

¿SALUD O TRABAJO? UNA FALSA ALTERNATIVA¹

SAÚDE OU TRABALHO? UMA FALSA ALTERNATIVA

Jorge Pickenhayn²

picken@infovia.com.ar

RESUMEN

Se sitúa erróneamente a la salud y el trabajo como parte de una oposición dialéctica. En las antípodas, la pobreza representa la expresión negativa. Esta fórmula, instalada por las empresas a través de los medios de difusión masiva parece buena, pero contiene una falacia inicial que es necesario analizar y que consiste en tratar en un mismo pie de igualdad a los dos conceptos. El trabajo no es un fin en sí mismo. La salud, sí. La incorporación del ambiente para completar una tríada, permite revisar sus vínculos desde la filosofía, la moral y la política. En la búsqueda de los aspectos prácticos que salud, ambiente y trabajo generan en su intersección se proponen algunos apotegmas de uso popular. Finalmente se considera la utilidad del estudio de años potencialmente perdidos (APVP, QUALY y DALY) por muertes prematuras y discapacidad generadas en el trabajo para retomar en las conclusiones una exposición de los conflictos y sus alternativas reales.

RESUMO

Situa-se erroneamente a saúde e o trabalho como parte de uma oposição dialética. Nas antípodas, a pobreza representa a expressão negativa. Esta fórmula, instalada pelas empresas através dos meios de difusão massiva parece boa, mas, contém uma falácia inicial que torna-se necessário analisar e que consiste em tratar em pé de igualdade os dois conceitos. O trabalho não é um fim em si mesmo. A saúde sim. A incorporação do ambiente para completar uma tríade, permite revisar seus vínculos desde a filosofia, a moral e a política. Na busca dos aspectos práticos que saúde, ambiente e trabalho geram em sua interseção se propõe algumas máximas de uso popular. Finalmente considera-se a utilidade do estudo de anos potencialmente perdidos (APVP, QUALY e DALY), por mortes prematuras e incapacidades geradas no trabalho para retomar as conclusões de uma exposição dos conflitos e suas reais alternativas.

¹ O presente artigo é resultado da participação do professor Jorge Pickenhayn durante o I Seminário Questões do Trabalho, ambientais e da Saúde do Trabalhador, realizado no ano de 2013 na Faculdade de Ciência e Tecnologia – Universidade Estadual Paulista (FCT/UNESP), campus de Presidente Prudente, evento que foi organizado pelo coletivo de pesquisadores do Centro de Estudos sobre Trabalho Ambiente e Saúde (CETAS).

² Universidad Nacional de San Juan (Argentina).

UNA FALSA OPOSICIÓN DIALÉCTICA

Salud y trabajo. Dos conceptos tan antiguos como el hombre mismo que se entrelazan con la historia en múltiples intersecciones. Algunas son lejanas en el tiempo; otras tan próximas que comparten nuestro espacio cotidiano. El propósito del presente escrito será el abordaje de esta relación desde una mirada de la geografía de la salud. Y esto se justifica en tanto todas estas intersecciones se manifiestan en realidades ambientales definidas, se localizan y conectan en una trama espacial concreta y, a la vez, dinámica.

El paisaje es un conjunto de informaciones situadas en el que la historia imprime el paso de cada hombre, cada comunidad, cada fenómeno. Con ellos van quedando los rastros de estos dos factores –salud y trabajo– que, desde diferentes ángulos, representan una parte vital de la existencia.

Para comenzar resulta importante romper con una idea que adquirió peso de axioma y que asigna a la salud y el trabajo una condición económica que descarta el plano de lo querido, lo deseado, lo apreciado por las personas. Dicho de otra manera, salud y trabajo son presentados como bienes, temporal y espacialmente verificados en el contexto de la civilización. Hay una evidencia que esta igualación no toma en cuenta: mientras que la salud es claramente un bien, el trabajo, en cambio, es un medio.

A menudo se los ha tratado como parte de una oposición dialéctica. Si hay trabajo, hay salud, lo que los sitúa erróneamente en las antípodas de la pobreza. Entendemos que esto no es así. La visión de un *mundo feliz* nos pone en el escenario aparente de aquellos que se sienten realizados en el plano productivo –porque están insertos en la vida laboral– y protegidos en su condición existencial –porque su cuerpo, su espíritu y su capacidad de relacionarse con el entorno están sanos y en plena capacidad para el ejercicio de sus atributos.

La primera prueba para desarmar este argumento sería recurrir al absurdo: hay muchos discapacitados, muchos enfermos crónicos muchos accidentados que continúan tolerando viejas lesiones y que, a pesar de ello, sienten y viven positivamente la salud. Inversamente, la posesión de un contrato de trabajo, lejos de asegurar la calidad de vida, puede ser un factor desfavorable, contrario a los parámetros mínimos del bienestar.

Un peligroso encadenamiento lógico enlaza a los dos términos: parte de la hipótesis de que la desocupación genera pobreza; que ésta se vincula directamente con los peligros del desamparo y el hambre; que con ellos se hace presente la vulnerabilidad, tanto

individual como social, y que, por último, esta vulnerabilidad impacta directamente en la salud.

Inversamente, podríamos decir, la ocupación trae salarios; en consecuencia permite que las personas satisfagan sus necesidades; desaparecen así el hambre y el desamparo; disminuye la vulnerabilidad y, finalmente, la población se torna más saludable.

Al viejo apotegma romano de *pan y cirvo*, le contraponemos uno nuevo, más acorde con nuestro tiempo: *salud y trabajo para el pueblo*.

Como fórmula, es bastante buena, pero contiene una falacia inicial que es necesario analizar y que consiste en tratar en un mismo pie de igualdad a los dos conceptos. El trabajo no es un fin en sí mismo. La salud, sí.

El trabajo adquirió un prestigio considerable desde la aparición de la burguesía medieval en tanto tuvo un carácter emancipatorio respecto de la nobleza y sus instrumentos de dominio. Pero no es un bien (cosa que sí es la salud). En cualquier oposición dialéctica es necesario contraponer elementos compatibles (dominadores/oprimidos, o capitalistas/proletarios). En el caso de la salud y el trabajo, no se cumple el principio básico de la lucha y oposición de contrarios universales. Es precisamente de estas oposiciones –consideremos, por ejemplo, dos fenómenos incompatibles como el bien y el mal– que surge la idea de que la aparente exclusión mutua no es tal. En una canoa, la acción del remo sobre el agua produce una reacción inversa que, lejos de anular el proceso, lo unifica: en definitiva, el resultado esperado es que el remero, provocador de la acción, se beneficie con la reacción que consiste en el traslado de la unidad canoa–remo–hombre. Esta pequeña digresión pretende explicar las razones por las que entendemos que salud y trabajo no representan un par dialéctico.

Para Hegel, el trabajo es expresión y continuidad de la obediencia al amo, quien mediatiza en el servicio prestado por otros una conciencia que es para sí (Hegel, 1978/1807: 117 *et passim*). No hay aquí una visión idílica respecto del cumplimiento de algún objetivo moral. Sólo tiene un valor positivo en la medida que supone rendimiento y utilidad para transformar la materia. Astrada, interpretando esta argumentación de Hegel, le atribuye la opinión de que el “*trabajo es instinto*”, relación dialéctica entre naturaleza e historia, un proceso que revela, en última instancia, una esencia de la salud del espíritu. (Astrada, 19: 34/5).

Marx va mucho más lejos, en tanto el trabajo es visto por él como la relación alienada entre el capitalista y el obrero. En esa apropiación ilícita está presente el sacrificio de aquello que representa el bien máspreciado del hombre: casualmente, la salud. Pueden

hallarse infinidad de pasajes en su obra, a menudo complementados con citas a otros autores o a informes, que destacan los peligros del trabajo excesivo, tanto en tiempo como en esfuerzo, aplicado a niños o ancianos, mal remunerado o carente de condiciones mínimas de salubridad.

Observemos algunas citas que ponen de manifiesto esta posición:

Más de doce horas de trabajo tienden a minar la salud del obrero, provocan la vejez y la muerte prematura y causan, por tanto, el infortunio de las familias obreras, a las que se priva de los cuidados y del apoyo del cabeza de familia precisamente cuando más lo necesitan (MARX, 1867/1946, p. 196).

Una jornada larga de trabajo es, por lo visto, la clave del secreto del procedimiento sano racional por el que puede elevarse el nivel de vida del obrero mediante el mejoramiento de sus capacidades espirituales y morales y convertirlo en un consumidor racional. Para convertirse en un consumidor racional de las mercancías de los capitalistas tiene que empezar sobre todo –pero, desgraciadamente, los demagogos se lo impiden– por permitir que su propio capitalista consuma de un modo irracional y atentatorio para la salud del obrero, su propia fuerza de trabajo (MARX, 1885/1946, p. 458).

Es [la] concentración en masa dentro del mismo taller la que, de una parte, es fuente de creciente ganancia para el capitalista, y al mismo tiempo, si no se compensa tanto mediante la reducción de la jornada de trabajo como con medidas especiales de precaución, causa del derroche de la vida y la salud de los obreros (MARX, 1894/1946: 104).

No hay que olvidar que los fenómenos denunciados por Marx responden a la época victoriana. Victoria tuvo a su cargo el reinado más extenso de la historia británica: desde 1837 a 1901, es decir, 64 años. En ese tiempo Inglaterra pasó de un estadio agrícola a otro industrial, lo que modificó radicalmente las características del trabajo y, por ende, las condiciones de explotación capitalista. Por otro lado, sin embargo, hay que tener en cuenta que en este mismo lapso se recibió el impacto de fuertes epidemias como las de cólera, tifus y viruela y hubo graves crisis que afectaron a los más desprotegidos en aspectos críticos como la mortalidad infantil y el hambre.

Desde el comienzo de aquella revolución hasta el presente hubo un cambio significativo en la salud, proyectado hacia todo el planeta, que ha dado en llamarse *transición epidemiológica* y que registra sensibles modificaciones en la esperanza de vida, la mortalidad infantil, la morbilidad y las causas de muerte de la gente. (Omran, 1971: 511 *et passim*)

Hay en la variación de estos parámetros un fuerte vínculo que los asocia con las expectativas laborales y con el entorno en que se desenvuelven. Con un ligero retraso se produjo en el mundo entero –en algunos países antes que en otros– un proceso de

urbanización que transformó los géneros de vida en función de los espacios de atracción generados, principalmente, por las mejores ofertas de trabajo. Éste es el escenario en que se desenvuelve el drama de la producción (y el trabajo que la moviliza) el consumo (como satisfacción de necesidades) y la distribución (movilidad de los recursos en el espacio). La ciudad actual, un entorno clave para el proceso enunciado, define las características *standard* para un modelo de persona y también de relación social en el que la salud se resignifica y que, al hacerlo, también replantea sus relaciones con el ambiente y el trabajo.

ÉTICA DE LA SALUD, DEL TRABAJO Y DEL AMBIENTE

Es muy difícil establecer una plataforma ética que contenga las relaciones entre salud y trabajo. Quizá tanto como fundar una ética ambiental. La primera operación consistirá en aislar los aspectos vinculados al pensamiento humano que tienen la salud, el trabajo y el ambiente. En la salud la vertiente principal es biológica, en el trabajo, económica y en el ambiente, geográfica. Es absurdo remitir una hepatitis, un martillo o un territorio a sus respectivas *éticas* porque no se trata de objetos asociables con la moral humana. Trataremos de demostrar, sin embargo, que es posible –y más aún, necesario– proyectar estos fenómenos, directamente asociados con el quehacer de las personas –esto es, la cultura– hacia el plano deontológico.

Si bien las palabras *moral* y *ética* tienen un significado etimológico similar (*ethos* en griego y *mos/mores/moralis* en latín podrían traducirse como “*costumbre/s*”) la primera tiene una estrecha relación con la idea práctica de buscar criterios y aplicar valores para orientar el comportamiento, en tanto que *ética* es la discusión reflexiva acerca de los principios y normas que dan fundamento a la moral. Cuando estos problemas se llevan al campo profesional aparece la *deontología*.

Los clásicos griegos hicieron un primer aporte en relación con el sentido de la ética. Platón entendía que la base de la ética es la virtud que nos ayuda a alcanzar la felicidad a través del conocimiento.

La *Ética a Nicómaco* de Aristóteles avanza en esta idea al sostener que en la realización propia del hombre –en sus actos y en las razones que los sustentan– está esa finalidad.

Retomando nuestra tríada, salud trabajo y ambiente son piedras angulares para la cultura y las relaciones sociales, en tanto mueven la conducta humana en un contexto

individual pero también el plano de la realización colectiva. Como movilizadores de esta finalidad aristotélica están directamente condicionadas por la moral como instrumento de aplicación práctica de la ética.

En la filosofía clásica hay un gran movilizador de los actos humanos que es la *razón*. Sin embargo, el *deseo* presenta un fuerte dilema entre lo justo y lo que satisface. Entre estos dos polos se sitúa el *thymós* (en griego, θυμός), esa parte del alma que algunas veces se traduce como el *ansia de prevalecer*, otras como el *ánimo*, el *entusiasmo*, y otras como el *enojo porque no se reconocen los valores propios*.

Platón le hace decir a Sócrates que además de la parte del alma que es racional (la que reflexiona) y la que llama concupiscible (la que desea) está aquella que podríamos llamar *thymós*, que es irascible y busca la síntesis de las otras dos. Así concluye el argumento –dirigido a Glaucón en la *República* (Libro VII, § 443, c-d):

(...) la justicia (...) no se limita a las acciones externas del hombre sino que se aplica también a la acción interior del hombre sobre sí mismo y los principios que hay en él sin permitir que ninguna de las tres partes de su alma haga cosa alguna que le sea extraña ni se inmiscuya en sus funciones recíprocas, estableciendo, por el contrario, un orden verdadero en su interior, induciéndolo a gobernarse, a disciplinarse, y a ser amigo de sí mismo, de forma que armonice las tres partes de su alma (PLATÓN, Ca. –380/1966, p. 274).

En la trilogía que marcan las capacidades del alma –la lógica, los apetitos y el espíritu– el “estar dentro de sí” y las “acciones externas” están fuertemente influidos por tres condicionantes que tienen un *afuera* pero se proyectan *dentro* para regresar al exterior, socializados: son el ambiente, la salud y el trabajo. Este regreso se fundamenta en una ética y se proyecta en una moral.

El enlace de estas tres miradas responde a una ética de fuerte incumbencia para los geógrafos.

LA SALUD EN EL TRABAJO

Una especialidad como la *geografía de la salud en el trabajo*, contiene muchos desafíos. El primero es filosófico y acaba de ser desarrollado en párrafos precedentes: es necesario fundar una base que sostenga la plataforma legítima desde donde se habrá de argumentar. Pero alcanzado este punto es necesario avanzar en cuestiones prácticas.

Los lugares donde se desenvuelven actividades humanas se inscriben en ambientes que propician distintas labores con sus respectivos riesgos. Esta exposición del trabajo genera múltiples efectos que, positiva o negativamente, están reñidos con la salud.

Entre los positivos están la posibilidad de lograr remuneraciones que permitan el sustento y la satisfacción de necesidades y aspiraciones personales y para el grupo más cercano de afectos (*deseo y reflexión*); también la valoración social y un posicionamiento dentro de la comunidad (*thymós*).

Entre los negativos, la gama es amplia, aunque puede resumirse con la idea del sacrificio total o parcial de la salud. En primer lugar por el desgaste físico o psíquico, pero también por la posibilidad de tener contagios o accidentes o de padecer efectos sociales como la segregación o la explotación.

Todos estos procesos se manifiestan en el espacio y son objeto de la preocupación de los geógrafos de la salud.

El trabajo es libertad pero también sacrificio. No sorprende que algunas de estas actividades se entrecrucen cuando se refieren a la salud y los lugares. La organización *Médicos sin Fronteras*³ es un ejemplo interesante: es trabajo para la salud, pero vinculado a aquellos territorios –las fronteras– en donde las condiciones de supervivencia sugieren un compromiso ético diferente.

La incorporación del trabajo como fuerza esencial del proceso de industrialización movilizó dos claves históricas: en el campo del trabajo, la consolidación del movimiento sindical; en el de la salud, el sanitarismo y la visión microbiana.

Esto trajo como resultado un aumento paulatino de la preocupación social por la salud laboral y su incidencia bajo distintas condiciones ambientales. En el presente estos aspectos movilizan profesiones de alta especialización, provenientes de la medicina, el derecho y otras ciencias sociales.

APOTEGMAS ASOCIADOS

Estos planteos teóricos no son suficientes para comprender el vínculo entre salud, ambiente y trabajo. Trataremos de hacerlo más visible desarrollando algunos apotegmas que son de uso popular y que aclaran algunas facetas que es importante tomar en cuenta.

³ *Médicos sin Fronteras* es una organización humanitaria internacional de acción médica que asiste a poblaciones en situación precaria, a víctimas de catástrofes de origen natural o humano, de pandemias y epidemias y de conflictos armados, sin discriminación por raza, religión o ideología política. (<http://www.msf.org.ar>)

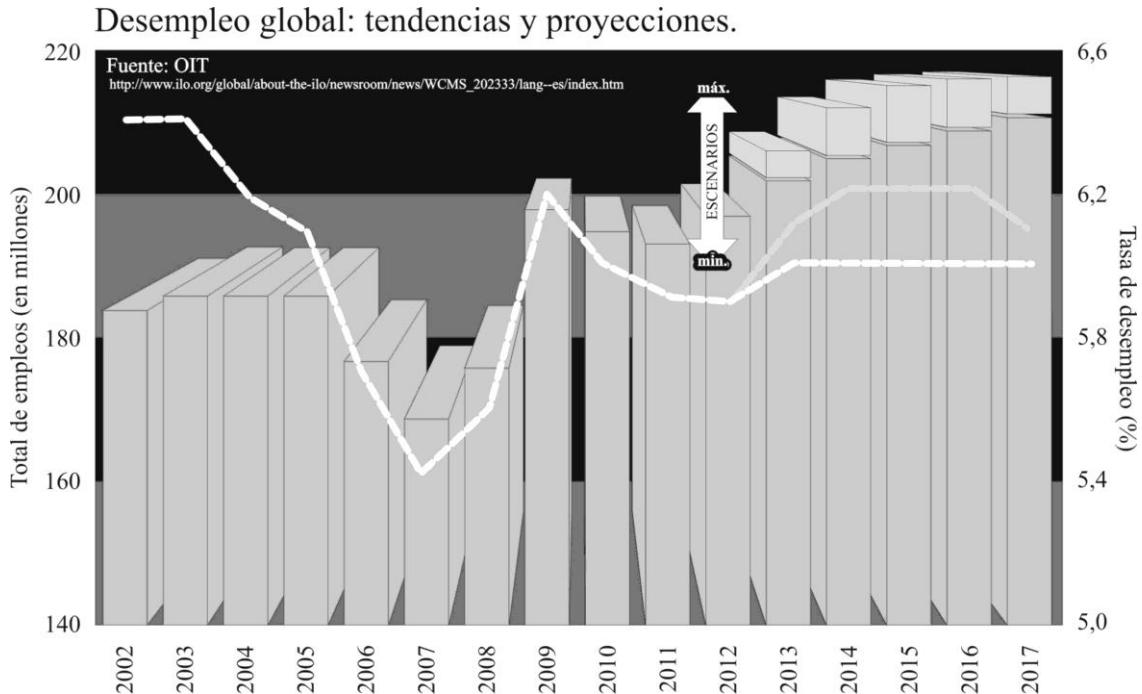
La salud no se vende. El conflicto más acuciante del presente radica en la constante puja entre aquellos negocios que dañan al ambiente y los intereses de la población que vive allí y cuya salud se ve directamente afectada por ese impacto. Se trata de un enfrentamiento de unos pocos (adjudicatarios del recurso, dueños de los bienes de producción y, en última instancia, poseedores de la iniciativa empresarial) contra muchos (aquellos que tienen por morada al espacio afectado). Esta ecuación se inclina a favor de los que detentan el poder. La moneda de cambio para acallar el conflicto suele ser el trabajo.

La compra disimulada de voluntades tiene efectos a corto plazo, pero con el correr del tiempo se desnudan los problemas. Por lo general esto ocurre demasiado tarde, cuando los efectos en la salud de la población ya se han instalado y resultan irreversibles. Esta condición efímera –en la escala histórica– pone a las empresas en la tentación de romper con muchas generaciones de actitud constructiva para destruir en meses la relación que la humanidad había entablado con el ambiente en siglos. Nótese que es el trabajo el que incide en los dos casos: en un extremo se encuentra el trabajo armónico con que los hombres producen para consumir, pero sin afectar la sustentabilidad del ecosistema en el que se insertan; en el otro, el trabajo adquiere la condición de *mano de obra*, y se comporta como una mercancía más que es manipulada para extraer el máximo provecho del ambiente hasta liquidar el ecosistema. Como consecuencia de este último proceso la salud se resiente ¿...y cómo reacciona la tecnología?: asumiéndolo como un costo operativo, como *externalidad*, como le llaman los economistas, o renovando planteles de trabajadores a medida que el ambiente laboral va perjudicando su salud. El progreso empresarial se va cobrando víctimas que indemniza cuando se hacen presentes los efectos. A este camino de reembolsos –siempre amparado por las aseguradoras– es a lo que Ward y Dubos denominan “*la baba del caracol*” (1972: 117).

La desocupación es una enfermedad. La historia del trabajo podría equipararse con otra historia, paralela, que es la de la desocupación. Sus efectos se hicieron notar especialmente con el impacto de la Revolución Industrial y tuvieron particular significación después de la Primera Guerra Mundial en la crisis de *Wall Street* en 1929.

Según la Organización Internacional del Trabajo la desocupación subió del 2012 al 2013 de 192,8 a 197 millones, lo que representa un crecimiento del 2,2 % para todos los desempleados del planeta en apenas un año. Esto lleva la tasa de desempleo global (porcentaje de desempleados respecto de la población económicamente activa) al 5,9 % y se pronostica que la situación que la originó –la crisis financiera mundial– la hará crecer aún más en el quinquenio 2013/2018. Estarán particularmente afectados los jóvenes y aquellos

que no tengan capacitación laboral específica. En cuanto a la situación de América del Sur, las medidas contra-cíclicas que comenzaron a aplicarse en varios países (a favor de la industrialización y del desarrollo con inclusión social) generan un impacto positivo en la población.



En este drama hay muchos aspectos indirectamente ligados con la salud. Como señalamos al comienzo, no es correcto poner en extremos dialécticamente opuestos a la desocupación con la salud. Ello no implica que se desconozca la influencia del trabajo en el presupuesto familiar, el seguro al desamparo, la contención del carenciado y el acceso al servicio social. Pero además hay aspectos *directamente ligados con la salud*. La mejor evidencia es la imagen –lamentablemente cotidiana, especialmente en gran parte de los países de Europa, Asia y África– de personas haciendo fila para ofrecer su capacidad de trabajo, o la noticia repetida de suicidios ocurridos por la pérdida de estado laboral.

¡A mí no me va a ocurrir! Esta frase no admite argumentos: refleja apenas una ilusión; una esperanza poco piadosa que echa raíces en la actitud de quien espera salvarse del holocausto mientras los problemas pasan a su lado, sin tocarlo. Además de ser egoísta, esta esperanza tiene poco sustento. Cuando el ambiente se lesiona por efectos de las acciones del hombre, es común que haya un camino de retorno, en perjuicio de la salud humana. Esta trayectoria de *boomerang* no siempre es reconocida como un peligro y se subestiman los efectos colaterales con el argumento mediático de que *si no se diese trabajo a la población los problemas serían más graves*. Son, en definitiva, dos falacias acumuladas: la primera

podría caracterizarse como pecado de omnipotencia (*no a mi*); la segunda, como pecado de modestia (*no es para tanto*). Este problema es característico en establecimientos cuyo accionar generan impacto ambiental severo pero que, paradójicamente, dan oportunidades de trabajo.

La opinión pública en Uruguay fue alentada con argumentos de este tipo cuando se impuso la instalación de la pastera UPM, planta de celulosa entonces llamada Botnia. Tomó estado público como un conflicto entre dos naciones, ya que ambientalistas argentinos promovieron cortes del paso internacional de Puerto Unzué que duraron, con interrupciones, casi cuatro años. Hoy, cuando ya disminuyó la protesta, se anuncia la apertura de industrias similares en Colonia y Cerro Largo, en la misma orilla del Uruguay–Plata. Paralelamente aparecen casos de muerte fetal en el hospital de Fray Bentos que preocupan a la Dirección Departamental de Salud de Río Negro. En sólo dos meses hubo cinco decesos, cuando el promedio histórico es de uno o dos por año. Pocas semanas después se denunciaron cuatro muertes similares en apenas diez días en el hospital de Melo (El País, 2013).

Los profesionales de la salud trabajan para las empresas. Hay una parte del juramento hipocrático que preserva la integridad del paciente. Da su palabra el médico que *no llevará otro objetivo que el bien de los enfermos*, pero se compromete asimismo a mantener en secreto “*aquello que jamás deba trascender*” (Hipócrates, Ca. 400 a.C./1995: 12).

Estas seguridades entran en conflicto con una realidad preocupante. Hoy es la empresa la que contrata al profesional de la salud. Primero, para seleccionar a sus operarios, más tarde para fiscalizar ausencias o limitaciones del personal por enfermedad o discapacidad y finalmente para constatar su eventual separación por incapacidad física o mental. El trabajador tiene a menudo atención médica provista por la misma empresa, lo que significa que quienes la ejercen dependen del mismo empleador. De aquí al conflicto de intereses hay un paso. A menudo estas prestaciones requieren la ruptura del secreto hipocrático, disfrazado por la protección a otros trabajadores (por ejemplo cuando se detectan patologías infecciosas). En estos casos cabe preguntarse si el médico vela por la salud del conjunto de los trabajadores (evitando contagios), por evitar indemnizaciones o por ambas cosas.

Finalmente, es difícil distinguir entre los roles de devolver o prevenir la salud y los de evitar el ausentismo laboral, actuando como árbitro de lo que el empleado siente o tiene y lo que *dice* que tiene.

Este conflicto puede proyectarse a los profesionales de la seguridad, quienes, por su especialidad, también tienen la misión de preservar la salud del personal. Ellos están a cargo del control del ambiente de trabajo y el ejercicio de la micro-geografía de la fábrica o la oficina.

Bien de muchos, sacrificio de pocos. En esta frase pretendemos resumir una idea preocupante: ¿es lícito sacrificar a *algunos* si lo que se pretende es beneficiar a *muchos*? Adelantamos la respuesta, antes de desarrollar el problema. No es lícito si la palabra “*algunos*” se refiere a *personas*. Si hubiera una moral que respaldase una conducta así, se podría utilizar gente para probar medicamentos como conejillos de India o *sacrificar* un enfermo para evitar un brote epidémico.

En el caso de la minería de alto impacto se presentan situaciones que se acercan peligrosamente a este razonamiento lógico. Utilizaremos como ejemplo, en este tema, el trabajo de extracción de oro a cielo abierto con el uso de procesos de lixiviación en los que se aplica cianuro. Estas prácticas motivaron manifestaciones de rechazo en muchos lugares. En San Carlos de Bariloche, como reacción a la inminente instalación de uno de estos emprendimientos, se produjo un informe que contribuyó a evitarlo. Allí, desde la Pastoral Social local, se destacan los conflictos de este tipo de explotación en países americanos – Estados Unidos, Costa Rica, Honduras, Guyana, Argentina, Bolivia, Perú, Chile y Venezuela– así como en otros continentes –Ghana, Tanzania, República de Sudáfrica, España, Rumania, Australia, Nueva Guinea, Indonesia y Laos–. El pretexto repetido fue la necesidad de dar trabajo a muchos, generar regalías que favorezcan la redistribución y, en definitiva la disminución de la pobreza. Pero... ¿a qué costo?

Entre los argumentos utilizados por la comunidad de Bariloche, en Río Negro, liderada por su iglesia (que de todas maneras no sirvieron para evitar la minería del oro a cielo abierto en otras provincias argentinas, como San Juan) se destaca lo que sigue:

Puede decirse que en general no hay mucha cultura preventiva y ambiental en la población y en las autoridades de los países subdesarrollados; esta característica ha hecho que muchas veces las compañías mineras a lo largo de la historia se aprovecharan de estas debilidades para no aplicar tecnologías y métodos de mitigación de los impactos ambientales de sus actividades en esos países (PASTORAL SOCIAL, 2004, p. 217)

Los controles afectan el secreto industrial. La mayoría de los estados del mundo en que se desarrollan políticas liberales, han consolidado, en las últimas tres décadas, reglamentaciones que promueven el secreto industrial. Estos derechos que

pretenden consolidar la competitividad de las empresas suelen ponerse como escudo para evitar la inspección de los ambientes de trabajo con la suficiente rapidez para asegurar el cumplimiento de normas sanitarias vigentes en los lugares de trabajo.

Resulta evidente que los problemas que afectan la salubridad de los ambientes de trabajo no interfieren en la posible fuga de información de datos vitales de una empresa. Sin embargo, hay una zona gris intermedia que es utilizada aviesamente desde dos perspectivas: por un lado se realiza espionaje con el pretexto de revisar aspectos ambientales y médicos que afectan la salud del trabajador; inversamente se aduce que el secreto industrial está en riesgo para interferir la tarea de promoción, prevención y atención de la salud en los lugares de trabajo.

Uno de los aspectos delicados, en este contexto, es la posibilidad de realizar inspecciones sin previo aviso. El requisito de anunciar con anticipación la visita de personal médico es exigido a menudo no para amparar proyectos que exigen reserva sino para “*invisibilizar*” defectos en las instalaciones o el régimen de trabajo que afectan las condiciones de salud del personal.

Screening ¿beneficio para los trabajadores? El término *screening* (en inglés, *tamizado*) tiene uso técnico en dos disciplinas. Los epidemiólogos aplican este anglicismo para referirse a todas las estrategias que usan para detectar, en una población, enfermos en etapa pre-sintomática. Los estadísticos lo usan, en sus trabajos referidos a sociología laboral y economía, para seleccionar personas más por *lo que no tienen* que por *lo que tienen*. Las agencias de personal realizan procedimientos de *screening* detectando patologías para prevenirse, por ejemplo de las potenciales ausencias de sus empleados (un ejemplo típico en América Latina se da con los enfermos de chagas).

Aparentemente, la búsqueda de información actualizada del personal, antes del alta y durante la vigencia de su contrato, pretende asegurar la correcta inserción y evitar las posibilidades de difusión de un eventual problema de salud entre otros trabajadores. Este aspecto, aparentemente favorable al personal, encubre varios problemas: el riesgo de desocupación de personas afectadas por enfermedades o discapacidades, la posibilidad de discriminación y hasta la segregación de personas por vulnerabilidades genéticas, degenerativas y crónicas. Es legítimo constatar la idoneidad como requisito para realizar un contrato de trabajo, pero no lo es si lo que se busca es la captación de individuos especialmente fuertes para resistir factores de contaminación ambiental, choques emocionales o posibilidades de recibir agresiones físicas.

La población tiene derechos. Los derechos de las personas que trabajan en relación con la salud y el ambiente tienen larga tradición en la jurisprudencia. Todavía, en cambio, es muy endeble la legislación que protege a la población en general cuando el impacto ambiental generado por la industria afecta a quienes pasivamente comparten el espacio en el que este impacto se produce.

Estos derechos definen una trama de conflictos que comienzan por el hábitat pero que también están presentes en otros beneficios vinculados con el espacio, tales como el ocio, la posibilidad de transitar con libertad, de alimentarse sanamente, y hasta asegurar un legado ambiental para los hijos.

Aquí tiene un papel preponderante (aunque de ética dudosa) la propaganda. En Argentina es interesante observar el ejemplo de Río Turbio donde la población sale a manifestarse con pancartas que dicen: “*¡La usina es nuestro futuro!*”. Localizada en el extremo sur del país, esta pequeña localidad de 8.800 habitantes cuyo último siglo de historia (126 años) estuvo signado por el carbón, dependió económicamente del recurso. Las personas que allí viven provienen de otras localidades y trabajan en el circuito minero que posee una crisis estructural. Se está por terminar de construir allí una mega usina destinada a transformar el mineral en energía para incorporarla al anillo interconectado. Este emprendimiento –YCRT– tuvo lugar por la presión local que exige el mantenimiento de fuentes de trabajo en un sitio en el que son poco posibles otros emprendimientos. En torno a este problema se desencadenó un conjunto de operaciones mediáticas que manipulan las opiniones de los habitantes de esa cuenca y los confrontan con cuestiones políticas de la provincia (Santa Cruz) y el país entero, con intervención inclusive de organizaciones ambientalistas internacionales.

¿Los epidemiólogos me tranquilizan? La salud es un derecho, y como tal debe preservarse. En el ámbito laboral hay toda una geografía de riesgos que necesita de la atención de cuadros de epidemiólogos. Aquí se manifiesta un conflicto de intereses para la ciencia, en la medida en que actúa como árbitro entre las empresas y sus empleados. Es en este foro donde se “*analiza*” cuáles son los riesgos que pueden asumir los trabajadores para mantener un nivel productivo “*razonable*”. En las argumentaciones de los epidemiólogos se “*apoyan*” las leyes y reglamentos y “*sentencian*” los jueces en sus fallos. No es aventurado entonces, preguntarse si el papel de la epidemiología es realmente tranquilizador para quienes representan la mano de obra.

Cuando el estado no se hace cargo de la fiscalización de las cuestiones de salud propias de la actividad laboral quedan espacios vacíos que ponen a los investigadores en un

conflicto ético. En cuestiones biológico-médicas relacionadas con la toxicidad que puede afectar al trabajador se ha señalado:

Averiguada la nocividad de una sustancia o un procedimiento, ¿a quién y cómo comunicarlo? A veces se calla uno por conveniencia; otras veces, por lo incierto que caracteriza la investigación biológica; pero más a menudo en la investigación epidemiológica prevalece la tentación de querer 'proteger' a los trabajadores de preocupaciones no del todo controladas. ¿Hasta qué punto es ésta una coartada, impuesta por la desconfianza en la capacidad de los trabajadores de comprender y valorar los datos científicos? (BERLINGUER, 1996, p. 376)

PÉRDIDAS Y GANANCIAS

El estudio de años potenciales de vida perdidos –APVP– es muy valioso para el estudio de la salud en el trabajo (particularmente si tenemos en cuenta las muertes que producen las distintas patologías que se relacionan con la actividad laboral, el ambiente de trabajo o los efectos psicológicos que de ellos derivan). Las empresas de medicina prepaga y las aseguradoras calculan habitualmente las pérdidas y ganancias, primas y pólizas siguiendo metodologías como la medida de los años de vida ajustados por calidad –QALY– o por discapacidad –DALY– (FRUTOS GARCÍA y ROYO, 2006).

Los APVP representan la suma –a partir de los fallecidos de una población en un distrito o por determinada causa– de los restantes años que éstos habrían vivido si se hubiera cumplido la esperanza de vida, siendo esta última el promedio de años que puede vivir dicha población en un momento determinado de la historia. Esta medición permite incluir, en un cálculo integrado, la edad de las personas en función de los años que les resta vivir, si se toma como expectativa la esperanza de vida de ese capital humano. (Pickenhayn *et alii*, 2009)

El cálculo de los APVP consiste en sumar las defunciones en cada grupo de edad y multiplicar el resultado por los años que restan desde la edad central del grupo etario hasta la edad límite considerada, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$APVP = \sum_{i=l}^L [(L - i) \times d]$$

donde:

- * L es la edad límite superior establecida;
- * l es la edad límite inferior establecida;
- * i es la edad de la muerte, y
- * d es el número de defunciones a la edad i .

Estas mediciones pueden aplicarse a cualquier problema de salud. Sin embargo, tienen especial utilidad para evaluar situaciones derivadas de la relación entre ambiente, salud y trabajo.

Existe además otro problema que afecta este contexto y que no está directamente relacionado con la salud del agente. Se lo denomina “*efecto lazarillo*” y alude al tiempo y los cuidados que una persona (por lo general un pariente cercano) dedica al enfermo o discapacitado.

Hay jurisprudencia laboral clara para responder a la necesidad de atención de recién nacidos (licencias, subsidios); indirectamente, las jubilaciones y pensiones atienden el requerimiento económico generado por la clase pasiva. No hay, en cambio, formas efectivas de protección para quienes cuidan enfermos en forma permanente. La necesidad complementaria de responder a obligaciones laborales hace que el responsable del discapacitado tenga que contratar personal especializado en los lapsos de ausencia.

CONCLUSIONES

Las geografías del trabajo y de la salud hacen intersección en un campo concreto en el que resultan visibles aquellas situaciones que presentamos inicialmente en su enunciado teórico filosófico y que simplificamos posteriormente en los apotegmas de relación y algunos casos que los ejemplifican.

Los cambios recientes que el mundo registró por el aumento de la población urbana en comparación con la rural inducen a pensar en el trabajo con otras características a las de su perfil histórico. Una sociedad dominada por el comercio, el transporte y la industria ponen nuevos condicionamientos al tema que nos preocupa y éstos se hacen aún más complejos en una sociedad concebida en redes, totalmente informatizada.

Muchos problemas generados por el choque de las variables del trabajo y el ambiente (y que tienen incidencia directa en la salud) tienen formas de manifestación absolutamente nuevas. Entre los ejemplos más evidentes podríamos citar el traslado de empresas contaminantes desde los países ricos a los pobres, la instalación en estos últimos de fábricas que no necesitan mano de obra especializada y pagan salarios internacionales bajos, uso del trabajo informal con remuneraciones no registradas, rotación de mano de obra itinerante y distintas formas de explotación, especialmente infantil y de personas sin documentación migratoria.

La influencia que los medios masivos tienen sobre la opinión pública permite la manipulación de salud y trabajo como si se tratase de una opción imposible de romper (*si no hay trabajo, no hay salud*). Se encubren así numerosas alternativas que benefician a las empresas pero que en definitiva perjudican a la población y al personal eventualmente ocupado.

Nuevas oposiciones dialécticas se suman a las clásicas. Los conflictos así generados enfrentan a los trabajadores con los pobladores y, en el ámbito material, a la producción con el ambiente. Conceptos tradicionales como los de solidaridad y seguridad, comienzan a reflejar tensiones insolubles. Sin embargo, y en síntesis, el conflicto básico es el que contraponen las ideas de eficiencia y ética: ambas son metas, pero persiguen diferentes objetivos (en el primer caso es utilitario, en el segundo, moral).

El compromiso de las ciencias de la salud reúne las facetas utilitaria y moral en su búsqueda por mejorar las alternativas de desenvolvimiento de la dignidad humana en el campo común en el que interactúan el ambiente y el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Astrada, Carlos (1958) “*Marx y Hegel: trabajo y alienación en la ‘Fenomenología’ y en los ‘Manuscritos’*”, Buenos Aires, Siglo Veinte Ediciones.

Berlinguer, Giovanni (1996) “*Conflictos y orientaciones ético en la relación entre salud y trabajo*”. En *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 70, N° 4, julio-agosto, pp. 367 a 384

Diario *El País* (2013) Montevideo, ediciones digitales del 9 de mayo y 6 de julio <http://www.elpais.com.uy>

Frutos García José y Royo, Miguel –eds.– (2006). “*Salud pública y epidemiología*”. Madrid, Díaz de Santos, *Manuales de dirección médica y gestión clínica*.

Hegel, Georg Wilhelm Friedrich (1807/1978) “*Fenomenología del espíritu*”, México D. F., Fondo de Cultura Económica.

Hipócrates (Ca. 400 a.C./1995) “*Juramento Hipocrático y Tratados Médicos*”, Barcelona, Planeta-De Agostini, Serie *Los Clásicos*, 7.

Marx, Carlos (1867/1946) “*El capital. Crítica de la economía política*”, México D. F., Fondo de Cultura Económica, Tomo I, Serie de *Obras de Economía*.

Marx, Carlos (1885/1946) “*El capital. Crítica de la economía política*”, México D. F., Fondo de Cultura Económica, Tomo II, Serie de *Obras de Economía*.

Marx, Carlos (1894/1946) “*El capital. Crítica de la economía política*”, México D. F., Fondo de Cultura Económica, Tomo III, Serie de *Obras de Economía*.

Omran Abdel (1971) “*The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change*”. New York, Milbank Memorial Fund Quaterly, 49 (4), pp. 509 a 538

Pastoral Social (2004) “*La minería del oro a cielo abierto utilizando la lixiviación con cianuro*”, Departamento de de la Diócesis de San Carlos de Bariloche.
http://www.incasur.org/0nuevo/noticias/documentos/doc261_2.pdf

Platón (Ca. –380/1966) “*República*”, Buenos Aires, Eudeba, Serie *Los Fundamentales*.

Pickenhayn, Jorge –et alii– (2009) “*Años potenciales de vida perdidos. Su aplicación en la geografía de la salud en San Juan*” En *Contribuciones Científicas*, Gæa, Sociedad Argentina de Estudios Geográficos, Buenos Aires, Vol. 21, pp. 175 a 188.

Ward, Bárbara y Dubos, René (1972) “*Una sola Tierra*”, México D. F., Fondo de Cultura Económica.