

I. MARCO TEÓRICO

En el estudio del proceso salud-enfermedad, es la unidad hombre-naturaleza en la que podemos encontrar la esencia o causa del fenómeno. Siendo el hombre un ser objetivo, material que comparte las cualidades de la naturaleza, que no sólo es una realidad que circunda, sino que también lo constituye y que al transformarla se transforma él mismo, a través del trabajo como una actividad social conscientemente dirigida a un fin, en la que el hombre consume y desgasta su corporeidad y capacidad mental para satisfacer la necesidad de existir. (1)

CAPITALISMO-TRABAJO-SALUD

El trabajo como proceso histórico se ha ido modificando conforme se han buscado formas de obtener mayores ganancias y acumulación de poder por medio de la fuerza de trabajo y el consabido desgaste físico y mental, con las transformaciones del proceso laboral se explica la necesidad de incrementar incesantemente la producción del trabajo (fuente única de valor para el capital), quien primero tiene que controlar el proceso de trabajo para poder convertir la fuerza de trabajo, comprada por él en trabajo realizado, esto es, realizarlo como valor (2). Para lo cual requiere de un control, que se logra por formas cada vez más avanzadas de la división del trabajo que conlleva la separación entre la concepción y la ejecución del trabajo, la descalificación creciente del obrero con la apropiación de su saber hacer, desarrollando una tecnología que materializa el control de transferirse el conocimiento y la iniciativa obrera a la máquina (3). Además de ampliar la

base productiva desarrollando los instrumentos de trabajo. Así, los procesos laborales son la división y organización del trabajo y las características de la tecnología. (4)

El papel asignado a Latinoamérica en la actual división internacional del trabajo consiste en proveer mano de obra barata con receptores productivos y nocivos, con un crecimiento de relaciones laborales irregulares, expansión vertiginosa de economía informal y la incorporación masiva de mujeres y niños, lo que nos habla de ámbitos laborales sin regulación ni protección al trabajador. (5).

Al intentar desarrollar este planeamiento respecto a México se descubre que el trabajo como actividad concreta, como cotidianeidad del obrero, es esencialmente desconocido. Cada quien sabe lo que significa trabajar en su centro de trabajo, pero ignora las condiciones de los demás. Hay un desconocimiento social profundo respecto al mundo fabril, el cual tiene un significado importante, dado que no sólo en un lugar donde transcurre una parte de la vida del obrero, sino que es donde se concreta la explotación. (5)

La gran heterogeneidad de procesos laborales industriales presentes en México, expresa las soluciones particulares del capital al problema de la producción de plusvalía, con consecuencias concretas distintas para los obreros. Esto resalta en particular al cobrar cuerpo el conocimiento respecto al desgaste obrero, porque, bajo una u otra forma concreta, deja constancia incontrovertible de que el trabajo explotado desintegra física y psíquicamente al obrero. (6)

Reconocemos con relativa facilidad quién es el campesino, el obrero y el burgués, con una fisonomía de clase y hasta ocupacional; estas diferencias de clase se expresan así mismo en la duración distinta de la vida, la enfermedad y la muerte más frecuentes revelan diferencias biológicas entre las clases, hecho que nos obliga a apartarnos de una concepción de lo biológico como natural y ahistórico para abordarlo como social e histórico. (7)

MUJER Y TRABAJO

En la sociedad capitalista, la mujer ocupa un lugar secundario en las funciones productivas, por efectuarse una separación tajante entre el ámbito productivo y el doméstico. En la sociedad mexicana se añaden otros factores que la han agravado, como las de índole cultural y religioso. La baja valoración tradicional de la mujer, tanto en las sociedades prehispánicas como en la española, ha seguido influyendo en confinarla a las tareas del hogar y dificultarle el acceso a las oportunidades sociales, educativas y ocupacionales; cuando se admite en la vida económica, se relega a ocupaciones onerosas, manuales y mal remuneradas. (8)

En el caso de las mujeres trabajadoras que simultáneamente son amas de casa, madre, esposa, se mezclan estos momentos en la vida diaria y sus fronteras son casi imposibles de medir, ya que en los espacios llamados de reposición, realizan tareas de producción de bienes y servicios que las desgastan física y psíquicamente.

La mujer que trabaja en el sector formal, incluso en los niveles técnicos, tiene que subordinar cada vez más sus necesidades básicas a su condición laboral, como por ejemplo

los certificados de no embarazo como requisito para su contratación se han generalizado.

(7)

En la fuerza de trabajo comenzó a jugar un papel tibio primero, importante más tarde y pujante en la actualidad. Sin embargo, gran número de ellas continúan en la primera etapa, la de desarrollar actividades que realmente son una extensión de las labores domésticas. (8)

EL TRABAJO Y LA PROFESIÓN DE LA ENFERMERÍA

A las diversas profesiones relacionadas con la atención de la salud se le asignan valoraciones diferentes, según la manera como participan en el mantenimiento, restitución y reproducción de la fuerza de trabajo. En el caso de la enfermería, su actividad es femenina por excelencia, y desvalorizada por varias vías; primero porque se considera socialmente femenina, se visualiza como continuidad del trabajo doméstico, y segundo porque se considera como una subprofesión. La discriminación sexual propia de la tradición cultural del país, imprime a la profesión de enfermera un sello que se trasluce en todas sus relaciones sociales.

A la enfermera le corresponde desempeñar funciones manuales ejecutoras de órdenes dictadas por otros, indispensables pero complementarias en la atención a la salud. Esta situación es la que ha determinado la baja extracción social de las aspirantes a la carrera de enfermería.

Existen dos fuerzas que impiden las aspiraciones de ascenso social y superación cualitativa de la profesión; por un lado la presión del sistema de salud que requiere mantener el bajo costo de su mano de obra y la del gremio médico que sofoca una potencial competencia y pugna por mantener su dominación sobre la enfermera; esta subordinación implica una dependencia formal extraordinariamente rígida, que contradictoriamente en la práctica se invierte, haciendo que la profesión médica dependa en su ejercicio de enfermería. Esto se debe a la continuidad y amplitud de funciones, así como el carácter altamente especializado que ha ido adquiriendo la práctica médica y el contacto episódico que tienen con los pacientes.

La evolución histórica de la profesión de enfermería muestra que a lo largo del tiempo ha variado la amplitud de sus funciones, no sólo con su confrontación con los médicos, sino también por su interrelación con otras profesiones que intervienen en la atención de salud, como dietistas, terapeutas, psicólogos, administradores, etc. (9).

Toda vez que existe un modelo de salud curativo, más que promocional y preventivo, existe un importante número de personal de enfermería cautivo dentro de los hospitales laborando, con todos los riesgos a la salud que implican estas instituciones. (10)

TEORÍAS DEL TRABAJO-SALUD-ENFERMEDAD

Pero, ¿Cómo se dan los daños a la salud en el ámbito laboral desde el punto de vista social e histórico?

El proceso de trabajo es uno de los determinantes principales del proceso salud-enfermedad de las colectividades humanas, fundamentada en el reconocimiento de la historicidad o carácter social de la salud-enfermedad y en la recuperación del trabajador como un proceso social y técnico complejo y la relación entre ambos.

La concepción médica dominante los ve como procesos naturales y por tanto ahistóricos. La corriente darwiniana plantea que las formas históricas de la biología humana son la capacidad de responder con plasticidad ante sus condiciones específicas de desarrollo; esto ante procesos de adaptación que sin embargo se distinguen en dos aspectos medulares: 1).- no se trata de una adaptación que restablece un equilibrio inicial, sino que, produce una nueva condición corporal; 2).- estos procesos no son finalistas (o teleológicos) en el sentido de que ocurren para alcanzar un objetivo predeterminado, por ejemplo garantizar la sobrevivencia del organismo. En esencia, significan la transformación de los procesos biológicos y psíquicos con el desarrollo a la destrucción de capacidades y potencialidades. Los procesos biopsíquicos asumen formas históricamente específicas por las condiciones del desarrollo.

La teoría estructural funcionalista pretende explicar cualquier situación social de conflicto de una manera mecánica y unilineal, donde el equilibrio, la armonía es lo absoluto y el desequilibrio, el conflicto, el malestar, es lo relativo. Las relaciones entre los fenómenos y las diferentes partes del todo social se observan como relaciones sociales externas y casuales, no como nexos internos, necesarios y orgánicos.

El pensamiento positivista se ha filtrado en las instituciones oficiales y ha impregnado los programas de acción sin tratar de dar una explicación, partiendo de la esencia del fenómeno. Se trata de una imposibilidad teórica y práctica de dar cuenta de los hechos en forma objetiva. El no partir de la práctica productiva de las necesidades fundamentales del sistema, condena el pensamiento positivista a lo superficial y pragmático.

La teoría del materialismo histórico permite dar cuenta de los nexos internos y esenciales de los procesos sociales. El problema fundamental de la enfermedad es bajo el capitalismo, un problema de clase estructural. Para ello hay que determinar si existen diferencias cualitativas y cuantitativas entre las clases y cómo se expresan las condiciones generales de vida. (11)

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

El campo de la enfermedad es un concepto abierto que integra el proceso de trabajo como lo fundamental, la esfera de la reproducción de los grupos sociales y la esfera de las condiciones generales de vida, haciendo abstracción de los factores patógenos tanto sociales como biológicos que se combinan de forma específica para cada grupo social.

Así, el campo de la enfermedad incluiría factores comunes a todos los grupos sociales, pero también aspectos específicos, según el lugar que ocupa cada grupo social en la esfera reproductiva y la forma particular en que cada uno se reproduce. Conociendo las condiciones objetivas del proceso de trabajo, así como el modo de vida y sus condiciones

generales, se puede elaborar un perfil patológico para cada grupo social, reconociendo los factores que intervienen y la forma como se integran, elaborar un modelo de práctica médica que contrarreste los factores que influyen en el campo de la enfermedad. Se trata de no tener un pensamiento estático, unilateral y unilineal de la enfermedad, sino dentro de un contexto complejo de relaciones. Tendrá importancia ideológica política el saber cómo se representa el propio obrero su enfermedad, qué explicaciones elabora sobre su origen y el papel que juega su actividad productiva, el contacto con determinadas sustancias, el manejo de ciertos instrumentos, la intensidad del trabajo, etc. El papel que juega la empresa en la reconstitución de la fuerza de trabajo y cómo repercute si se tiene o no. Op. Cite.

La medicina del trabajo y la epidemiología ocupacional tradicional, plantean como problema básico explorar qué factores de riesgo generalmente físicos y químicos presentes en el ambiente de trabajo provocan daños específicos en la salud y a través de qué mecanismos, esto es si el factor de riesgo X genera la enfermedad Y, reduciendo el objeto de estudio a una relación abstracta sin determinaciones e historicidad entre la causa (los factores de riesgo) y el efecto (la enfermedad). De ahí que las acciones prácticas son eliminar o disminuir los factores de riesgo. De donde se desprende que esta corriente se sustenta sobre la concepción multicausal no estructurada e incluso la monocausal clásica con la idea que el trabajo tiene especificidad etiológica respecto al daño a la salud: la enfermedad clínicamente definida. Op. Cite.

CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD

Según estimaciones oficiales del Departamento del Trabajo de EEUU, Washington, D.C., 1970, las enfermedades y lesiones ocupacionales alcanzan una extensión asombrosa. Las cifras gubernamentales señalan que cada año mueren 14 mil personas por accidentes de trabajo y que más de 2.2 millones quedan incapacitados, ya sea temporal o definitivamente, como resultado de esos accidentes y de enfermedades ocupacionales, y estableció que cada año quedan sin contabilizarse por lo menos 25 millones de lesiones graves y de 8 a 10% de casos que no se comunican. Estas estadísticas están relacionadas con accidentes y con lesiones y no con enfermedades ocupacionales, que se desarrollan por la exposición prolongada al ruido, suciedad, calor o frío en las condiciones de trabajo y a diversos riesgos físicos o agentes químicos. Los cientos de miles de casos que se registran y son reconocidos son aquellos que se derivan de condiciones peligrosas e insalubres que la probabilidad que se desarrolle una enfermedad es obvia. Lo que no aparece en estas estadísticas son los millones de trabajadores que mueren prematuramente de una enfermedad común, como son las cardíacas, pulmonares o el cáncer, y una multitud de otros padecimientos que encuentran su causa o se agravan debido a las agresiones del ambiente laboral.

En los años setenta, industrialmente se usaban 15 mil agentes químicos, por la expansión tecnológica, se introducen más de 3,000 agentes químicos al año; las nuevas sustancias no van acompañadas de programas de higiene y seguridad que garanticen su uso

sin peligro. De éstos, son menos de 500 los que tienen valores de exposición legalmente establecidos. Op. Cite.

CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD EN LATINOAMÉRICA

En países latinoamericanos además de la persistencia de padecimientos típicamente considerados laborales (neumoconiosis, ciertas intoxicaciones, cánceres, dermatitis por solventes, etc.), se añaden un sinnúmero de padecimientos nuevos, tales como los trastornos psíquicos, las enfermedades psicosomáticas y la fatiga patológica, que están estrechamente vinculados con el trabajo. Éstos van en aumento progresivo y sin embargo, aún no se reconoce su origen en el proceso laboral. Se siguen tratando de ocultar en los ámbitos médico, legal y patronal, a pesar de su abrumadora presencia.

Tradicionalmente se ha considerado que la mayor parte de las enfermedades de trabajo aparecen después de un largo tiempo de exposición o de latencia. El tiempo de exposición necesario para la aparición de los daños a la salud en relación a la presencia de riesgos físicos y químicos es bastante corto, contrario a lo que sucede con la mayor parte de las enfermedades reconocidas como profesionales. Op. Cite.

El microambiente de trabajo tiene influencia directa sobre el estado de salud de los trabajadores e incluye aspectos físicos tales como las condiciones de iluminación, nivel de ruido, la temperatura, ventilación, etc.; factores químicos como el uso de solventes, desinfectantes, insecticidas, etc., factores que no actúan aisladamente, sino que agreden en conjunto la salud del trabajador.

CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD EN MÉXICO

Respecto a México resaltan dos hechos significativos: por un lado podemos ver que hay un incremento sostenido en la esperanza de vida, llegando ésta a 72.1 años en 1994, y por el otro que hay un cambio importante en las causas de muerte al disminuir las enfermedades infecciosas e incrementarse las crónico-degenerativas.

El escaso aumento en la esperanza de vida en las edades productivas no se puede atribuir sólo al hecho de que el control sobre la naturaleza pesa menos sobre la mortalidad de éstos, se explica mejor como el resultado de dos tendencias opuestas: la mencionada, que tiende a disminuir la mortalidad con el control de la naturaleza y otra derivada de los nuevos patrones de desgaste surgidos en los procesos laborales, que tiende a incrementarla.

Se registró entre 1955-1974 un aumento en la muerte por tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón y accidentes en hombres en edad productiva, mientras que hubo un decremento en la mortalidad por enfermedades infecciosas en ese grupo. Existe una relación estrecha entre los tumores malignos y el desgaste, entendido como el conjunto de deterioro biológico, patológico o no, en el proceso de producción ya que prácticamente en todos los casos cuando se conocen las causas del cáncer, son elementos químicos como el asbesto o las anilinas, o físicas como la radioactividad.

Las enfermedades isquémicas del corazón tienen una relación directa con el estrés, íntimamente ligado a la organización capitalista del trabajo. (12)

Recientemente se ha puesto énfasis en México sobre la salud en el trabajo. Las estadísticas sobre los riesgos de trabajo se empezaron a elaborar por el IMSS un poco antes de la década de los cincuentas, no obstante fue hasta 1976 en que se creó la jefatura de seguridad en el trabajo dentro de ese mismo organismo, dando mayor atención a los factores de riesgo. Por decreto presidencial, se planteó como objetivo programático el establecimiento de un sistema nacional de vigilancia epidemiológica basada en la previsión y control de accidentes y enfermedades (Diario Oficial de la Federación, órgano oficial de los Estados Unidos Mexicanos, febrero 7 de 1984). (13)

De 1976-1982 ha habido un ascenso considerable de riesgos con una variación porcentual de 35.3%. Los accidentes de trabajo con una media de 89.7%, accidentes en trayecto de 9.8% y enfermedades de trabajo 0.4%. Esto supondría que no existen enfermedades de trabajo en México, lejos que pudiera ser cierto dado el incremento de los factores de riesgo, queda un claro vacío de información y preocupa el subregistro y qué causas lo originan; categoría que tiene una explicación en un proceso que inicia en el trabajo y termina en la atención médica del seguro social. En el fondo se trata de crear menos responsabilidades financieras y sociales tanto para la empresa como para el IMSS, a costa de la propia salud de los trabajadores, ya que cada empresa mantiene una relación financiera con este instituto mediante el pago de una prima con base en la clasificación que éste le haya dado. Op. Cite.

MEDICINA SOCIAL Y SU RELACIÓN TRABAJO-SALUD

La Medicina Social cuestiona cómo el trabajo deteriora la salud bajo determinadas condiciones sociales y cómo se puede revertir ese deterioro, no en forma individual sino colectiva, y cómo habría que cambiar ese proceso de trabajo para impedirlo, por tanto, no aísla los factores de riesgo ni reduce la búsqueda del daño a una enfermedad específica, intenta comprender la relación trabajo-salud en forma integral y su complejidad. Estudia las cargas laborales y sus perfiles como de los daños, bajo esta concepción el trabajo no es reducido a un elemento mediador ambiental, lo percibe como una relación y proceso social, que se expresa en múltiples y complejas transformaciones en la salud negativa pero también positiva. (14)

¿Pero, qué pasa con la salud de la población femenina que trabaja?

La fuerza de trabajo femenina en los años cuarenta representaba el 7.4% de la población económicamente activa de México, para 1950 el 13.6%, en 1990 el 23.5%. Además, según datos de asegurados del IMSS, en 1985 ocupó el segundo lugar en el sector industrial (31.29%), el primer lugar se mantiene en servicios con el 58.32% lo que significa que más de 6 millones de mujeres realizan un trabajo remunerado.

El cambio de papel tradicional de la mujer, significa en un primer momento mejores condiciones de vida para la familia, un enriquecimiento de las relaciones

interpersonales y mayor autonomía. Pero al mismo tiempo complejiza sus actividades, pues tiene que combinar el trabajo remunerado y el doméstico. (15)

Los servicios de salud, las empresas y aún los sindicatos han dado poca importancia a la patología propia de las trabajadoras y son escasos los estudios que muestran su verdadera magnitud.

En México algunos estudiosos han abordado los problemas de la mezcla en la determinación compleja de clase y género; pero muy pocos intentan explicar desde esa perspectiva la salud de las trabajadoras.

Se destacan algunos enfoques al respecto, aquéllos que utilizan información general, haciendo deducciones de datos de la morbi-mortalidad de la fuerza de trabajo femenina.

En segundo término, los que explican algunas determinaciones centrándose en los aspectos relacionados con la reproducción biológica, especialmente los daños directos al embarazo generados en los procesos de trabajo, partiendo del enfoque de la medicina del trabajo (16). Referencia que hace Catalina Denmann en "Las repercusiones de la industria maquiladora de exportación en la salud: el peso al nacer de los hijos de las obreras en Nogales".

Un tercer grupo ha brindado mayores elementos respecto a la doble determinación, partiendo del análisis de exigencias, expectativas y de los aspectos más generales y abstractos de la organización laboral. (17)

Los estudios que abordan la salud laboral de las mujeres desde el análisis de procesos de producción y su influencia en la salud reproductiva parten de un esquema de daños directos, buscando agentes que se consideren riesgosos en el proceso laboral, tales como sustancias tóxicas, condiciones ambientales, ergonómicas o mecánicas, para relacionarlas la mayor parte de las veces con partos prematuros, bajo peso al nacer, abortos, problemas congénitos y desórdenes menstruales. (18)

Otro análisis de salud en el trabajo es la explicación del Modelo Obrero, el cual permite fortalecer las acciones sindicales de higiene y seguridad. Las trabajadoras pueden conocer sus problemas de salud, sus determinaciones y organizarse en función del mejoramiento de sus condiciones laborales (19). Este modelo de investigación sobre la salud de los trabajadores se ha utilizado en industrias tales como SICARTSA (1987), TELMEX, transportistas de la ruta 100 en México, D.F. y trabajadores del metro. Op Cite.

La exposición de la mujer a riesgos laborales no se limita al medio industrial, existen otros tipos de trabajo donde exponen por necesidades obvias su salud. Tal es el caso del personal femenino que labora en los hospitales, clínicas, unidades de apoyo diagnóstico, que se encuentran al cuidado de los enfermos. (20)