 2012 fue de USD1480 (Alexander, 2012). Esta situación salarial para Latinoamérica y otros países se expone en la figura 4.

## Figura 4

### Comparativo de salario promedio mensual en encuesta mundial de 72 países (2012)



Fuente: Alexander (2012)

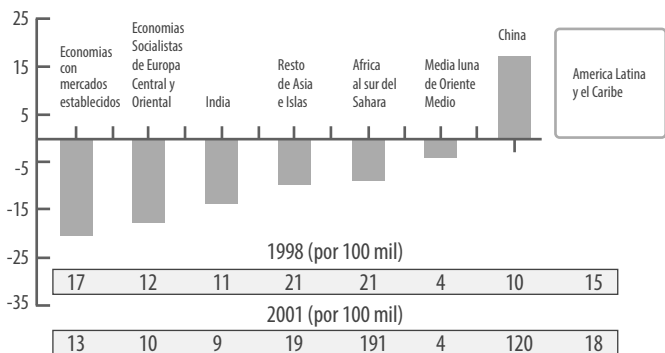
En cuanto al tema de los derechos fundamentales de trabajo, en América Latina existen grandes brechas no cubiertas en

temas como libertad sindical y negociación colectiva, el trabajo forzoso, el trabajo infantil y la discriminación. Por ejemplo, en esta región se ubican el 5.7% del total mundial de casos de quejas sobre libertad sindical, el 29% de despidos contrarios a la libertad sindical, 10% del trabajo forzoso, 5.1% del trabajo infantil mundial, y la mayor tasa de discriminación por sexo u origen étnico (OIT, 2006).

Finalmente, aunque la tendencia mundial de mortalidad por accidentes laborales ha disminuido en general, solo existen dos excepciones: China y Latinoamérica; más aún, solo en estas regiones aumentó la mortalidad por enfermedades y accidentes laborales entre 1998-2001. Los trabajadores con menos protección se ubican en microempresas, la economía informal y en sectores como la agricultura, la pesca, la minería y la construcción (OIT, 2006). En el 2006 se reportan 7.6 millones de accidentes de trabajo en la región, lo que es un reflejo de las áreas de oportunidad de las condiciones de trabajo para América Latina y el Caribe.

**Figura 5**

**Variación mundial de mortalidad por enfermedades y accidentes de trabajo en el periodo 1998-2001 (variación porcentual)**



Fuente: OIT (2006)

En concordancia con todo lo anterior, las conclusiones de un informe publicado recientemente por la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por sus siglas en inglés) evidencian que las condiciones de empleo (salarios, desempleo, protección social, entre otras) y de trabajo (peligros y riesgos en el lugar de trabajo), ambas consideradas determinantes sociales de la salud, se fueron transformando durante los 15 últimos años por los procesos de cambio ocurridos en el mundo del trabajo, dejando múltiples inequidades para la salud de los trabajadores en América Latina (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2013).

## **Avances en la legislación sobre riesgos psicosociales y estrés en latinoamérica**

Aunque con áreas de oportunidad en la práctica, indiscutiblemente todas las legislaciones laborales en América Latina incluyen el derecho a un trabajo digno y libre de riesgos generales que afecten la salud, pero en particular en los últimos 10 años se dio un avance destacado en la normativa y la legislación en el tema específico de riesgos psicosociales del estrés y de la organización del trabajo. La creciente investigación sobre el tema de riesgos psicosociales en el ámbito internacional, sumada a la realizada en la región, pero especialmente cambios en la política y las recomendaciones dadas por organismos mundiales como la OIT y la Organización Mundial de la Salud (OMS), quizás fueron influencias importantes para este avance.

Básicamente la normativa ha evolucionado en dos vertientes. Por un lado, la relativa a la esfera de los riesgos laborales para la salud y seguridad, donde además de los riesgos físicos y químicos, se han incluido finalmente los psicosociales; por otro, en normativas independientes, surgen las relativas al acoso psicológico laboral. En particular esta última es la que mayor desarrollo legislativo ha tenido, no solo porque parecen existir más leyes en este tema y ser más los países que lo han imple-

mentado, sino porque los criterios para su determinación y su prevención parecen ser cada vez más difundidos. Existen países, por ejemplo, donde aún no existen normativas sobre riesgos psicosociales en lo general, pero sí sobre acoso laboral (véase la tabla 1).

En cuanto a las normativas identificadas, estas tienen un enfoque marcado hacia la prevención y vigilancia de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, y entre los riesgos reconocidos que aparecen con mayor frecuencia en estas normas o reglamentos están las exigencias o demandas del trabajo en diferentes acepciones, el control, la participación o la autonomía en el trabajo, las relaciones interpersonales con compañeros y con el jefe, el liderazgo, la justicia organizacional, las recompensas o el reconocimiento, la conciliación trabajo-familia, y la inseguridad en la conservación del empleo, entre los principales. La base teórica de algunas de estas normativas (por ejemplo en Colombia y México) se arraiga en el modelo *demanda/control* o en el modelo *desequilibrio esfuerzo/recompensa* como su fundamento conceptual, aunque claramente se incorporan otras dimensiones de otros modelos teóricos y algunas que ningún modelo teórico destaca.

**Tabla 1****Legislaciones, artículos y decretos relacionados con los factores psicosociales en América Latina**

<b>País</b>	<b>Legislación, Artículos o Decretos</b>	<b>Año</b>	<b>Tema que se incluye</b>	<b>Referencia</b>
Colombia	Ley 1010	2006	Acoso laboral	Congreso de Colombia (2006).
	Resolución 2646	2008	Riesgos psicosociales	Ministerio de la Protección Social (2008).
Argentina	Ley 13168	2003	Violencia Laboral	Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires (2003).
Chile	Ley 20607	2012	Acoso laboral	Dirección del Trabajo (2012).
	Resolución 2018	2013	Instrumento de evaluación de riesgos psicosociales	Departamento de Salud Ocupacional del Instituto de Salud Pública de Chile (2013).
Uruguay	Ley 18561	2009	Violencia Moral en el trabajo	Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay (2009).
Puerto Rico	Proyecto	2014	Acoso laboral	Proyecto senatorial 501 (2014)
Brasil	Ley 2120 (Ubatuba)	2001	Asedio Moral	Cámara Municipal de Ubatuba (2001).
	12561 (Rio Grande do sul)			Asamblea Legislativa de Rio Grande do Sul (2006).



Venezuela	Art. 56.5 LOPCYMAT	2005	Factores psicosociales  Acoso laboral	Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2005).
Perú	Decreto: N° 005- 2012-TR. Ley N° 29783	2012	Riesgos psicosociales	Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo (2012).
México	Criterios de la Suprema Corte  Reglamento Federal de Salud y Seguridad en el Trabajo  Proyecto de Norma Oficial Mexicana (en proceso)	2012  2013  2015	Acoso Laboral  Riesgos psicosociales  Riesgos psicosociales	Coordinación de Derechos Humanos y Asesoría de la Presidencia/Suprema Corte de Justicia de la Nación (2012).  Secretaría de Gobernación (2014).

## Salud y bienestar en la región latinoamericana

Se ha documentado la relación entre la inequidad del ingreso y desórdenes psiquiátricos tanto en países desarrollados como en desarrollo (Wilkison y Pickett, 2006; Patel y Kleinman, 2003), por lo que para describir las condiciones generales de salud en la región, parece necesario ofrecer datos sobre trastornos psiquiátricos/mentales en la misma. Asimismo, conviene describir no solo algunos datos de dichos trastornos en la población latinoamericana sino también algunos indicadores que pudieran relacionarse con el mercado laboral actual y sus nuevas exigencias estresantes tales como las enfermedades cardiovasculares y enfermedades no transmisibles (crónico degenerativas), así como la mortalidad en general (Kivimaki, Aguilar Gaxiola y Alonso, 2012; Landsbergis, Dobson y Koutsouras, 2013; Leka y Jain, 2010; World Health Organization (WHO), 2003).

Para empezar, vale la pena señalar que aunque América Latina no es la región más pobre del mundo sí es de las menos equitativas, más injustas, la que peor distribuye la riqueza, lo cual se refleja en una mala «distribución» de salud (Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, 2015). Utilizando el registro histórico del índice *Ginni* como indicador de inequidad en todo el mundo, algunos análisis señalan que, con excepción de algunos países africanos y China, en general el continente americano parece ser el más desigual, destacándose los países latinoamericanos y Estados Unidos (Hillebrand, 2009; World Bank, 2014; Quandl, 2015). En cuanto a la salud mental, la *World Mental Health (WMH) Survey Initiative*, de la OMS, muestra estudios donde países altamente desiguales como Colombia y México, además de Estados Unidos, muestran prevalencias de desórdenes mentales que se encuentran entre los más altos entre 14 países estudiados en 4 continentes (17.8%, 12.2% y 26.3% respectivamente); sin embargo, es de notar que países menos desiguales como Francia y Holanda también tienen prevalencias altas (18.4% y 14.8%) (Demyttenaere *et al.*, 2004; Kessler *et al.*, 2009).

Con respecto a la salud mental es necesario señalar que en todos los países latinoamericanos, los trastornos mentales o neuropsiquiátricos son los de mayor prevalencia. Los trastornos depresivos han venido incrementando en el mundo entero, tanto que la OMS pronostica que para el año 2020 serán la segunda causa de incapacidad detrás de enfermedades como infartos, insuficiencia coronaria o accidentes cerebrovasculares. Los problemas mentales también son una importante fuente de discapacidad, que sabemos está relacionada con el estrés (DeVries y Wilkerson, 2003; WHO e International Labor Organization (ILO), 2002; Stansfeld y Candy, 2006). La tabla 3 da una idea de qué tanto estas problemáticas están contribuyendo a los años de vida perdidos o vividos con discapacidad. En cuanto al indicador de «total de años de vida ajustados en función de la discapacidad» (AVAD), Chile se destaca con el porcentaje más alto (véase la tabla 2).

**Tabla 2**

**Porcentaje de contribución al total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) de todos los trastornos neuropsiquiátricos, algunos trastornos psiquiátricos, las lesiones autoinflingidas y la violencia, por países 2002.**

País	Desórdenes neuropsiquiátricos	Desorden depresivo unipolar	Desorden bipolar	Esquizofrenia	Desorden de pánico	Desorden obsesivo-compulsivo
Argentina	22,7	7,3	1,3	1,6	0,6	0,7
Bolivia	15,1	4,4	0,8	1	0,4	0,4
Brasil	22	7,8	1,2	1,4	0,6	0,6
Chile	30,5	9,9	1,5	1,8	0,7	0,8
Colombia	21,7	6,4	1,2	1,4	0,6	0,6
Costa Rica	27,9	9,1	1,7	2,1	0,8	0,9
Cuba	25,1	9,3	1,4	1,7	0,6	0,9
Ecuador	22,5	6,8	1,3	1,6	0,6	0,7
El Salvador	19,9	5,8	1,2	1,4	0,6	0,6
Guatemala	16,1	4,8	1	1,2	0,5	0,5
Honduras	17,8	5,4	1,2	1,4	0,6	0,6
México	24,5	5,8	1,6	1,9	0,8	0,8
Nicaragua	20,8	6,5	1,4	1,6	0,7	0,6
Panamá	25,6	8,3	1,6	1,9	0,7	0,8

Paraguay	22,6	6,4	1,3	1,6	0,6	0,7
Perú	20,9	6,5	1,2	1,5	0,6	0,6
República Dominicana	19,3	6,3	1,2	1,5	0,6	0,6
Uruguay	24,7	7,3	1,2	1,5	0,6	0,7
Venezuela	23,8	7,4	1,4	1,7	0,7	0,7

Fuente: Kohn y Rodríguez (2009)

Con respecto a las principales causas de mortalidad, hay similitudes entre los países desarrollados y América Latina, siendo las enfermedades cardiovasculares «las asesinas más destacadas» en la última década en todo el globo, con más de 14 millones de muertes al año (WHO, 2015). Las enfermedades isquémicas del corazón representan el 8.96% de las causas de muerte en la región (véase la tabla 3).

### **Tabla 3**

#### **25 Principales causas de muerte en países latinoamericanos<sup>5</sup> en edades entre 15 y 74 años (2009-2013)**

<b>Causas de muerte</b>	<b>Porcentaje</b>
Enfermedades Isquémicas del corazón	8,96%
Diabetes mellitus	7,14%
Agresiones homicidios	6,87%

5 Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela.

Enfermedades Cerebrovasculares	6,11%
Accidentes de transporte terrestre	4,91%
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	4,52%
Influenza y neumonía	3,04%
Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios o del pulmón	2,80%
Enfermedades hipertensivas	2,64%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	2,33%
Enfermedades del sistema urinario	2,26%
Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón	2,15%
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	1,66%
suicidios	1,62%
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	1,61%
Neoplasia maligna del estómago	1,60%
Neoplasia maligna de la mama femenina	1,57%
Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	1,41%
Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano	1,29%
Eventos de intención no determinada	1,25%
Neoplasia maligna del útero	1,14%
Septicemia	0,98%

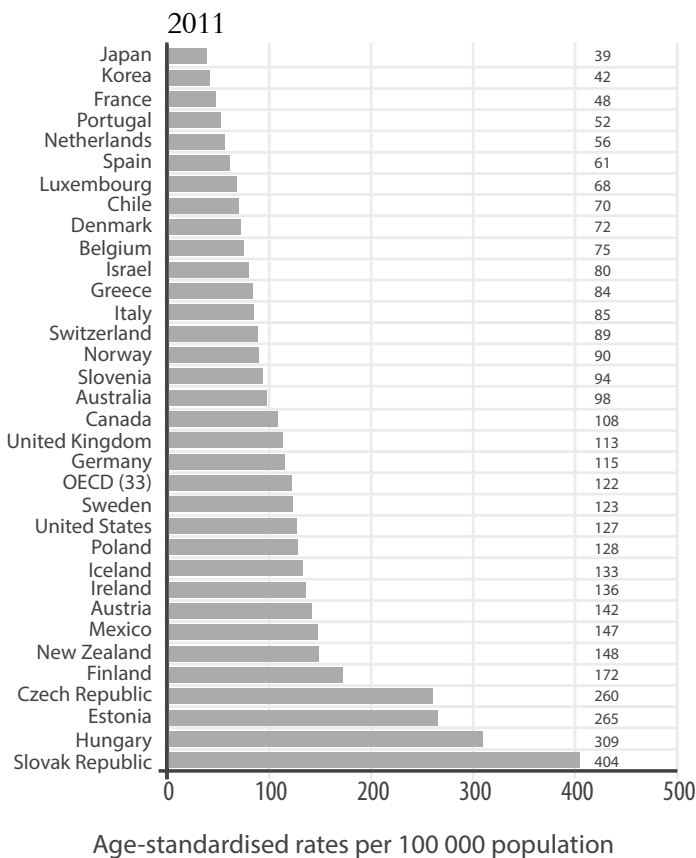
Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	0,85%
Neoplasia Maligna del páncreas	0,85%
Enfermedades respiratorias agudas (no influenza o neumonía)	0,83%
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	0,85%
	0,85%
	0,83%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2013

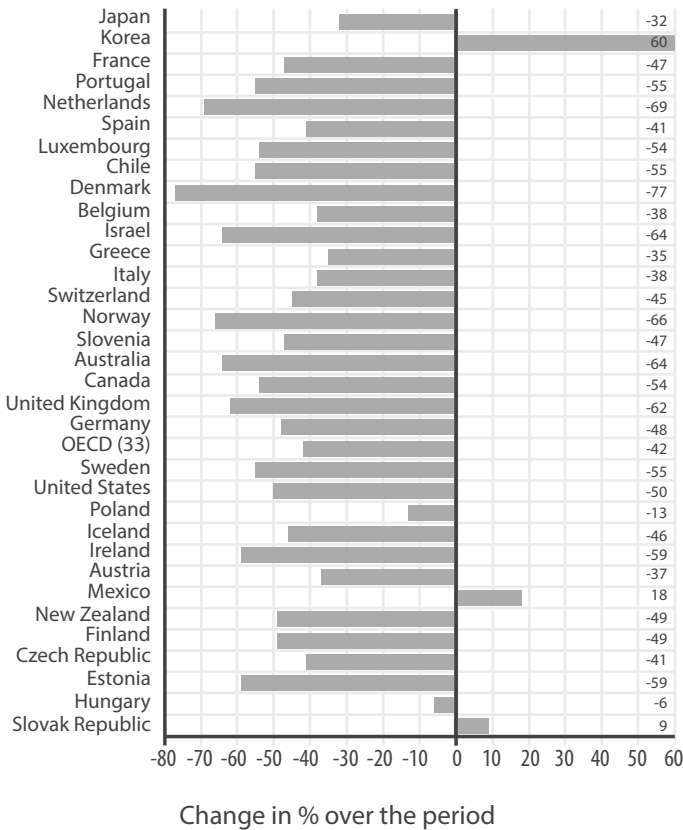
En comparación con otros países del continente americano, considerando gente en edad de trabajar, Estados Unidos y Canadá tienen la tasa más alta de enfermedad isquémica del corazón (13.12%); sin embargo, problemas crónicos como la diabetes, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas causan más muertes en América Latina que en USA y Canadá (3.27%, 3.51%, y 2.18 % respectivamente) (OPS, 2012). De hecho, un comparativo reciente en la OECD sobre diabetes entre adultos de 20 a 79 años, muestra que dos países latinoamericanos (México y Brasil) ocupan el primero y segundo lugar con las prevalencias más altas: 15.9 % y 10.4 % respectivamente. De igual forma, estos países tienen casi 10 años menos de esperanza de vida al nacer que los países más desarrollados (73 años) y, particularmente, México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel internacional solo después de Estados Unidos (OECD, 2013). La misma encuesta muestra que al comparar la enfermedad isquémica del corazón entre países, aunque México no posee la mayor tasa de muertes por esta causa, sí muestra el mayor porcentaje de cambio en la tendencia de 1990 a 2011, lo que significa que dichas enfermedades parecen tener aumentos muy importantes en esta región (véase la figura 6).

**Figura 6****Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en el 2011 y cambio entre 1990 y 2011**

Ischemic heart disease mortality, 2011 and change 1990-2011 (or nearest year)



## Change 1990 - 2011



Fuente: OECD (2013)

Asimismo, porque en su origen los malos hábitos de vida y el estrés (de origen laboral y no laboral) juegan un papel importante, las enfermedades no transmisibles pueden ser un buen indicador de la salud de los trabajadores latinoamericanos. Como se aprecia en la tabla 4, la prevalencia de enfermedades no transmisibles, entre ellas la hipertensión y la diabetes tipo 2 en adultos, varía notablemente entre países. Guatemala parece ser un extremo en el que todos los porcentajes son bajos mien-



tras que Argentina, Chile, México y Uruguay por otro lado muestran las estadísticas más altas en general y probablemente más cercanas a las que se encuentran en países europeos o en América del Norte.

**Tabla 4**

**Prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y mortalidad que causan**

Países	Tasa de mortalidad normalizada según la edad para todas la ENT (por 100.000 habitantes en 2008)		Porcentaje de muertes causadas por ENT	Prevalencia de la hipertensión en adultos (porcentaje)		Prevalencia de diabetes tipo 2 en adultos (porcentaje)	
	Varones	Mujeres		Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
América Central							
Costa Rica	431	333	81	26	25	8	8
El Salvador	539	449	67	21	19	9	7
Guatemala	503	421	47	13	14	9	8
México	543	412	78	32	31	20	.
América del Sur							
Argentina	613	366	80	32	33	8	10
Brasil	614	428	74	22	25	5	6
Chile	501	313	83	29	25	8	10
Colombia	438	351	66	28	19	3	2
Ecuador	434	336	65	43	35	.	.
Perú	408	339	60	38	31	.	.
Uruguay	651	378	87	33	31	6	5

Fuente: Population Reference Bureau (2013)

Es un hecho que no hay suficientes estudios que expliquen las razones de las diferencias en prevalencias de enfermedades no transmisibles entre los países latinoamericanos, y entre estos y otros países del mundo. Sin embargo, podría especularse que los patrones de alimentación determinados social y culturalmente pueden jugar un rol relevante, pues México, Argentina, Chile y Uruguay están entre los países que consumen el mayor número de calorías per cápita en la región (Bermúdez y Tucker, 2003). A pesar de que no es posible hacer afirmaciones acerca del origen de estos problemas, estos datos se presentan en este contexto porque no sobra recordar que el estrés laboral ha sido relacionado tanto con hipertensión y diabetes tipo 2 como con malos hábitos alimenticios y bajos niveles de actividad física (Ross *et al.*, 2007; Devine *et al.*, 2003; Lowden *et al.*, 2010).

## Conclusiones

Hemos presentado datos que nos permiten afirmar que las condiciones de empleo en los países latinoamericanos se caracterizan por mayor exclusión (principalmente a mujeres y jóvenes) y mayor precariedad en comparación a países desarrollados. También podemos afirmar que en nuestro contexto hay limitaciones en la generación de trabajos decentes, y existen grandes brechas no cubiertas en temas como libertad sindical y negociación colectiva, el trabajo forzoso, el trabajo infantil y la discriminación. Uno de los problemas más preocupantes es que cerca del 40-50% de la fuerza laboral se concentra en la informalidad, con tendencia creciente, lo que aumenta la precariedad y fomenta más los déficits de trabajo decente.

Por otro lado, podemos afirmar que existen en Latinoamérica modelos de organización del trabajo y sistemas productivos únicos que implican la combinación de modernos y antiguos diseños con posibles repercusiones diferenciales en la salud a diferencia de lo que sucede en regiones donde los sistemas de trabajo son modernos. Todos estos datos nos permiten afirmar

que en Latinoamérica existen condiciones de trabajo específicas más adversas que en países desarrollados: jornadas más elevadas, salarios más bajos y mayor inseguridad laboral. Junto con China, América Latina es la región con mayor incremento en mortalidad por enfermedades y accidentes de trabajo, reflejo de estas condiciones de trabajo adversas.

Algunos de los indicadores de morbilidad y mortalidad más prevalentes en Latinoamérica tienen patrones que caracterizan a los países con desigualdad económica o a los que tuvieron en el pasado problemáticas de salud más prevalentes (como la hipertensión), que han disminuido gracias a que, entre otras cosas, han implementado medidas preventivas para el estrés laboral; en Latinoamérica hay una alta prevalencia de enfermedades crónicas y no transmisibles, que han sido abundantemente relacionadas con el estrés de origen laboral.

Sin embargo, a pesar del panorama no tan positivo que hemos descrito, existen razones para el optimismo dado que se han dado avances recientes en la legislación sobre riesgos psicosociales en varios de los países de la región, particularmente relacionados con *acoso laboral*, lo que puede impulsar mayor vigilancia y control de estos riesgos en el futuro.

Ante la falta de encuestas comparables en toda la región basadas en muestras poblacionales representativas, si aceptamos que los indicadores descritos en este trabajo son reflejo la exposición psicosocial en términos de esfuerzo y recompensa en los trabajadores latinoamericanos, habría buenas razones para sospechar que están experimentando altos niveles de estrés laboral. Así, afirmaríamos que los procesos de globalización están afectando de manera importante tanto las condiciones de trabajo en la subregión como las condiciones de salud. Por eso en nuestra perspectiva al futuro advertimos la necesidad de aumentar, tanto entre empleadores como empleados, la conciencia sobre la relación entre condiciones de trabajo y salud. Solo así será posible que los trabajadores exijan prevención y los empleadores

estén motivados a implementar medidas preventivas. Al fin y al cabo, el mayor recurso laboral es siempre un equipo de trabajadores sanos y motivados para dar lo mejor de sí mismos.

## Referencias

- 2012, «Where are you on the global pay scale?», Alexander, Ruth, *BBC*, 29 de marzo. Recuperado de: <http://www.bbc.com/news/magazine-17512040>.
- 2013, «México acelera industria automotriz», Anónimo, *Expansión*, 20 de octubre. Recuperado de: <http://www.cnnexpansion.com/economia/2013/10/20/mexico-acelera-industria-automotriz>
- Asamblea Legislativa de Rio Grande do Sul. (2006). Ley Complementaria 12.561. Recuperado de: <http://www.assediomoral.org/spip.php?article256>
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2005). Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, Art. 56.5. Recuperado de: <http://www.medicinalaboraldevenezuela.com.ve/archivo/LOPCYMAT.pdf>
- Bermúdez, O. y Tucker, K. (2003). Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cadernos de Saúde Pública* 19, 87-99.
- Cámara Municipal de Ubatuba. (2001). Ley N° 2.120. Recuperado de: <http://www.assediomoral.org/spip.php?article227>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. (2015). *Panorama Social de América Latina 2014*. CEPAL: Santiago de Chile.
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1010 de 2006. Recuperado de: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1010\\_2006.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1010_2006.html)
- Coordinación de Derechos Humanos y Asesoría de la Presidencia-Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2012). Manual de Buenas Prácticas para Investigar y Sancionar el Acoso Laboral y/o el Acoso Sexual en la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Recuperado de: <https://www.scjn.gob.mx/Documents/MANUAL%20DE%20BUENAS%20PRACTICAS.pdf>
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V. Y Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 21, 2581-2590.
- Devine, C., Connors, M., Sobal, J. y Bisogni, C. (2003). Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low-and moderate-income urban households. *Social Science and Medicine*, 56, 3, 617-630.

- Departamento de Salud Ocupacional del Instituto de Salud Pública de Chile. (2013). Resolución 2018. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado de: [http://www.leychile.cl/Navegar/index\\_.html?idNorma=1048620](http://www.leychile.cl/Navegar/index_.html?idNorma=1048620)
- DeVries, M. y Wilkerson, B. (2003). Stress, work and mental health: a global perspective. *Acta Neuropsychiatrica* 15, 1, 44-53.
- Dirección del Trabajo. (2012). Ley N°20.607. Diario Oficial. Recuperado de: <http://www.dt.gob.cl/consultas/1613/w3-article-99176.html>
- Hillebrand, E. (2009). Poverty, Growth, and Inequality over the Next 50 Years. *Expert Meeting on How to feed the World in 2050. FAO, United Nations-Economic and Social Development Department.*
- Kessler, R., Aguilar Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S. y Wang, P. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiología e Psiquiatría Sociale*, 18, 01, 23-33.
- Kivimäki, M., Nyberg, S., Batty, G., Fransson, E. y Heikkilä, K. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet*, 380, 9852, 1491-1497.
- Kohn, R. y Rodríguez, J. (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta en América Latina y el Caribe. En: R. Rodríguez, D. Kohn, S. Aguilar-Gaxiola (Eds). *Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe* (pp 19-32). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kortume, E. y Stavroula, L. (2014). Tackling psychosocial risks and work-related stress in developing countries: The need for a multilevel intervention framework. *International Journal of Stress Management* 21, 1, 7.
- Landsbergis, P., Dobson, M., Koutsouras, G. y Schanll, P. (2013). Job strain and ambulatory blood pressure: a meta-analysis and systematic review. *American Journal of Public Health* 103, 3, 61-71.
- Leka, S. y Jain, A. (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Geneva: WHO.
- Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2012). Modificación del Reglamento de la Ley N°29783 por Decreto Supremo N° 005-2012-TR. Recuperado de: <http://www.mintra.gob.pe/normaCompletaSNIL.php?id=3601>
- Lowden, A., Moreno, C., Holmbäck, U., Lennernäs, M. y Tucker, P. (2010). Eating and shift work-effects on habits, metabolism, and performance. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 46, 2, 150-162.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 002646 de 2008. Diario oficial 47059. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607>

- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2015). *STat*. Recuperado de: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=ANHRS>
- OECD (2013). *Health at a Glance*. OECD Indicators 2013.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2006). *Trabajo decente en las Américas: una agenda hemisférica 2006-2015*. Ginebra: OIT. Recuperado de: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/rmgmeet/americas.htm>
- OIT. (2007). *Working Time Around the World*. Recuperado de: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_082840.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_082840.pdf)
- OIT. (2012). *Panorama Laboral 2012. América Latina y el Caribe*. Lima: OIT.
- OIT. (2014). *Panorama Laboral 2014. América Latina y el Caribe*. Lima: OIT.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). *Sistema Regional de Mortalidad*. Recuperado de: <http://www.paho.org>
- OPS (2013). *Plan regional de salud de los trabajadores. 52 consejo directivo. 65 sesión del comité regional*. Washington: OPS.
- OPS (2015). *Países acuerdan acciones para prevenir enfermedades causadas por condiciones de empleo y el ambiente de trabajo*. Recuperado de: [http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1794:nota1cd&Itemid=0](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1794:nota1cd&Itemid=0)
- Patel, V. y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 81, 8, 609-615.
- Population Reference Bureau. (2013). *Enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Los jóvenes son una clave para la prevención*. Recuperado de: [www.prb.org](http://www.prb.org)
- Proyecto Senatorial 501. (2014). Recuperado de: <http://www.elnuevodia.com/negocios/consumo/nota/aboganporaprobaciondeleycontraacosolaboral-1792674/>
- Quandl. (2015). *Gini Index by Country*. Recuperado de: <https://www.quandl.com/collections/demography/gini-index-by-country>
- Rodríguez, M. y Mendoza, H. (2007). Sistemas productivos y organización del trabajo: Una visión desde Latinoamérica. *Revista Gaceta Laboral* 13, 2, 218-241.
- Roos, E., Sarlio Lähteenkorva, S., Lallukka, T. y Lahelma, E. (2007). Associations of work-family conflicts with food habits and physical activity. *Public Health Nutrition* 10, 3, 222-229.
- Secretaría de Gobernación. (2014). Reglamento Federal de Salud y Seguridad en el Trabajo. Recuperado de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle)

php?codigo=5368114&fecha=13/11/2014

- Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. (2003). Ley 13168. Recuperado de: [http://www2.mp.gba.gov.ar/intranet/Legislacion/ley13168\\_violencialaboral.doc](http://www2.mp.gba.gov.ar/intranet/Legislacion/ley13168_violencialaboral.doc)
- Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. (2009). Ley N°18.561. *Publicada D.O. 21 set/009 - N° 27819*. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18561&Anchor=>
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M. y Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1499 .
- Stansfeld, S. y Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work and Environment Health* 32, 6, 443-462.
- Weller, J. (2011). Panorama de las condiciones de trabajo en América Latina. *Nueva sociedad*, 232, 32-49.
- Wilkinson, R. y Pickett, K. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 62, 7, 1768-1784.
- World Bank. (2014). *World Development Indicators: Distribution of income or consumption*. Recuperado de: <http://wdi.worldbank.org/table/2.9#>
- World Health Organization (WHO). (2003). *Investing in Mental Health*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)
- WHO. (2007). *Raising awareness of stress at work in developing countries. A modern hazard in a traditional working environment*. Recuperado de: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/raisingawarenessofstress](http://www.who.int/occupational_health/publications/raisingawarenessofstress)
- WHO. (2015). *The top causes of death*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en>

