

LA SALUD OCUPACIONAL Y SU RESPUESTA HISTÓRICA A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES

OCCUPATIONAL HEALTH AND ITS HISTORICAL RESPONSE TO WORKERS' HEALTH NEEDS

Juan Manuel Arango Soler ¹
Yerson Alí Correa Moreno ²
Jairo Ernesto Luna García ³

RESUMEN

El presente ensayo busca hacer conciencia de algunos determinantes del devenir histórico de la salud ocupacional, donde más que exaltar unos hitos o destacar personajes icónicos, se procuró analizar cómo las condiciones económicas, políticas y sociales de cierta época llevaron a la configuración de respuestas específicas para abordar las problemáticas de salud de los trabajadores. En la óptica de comprender esta trayectoria, se exploraron antecedentes históricos del surgimiento de la preocupación por la salud de quienes trabajan, se ilustró la aparición de la salud ocupacional y de otros campos del conocimiento ligados con ésta, así como la consolidación que tuvo este libreto preventivo a lo largo del siglo XX en el marco del discurso keynesiano y socialdemócrata. Asimismo, se revisa la progresión que ha tenido la salud ocupacional en la era de la globalización, siendo un período que se ha acompañado de transformaciones en todas las esferas sociales, incluyendo el mundo del trabajo. Se plantea la pregunta de en qué medida la salud ocupacional ha podido responder a las necesidades de salud de los trabajadores alrededor del planeta o, más bien, si ha primado la búsqueda de la salud del Estado y del paradigma productivo. En consecuencia, se ponen en tensión los principios fundamentales de esta disciplina y las soluciones que ha otorgado a los problemas laborales, pensando que ha concebido la salud del trabajador como un asunto técnico de la ciencia neutra y dejado de lado la determinación social de fenómenos como la salud, la enfermedad y la ocupación.

Palabras clave: salud laboral, salud, trabajo, salud pública

ABSTRACT

This essay seeks to raise awareness of some determinants of the historical evolution of occupational health, where rather than exalting some milestones or highlighting iconic characters, the document attempted to analyze how the economic, political and social conditions of a certain period led to the configuration of specific responses to address the health problems of workers. In the perspective of understanding this trajectory, historical antecedents of the emergence of the concern for the health of those who work were explored, the appearance of occupational health and other fields of knowledge linked to it, as well as the consolidation that this preventive speech had throughout the twentieth century in the framework of Keynesian and social democratic discourse. Likewise, it's reviewed the progression of occupa-

tional health in the era of globalization, being a period that has been accompanied by transformations in all social spheres, including the world of work. The question raised is to what extent occupational health has been able to respond to the health needs of workers around the planet or, rather, if the search for state health and the productive paradigm has prevailed. Consequently, the paper discussed the fundamental principles of this discipline and the solutions that it has given to labor problems, thinking that it has conceived the worker's health as a technical matter of neutral science and neglected the social determination of phenomena such as health, disease and occupation.

Keywords: occupational health, health, work, public health

CONSIDERACIONES INICIALES SOBRE EL TRABAJO Y LA SALUD OCUPACIONAL

El trabajo, lo laboral, adquiere carácter fundamental en la vida de las personas, pero también en el devenir de las sociedades, erigiéndose como dinámica trascendental en la relación que establecen los seres y colectivos humanos con la naturaleza ⁽¹⁻³⁾, en el marco de una transformación recíproca en la que el sujeto es objetivado y los objetos naturales son humanizados. ⁽⁴⁾ La actividad laboral ha sido concebida históricamente como eje estructural de la evolución de la especie y pilar de la constitución del mundo humano, considerándose un determinante de la calidad de vida y la salud de las personas en cuanto puede favorecer un nivel de bienestar adecuado, pero también se muestra como un peligro que tiene el potencial de configurar enfermedades y accidentes cuando estas dinámicas productivas son efectuadas en escenarios insalubres. ⁽⁵⁻⁸⁾ En esa lógica, se entiende que se trata de una cuestión que trasciende el plano individual y se torna en preocupación social de los componentes de la comunidad productiva y de los Estados, al representar el conflicto entre capital y trabajo y el eje

¹ Candidato a Doctor en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0001-9514-0505>

² Candidato a Doctor en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-1046-8526>

³ Doctor en Salud Pública, Docente. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-0885-7223>

Correspondencia:

Juan Manuel Arango Soler
Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
E-mail: jmarangos@unal.edu.co

sobre el cual se cimientan las estrategias de progreso y desarrollo.

Ante esta inquietud por garantizar condiciones de salud para que los individuos puedan desarrollar sus labores sin poner en riesgo su salud, se han diseñado respuestas para atender a esta necesidad social, fórmulas que se relacionan con las características económicas, políticas, sociales e ideológicas de la sociedad y, aunque las han promocionado como avances en el estado de conocimiento y en la ciencia hegemónica que conservan un carácter aséptico, técnico y neutral, materializan discursos que originan que se hayan privilegiado ciertas soluciones por encima de otras. Entre tales propuestas destinadas a asumir el compromiso social de garantizar el bienestar de los trabajadores se encuentra la salud ocupacional, ante lo que resulta pertinente concentrarse sobre la definición tradicional que fue enunciada por el Comité Mixto de expertos conformado por miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y participantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al concebirse como disciplina que: “...se enfoca en la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; la prevención de daños a la salud causados por sus condiciones de trabajo; la ubicación y mantenimiento de trabajadores en un ambiente de trabajo adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas; y, para resumir, la adaptación del trabajo al hombre, y de cada hombre a su tarea”.⁽⁹⁾ Un campo de conocimiento que inicialmente se planteó desde la perspectiva del conocimiento médico (medicina del trabajo), en la intención de llevar desarrollos de las profesiones de la salud al entorno laboral, esperando con esta dinámica evitar que a los individuos les ocurrieran accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Una materia que hoy día se nutre de contribuciones esenciales de las disciplinas de la salud, el derecho, los adelantos de la arquitectura y la ingeniería, la práctica de expertos que ha posibilitado la generación e incorporación de teorizaciones, métodos y técnicas que aparecen, supuestamente, en la intención de identificar todas aquellas situaciones que pueden afectar el desempeño laboral de los trabajadores. Un esfuerzo multidisciplinar que resaltaría el valor de prevenir la aparición de contingencias laborales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) y no solamente reparar las consecuencias de las mismas cuando ocurren, pensando que la preocupación por la protección del trabajador no se restringía a las condiciones del entorno laboral, sino que existían otros factores que podían explicar las causas de las alteraciones en la salud y las prácticas que sería perentorio implementar para evitar esos incidentes.⁽¹⁰⁾

Ante los progresos y avances que ha tenido esta disciplina en el último siglo y el posicionamiento y prestigio que tiene su estudio en el mundo académico y en los escenarios laborales a lo largo del mundo, una cuestión

que sería conveniente preguntarse es hasta qué punto la salud ocupacional ha sido capaz de responder a las necesidades de salud de los trabajadores del planeta. Como refiere que alguna vez se esperaba que los progresos científicos y las soluciones ingenieriles, así como el seguimiento de este libreto por parte de las empresas, fueran medidas suficientes para atender la problemática social de las contingencias laborales.⁽¹¹⁾ No obstante, en la actualidad se reconoce el carácter complejo que involucra la consideración de estos riesgos laborales, siendo dinámicas que van de la mano de realidades políticas, económicas y sociales.

Y es que esta preocupación por la salud y seguridad de quienes trabajan no es un asunto de atención exclusiva de la ciencia, no es neutral, son muchas las pretensiones en juego al representar el conflicto entre capital y trabajo. Tener en cuenta que, en primera instancia, la salud no es únicamente una condición de ausencia de enfermedad que se garantiza a partir del acceso a servicios sanitarios, sino que es un proceso multidimensional determinado por lo social⁽¹²⁾ que contempla diferentes esferas de la calidad de vida como la educación, la recreación, la vivienda, el empleo, la comunicación con los otros, pensando en el disfrute de la experiencia vital.⁽¹³⁾ Que la ocupación y el desempeño de la misma también materializan la interacción entre aspectos macroestructurales de la sociedad en la que se desenvuelven individuos y comunidades, se halla determinada por elementos del contexto físico, ambiental y social. Razonar que el mismo vínculo entre empleador-trabajador, las elecciones de cómo se organiza la labor, los métodos de trabajo, las características del ambiente de trabajo no son realidades circunscritas al campo científico, tratándose de determinantes tanto internos como externos a la labor que adquieren una importancia central en el escenario de las relaciones de producción.⁽¹⁴⁾ Tener en mente que la enfermedad es un concepto normativo, cargado de valor y definido relativamente por expectativas sociales y culturales, que las mismas definiciones y catalogación de lo que se conciben por accidentes laborales y enfermedades relacionadas con el trabajo se encuentran influenciadas por dinámicas de índole social, políticas y económicas; no es un hecho vinculado exclusivamente con la recopilación e interpretación de evidencia para comprobar la causalidad científica del fenómeno, el mecanismo hegemónico de producción de malestares que se exhibe como descontextualizado.⁽¹⁴⁾

En sintonía con lo anterior, es posible que aun ante el avance del conocimiento, las soluciones que primaron y que se plasmaron en la normativa y en la práctica de la salud ocupacional empresarial no eran las más oportunas ni las mejores para dar respuesta a las necesidades de los trabajadores, existiendo otra serie de elementos que explicaban cuáles se asumían como las problemáticas prioritarias del contingente laboral, así como las propuestas para resolver tales situaciones sociales. Al res-

pecto, vale la pena retomar la postura de Dembe, quien hizo mención de los intereses que pueden tener los diferentes actores implicados en esta materia de la salud laboral: los trabajadores y sus representantes, que la visualizan en el marco de la relevancia de mejorar las condiciones laborales y promover la protección de su salud y bienestar; los empleadores, industriales y aseguradoras que lo enfocan desde la perspectiva financiera; los profesionales de la salud que lo plantean desde el requerimiento de buscar factores causales que favorezcan la comprensión de las contingencias relacionadas con las actividades productivas que desempeñan los individuos.⁽¹⁴⁾ Igualmente, a la sociedad le preocupa saber cuánto está dispuesta a pagar por la salud y seguridad de su población laboral y cuánto conocimiento tiene o necesita para dar oportuna resolución a esta problemática social.⁽¹⁵⁾ Recurriendo a esta caracterización de las pretensiones de estos agentes, los juicios objetivos y asépticos inmunes a la determinación social que promueve el discurso científico y los teóricos se tornan en una labor de complejidad mayúscula, que desconocería los procesos sociales implícitos.⁽¹⁵⁾

Por tanto, los mecanismos de protección y las iniciativas que desde la política y lo legal se formulan en determinado momento histórico, se ven influenciadas por los procesos productivos y sus relaciones subyacentes, la configuración del Estado, los avances en el conocimiento, las corrientes hegemónicas y la capacidad de los movimientos sociales de lograr audiencia en las decisiones públicas.^(16,17) Es en este espacio donde se puede hablar de la historia como aquella que posiblemente otorgue las claves para comprender las fuerzas sociales y políticas que figuran en cierta época, procurando una mayor comprensión de por qué se consolidaron algunas fórmulas, teorías, técnicas, intervenciones, incertidumbres, capacidades y limitaciones de esta salud de los trabajadores, por qué es de cierta manera y no de otra. En tal perspectiva, el objeto de polémica de este documento es evidenciar el devenir histórico de la “*Salud Ocupacional*”, reconociendo determinantes sociales, políticos y económicos que permitirían entender parte de las respuestas que esta multidisciplinaria ha dirigido hacia las problemáticas de salud de los trabajadores en determinada época, explorando el *surgimiento* de este campo de conocimiento y práctica, el período de su *consolidación* y la *época contemporánea* que se acompaña de grandes transformaciones en todas las esferas sociales, pero que conserva rasgos que representan el panorama de la salud ocupacional de nuestros días.

Con esta referencia histórica no se pretende generar una aproximación totalizante a todos los aspectos que es posible describir acerca de una sociedad, sino el precisar piezas de ese rompecabezas que favorecerán la dilucidación de por qué el objeto de estudio es de esta manera; hay que aclarar que aunque el planteamiento esbozado en estas líneas busca tener una mención general y global

de este desarrollo histórico, cada contexto particular ostenta un devenir exclusivo que le otorga carácter específico a la salud ocupacional y su funcionamiento en tal realidad. Tampoco se trata de esa historia heroica tipo anécdota en la que se resalta el papel de personajes claves en la construcción y consolidación de esta disciplina, sino que tendrán lugar privilegiado los procesos y determinantes sociales y políticos del período señalado. Un mensaje que sí es perentorio dejar claro es que se parte de la salud, la enfermedad y la ocupación como fenómenos determinados por condiciones sociales, tratándose de dinámicas enmarcadas en normas culturales y convenciones cambiantes del lenguaje explicativo.⁽¹⁴⁾

ANTECEDENTES DE LA PREOCUPACIÓN POR LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Desde la Antigüedad ha sido posible reconocer el nexo que existe entre las actividades productivas que desarrolla un sujeto y su salud: partiendo de los Egipcios, que narraban las afectaciones que sufrieron los brazos de los albañiles y constructores de las pirámides, pasando por las descripciones de Hipócrates sobre desórdenes crónicos generados por movimientos repetitivos de las manos.^(11,18,19) Se comenzó a asociar ciertas ocupaciones como la minería, la metalurgia, la alfarería, el manejo del vidrio, entre otras, con la presencia de enfermedades y accidentes, pero tales observaciones eran limitadas por la carencia de conocimiento, el reducido número de trabajadores en riesgo y la aceptación social de las enfermedades inducidas por el trabajo.⁽¹¹⁾ Empero, el estudio sistemático de este fenómeno recibió una contribución de gran valía en la figura de Bernardino Ramazzini (1633-1714) y su obra *De Morbis Artificum Diatriba*, tratado en el cual el que ha sido llamado *Padre de la Medicina del Trabajo* recolectó información acerca de las alteraciones específicas que podían perturbar la salud de los trabajadores en ciertas actividades laborales, siendo un ejercicio basado en la intuición y la lógica deductiva derivada de la observación directa en los puestos de trabajo.⁽¹⁸⁾ Este documento no sólo pretendía la representación de los eventos relacionados con las ocupaciones, sino que su autor formuló recomendaciones respecto a la terapia y tratamiento de las mismas. En esa óptica, se podría especular que Ramazzini no contempló allí el ámbito preventivo. No obstante, Franco et al. señalan que incluso ante el reconocimiento que en el compendio prevalecieron las medidas de tipo clínico, también se formularon directrices preventivas.⁽²⁰⁾

Pero el argumento de Ramazzini no tuvo vigencia en su tiempo..., ganó vigor después, casi dos siglos después, con la explosión de la Revolución Industrial, que bien se iba a acompañar de nuevos retos para la salud y seguridad de los trabajadores.^(21,22) Entonces, esta cuestión sanitaria adquirió relieve en el escenario del siglo XIX con las dinámicas de la industrialización y el proce-

so de urbanización, período en el que los excesos derivados de la imposición de la lógica productiva, los principios liberales y la obtención de lucro por encima de preceptos morales y sanitarios, conllevaron una elevada tasa de accidentalidad laboral con implicaciones en la productividad, pero que también amenazaban la estabilidad del sistema y la docilidad de los obreros.^(23,24) Una fase en la que se pudieron patentizar los principios en los que se ha fundamentado el modo de producción capitalista a partir de la generalización de la forma mercancía a la fuerza de trabajo y el canje de las capacidades para laborar de los obreros a cambio de un salario, lo que les ha dejado a la merced de las demandas de los empleadores en el proceso productivo.⁽²⁵⁾

De este modo, la capacidad para trabajar adquirió atributo de mercancía al ingresar los individuos en los mercados laborales en calidad de asalariados, subordinación que se consolidó durante este período cuando se impuso el ritmo de las máquinas en el sistema fabril, lo cual convirtió el mercado de trabajo y el proceso laboral en escenarios de la lucha de clases entre capital y trabajo. Este dispositivo fabril y sus métodos derivaron en el incremento de los reportes por desórdenes relacionados con el trabajo; por ejemplo, los problemas de miembro superior (específicamente de mano) que se acrecentaron ante la demanda de efectuar tareas mecanizadas que requerían la sistemática repetición de movimientos rápidos y precisos de las extremidades, así como la exigencia de permanecer en la misma postura por un tiempo significativo y sin espacios de descanso, tornándose en condiciones que las personas aceptaban y más cuando el pago generalmente dependía de cuánto producían.⁽¹⁸⁾

Progresivamente la accidentalidad laboral se fue transformando en una preocupación social, llevando a que se forjaran una serie de medidas legales y sanitarias para compensar a aquellos que sufrieran de estos infortunios; primero la reglamentación se fundamentó en la instrumentación legal del derecho privado (código de policía) que regulaba los asuntos entre particulares y, posteriormente, mediante el derecho civil. Esos fueron los antecedentes de las garantías del derecho social que surgieron ante el interés de regular la conflictividad que suscita(ba) la relación contractual trabajador-patrono y la asimetría de poder entre los componentes de esta diada.^(26,27) Estos mecanismos legales procuraron estipular quién debía ser el responsable de la protección frente a los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP), pasando por las teorías subjetivas que pretendían asignar la culpa a alguno de los componentes de la relación laboral⁽²⁶⁾, y después con sistemas objetivos en los que sin importar la determinación del dolo de alguno de los integrantes del vínculo contractual⁽²⁸⁾, se garantizaba la reparación de las consecuencias de las contingencias por parte de las empresas (doctrina del riesgo profesional).⁽²⁹⁾ Sin embargo, las protecciones convenidas se restringían a la reparación de los eventos que fueran

calificados como profesionales, es decir, prestaciones desde lo asistencial y económico para resolver un accidente que ya se hubiere configurado; no se tenía la conciencia ni el interés por suscitarse prácticas preventivas, juzgándose las querellas derivadas de los incidentes como un asunto legal. Además, independientemente del mecanismo legal prolijado, en la realidad los trabajadores accidentados y sus sobrevivientes comúnmente recibían muy poco o ninguna compensación.⁽¹⁵⁾

Dentro de las protecciones que aparecieron en dicha época para ofrecer respuestas a la salud de los trabajadores adquirió especial relevancia la higiene industrial, siendo la rama del conocimiento encargada de identificar los posibles factores del ambiente laboral que tenían el potencial de perturbar la salud de los trabajadores en términos de controlar tales peligros para evitar la configuración de contingencias. Durante el siglo XIX este esfuerzo fue desplegado más desde el compromiso pionero de ciertos empleadores preocupados por la salud de los trabajadores⁽³⁰⁾ que por la imposición estipulada por alguna autoridad, pues se entendía que los patronos tenían libre voluntad de asumir o no estas directrices preventivas en cuanto sus responsabilidades apuntaban principalmente a la reparación de los accidentes.

Otro terreno inquieto por la salud de la fuerza laboral fue el de la higiene pública, contemplándose como movimiento de denuncia ante las pésimas condiciones laborales que se estaban suscitando en las naciones que seguían el camino de la industrialización.⁽²²⁾ Esta hacía alusión al cuidado y la inspección sanitaria llevada al ámbito empresarial, una tarea administrativa que debían cumplir los servicios de salud con la intención de favorecer el bienestar de los trabajadores dentro del proceso de producción y que trascendía la preocupación esencial sobre las características técnicas del puesto de trabajo.⁽³¹⁾

Ante la representación de estas maneras de concebir y encarar el asunto de la salud de los trabajadores, se reveló una tensión que entrañaba, por un lado, la productividad técnica y las consideraciones acerca del compromiso de la empresa capitalista y, por el otro, la responsabilidad pública por el bienestar social (salud pública).⁽³¹⁾ Sin embargo, se comenzó a notar el interés de los Estados por incidir más directamente sobre la reproducción social de la fuerza de trabajo en cuanto se pretendía contar con un contingente laboral calificado para cumplir las demandas del mercado de trabajo⁽²⁵⁾, motivo por el que lo público asumió una participación más activa en la estructuración de instrumentos y mecanismos para responder a las necesidades sociales de sus ciudadanos. Así, se organizaron los seguros sociales.

El aseguramiento social que surgió en la confluencia tríplica entre salarización, urbanización e industrialización, estuvo ligado con los procesos de modernización capitalista industrial que procuraban instituir el trabajo como eje del progreso social.⁽¹⁰⁾ Estos sistemas buscaban favorecer la acumulación de capital de transferencia que

más adelante pudiese servirle a los ciudadanos para mitigar los efectos de la aparición de adversidades, y que con su carácter colectivo, obligatorio y nacional, se convirtieron en alternativa a la propiedad privada y el ahorro individual como mecanismos de previsión.⁽³²⁾ Dentro de esta lógica, uno de los amparos contemplados por estos regímenes de protección han sido los riesgos profesionales, circunstancias que con causa u ocasión del trabajo ponen en peligro la vida y bienestar del trabajador, por lo que tradicionalmente las garantías de los sistemas de seguridad social han incluido este tipo de prestaciones.

Vale la pena indicar que para algunos la seguridad social fue una conquista de la clase obrera organizada, o el resultado de una estrategia política para pacificar la difícil situación que vivían los trabajadores y reprimir los movimientos demócratas y socialistas de la época⁽³³⁾; se tiene más identificación en este escrito con aquellos que vislumbraron la seguridad como producto de un proceso sociopolítico en el que intervinieron distintos actores que tenían la expectativa de ver representados sus intereses al diseñar estas iniciativas políticas, y donde los políticos y administradores de la burocracia estatal terminaron impulsando estas decisiones.^(23,32)

Durante el siglo XIX también emergieron disputas en el campo científico de la salud: la causalidad de la enfermedad fue una de las cuestiones que mayor atención recibió durante esta etapa. Unos defendían aún el discurso de los miasmas y la ubicación de las causas de las afectaciones a la salud en problemas ambientales, razonamiento que los condujo a considerar que las soluciones apuntaban al saneamiento de las ciudades. Otros manejaban una orientación más social al vincular la enfermedad con dinámicas de la sociedad en la que individuos y grupos se desenvolvían, por lo que fenómenos como la pobreza, la marginación, el hacinamiento, las actividades laborales, etc., explicaban el hecho que un sujeto presentará cierto perfil de salud y las soluciones involucraban revoluciones sociales direccionadas a la transformación de estas circunstancias estructurales.

A pesar de esto, la teoría, la concepción que alcanzó mayor aceptación, fue la que se cimentó en los descubrimientos de la microbiología⁽³⁴⁾; era factible encontrar un agente causal puntual relacionado con el evento adverso, se podía construir el panorama de los mecanismos fisiopatológicos implicados y atacar directamente el elemento etiológico implicado. Entonces, en la lógica que adoptó el conocimiento imperante basado en las orientaciones del paradigma positivista, las directrices del saber biomédico y el predominio de la causalidad unidireccional, se le otorgó a las enfermedades y accidentes laborales el atributo de ser asuntos de probabilidad estadística, donde la epidemiología emergía para establecer los nexos entre unos factores de riesgo de origen ocupacional y la ocurrencia de enfermedades en poblaciones de trabajadores.⁽¹⁴⁾

Poco a poco se asomó el siglo XX con la noción de que las enfermedades asociadas con el trabajo eran evitables, y las modernas naciones (siempre la historia de aquellas que dicen llevar la batuta del progreso) hicieron conciencia de las variaciones que estaban acaciendo a raíz del progreso general productivo, el proceso industrializador y la urbanización; así, nuevos riesgos germinaron y la salud de los trabajadores adquirió carácter esencial dentro de la pretensión de consolidación de los Estados nacionales⁽¹⁵⁾, un itinerario que trascendió intereses locales y suscitó la reacción de distintos sectores sociales. Fue perfilándose la salud ocupacional como la conocemos, crecimiento que se diferenció entre los países industrializados en relación con sus necesidades observadas⁽³⁵⁾, las características sociales de cada contexto particular y las tradiciones científicas imperantes en cada uno de estos escenarios. En ese sentido, Gerhardtsson sugirió que en Italia surgió una medicina industrial procedente de la medicina clínica; en Francia, se afianzó una práctica en salud de los trabajadores derivada de la medicina legal; en el Reino Unido emergió cierta tradición de la legislación protectora; en los Estados Unidos se cristalizó la higiene industrial; en los países socialistas, se mostró un esfuerzo preventivo como parte de la salud pública; y en Suecia, apareció una dinámica basada en la cooperación tripartita.⁽³⁵⁾

Posteriormente, fue fundada la Permanent Commission on Occupational Health (hoy *International Commission of Occupational Health -ICOH*) en 1906 bajo el mando de Malachia De Cristoforis, buscando impulsar el avance de esta temática con el llamamiento a la comunidad científica, la opinión pública y al medio político respecto al asunto de las enfermedades ocupacionales y su prevención.⁽³⁶⁾

SALUD OCUPACIONAL DEL ESTADO DE BIEN-ESTAR-CONSOLIDACIÓN

En esos comienzos del siglo XX se advirtió el poder del Estado como ente capaz de modificar la enfermedad⁽³⁷⁾, en este caso particular la fuerza para intervenir sobre las contingencias laborales. La naciente salud pública surgió como campo de conocimiento y práctica destinado a proteger la salud de la población económicamente activa frente a una cuestión que había sido restringida a la órbita privada durante el siglo XIX.⁽³⁸⁾ Se empezó a pensar que la enfermedad, es decir, la configuración de incidentes laborales, podía alterar el funcionamiento del orden económico y afectar la legitimación y consolidación del Estado.⁽³⁷⁾ Considerando este panorama de la accidentalidad laboral y el impacto suscitado en la productividad, competitividad y sostenibilidad de las economías, se reconoció que la salud de los trabajadores era una finalidad prioritaria de las naciones, trascendiendo el plano individual y empresarial para tornarse en problema de salud pública. Así, se requería de la acción

comprometida del Estado como ente que define las situaciones sociales problemáticas que se contemplan en la agenda y al ser el coordinador de la política social, económica y sanitaria de un país.^(8-10,39-41)

En el plano económico se fue consolidando paralelamente un nuevo ejercicio de manejo por parte de las industrias, un estilo de administración que rescataba la producción en cadena, la especialización de la maquinaria y que enfatizaba la trascendencia de cultivar una fuerza de trabajo saludable y leal.⁽³⁰⁾ El fordismo se indujo por el ente estatal al que le interesaba el control sobre la industria y la expansión de los mercados nacionales, reemplazando el “*laissez faire*” del siglo anterior.^(15,30) Se le instituyó a la salud ocupacional el rótulo de requisito para posibilitar el progreso socioeconómico y convertirse en pilar del desarrollo sostenible⁽⁴²⁾, siendo un dilema que involucraría el esfuerzo conjunto de la sociedad. Ello significaba que no se restringía a la relación liberal de trabajador-empedor, ni a la preocupación esencial por las indemnizaciones por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, ya que el novedoso libreto subrayaba un discurso en el que la prevención era el pilar.⁽¹⁰⁾ En tal coyuntura, se promulgaron desde organizaciones internacionales como la OIT, convenios y recomendaciones en los que se hablaba de protección, higiene y prevención, que no solamente se dirigiría a los riesgos higiénicos, sanitarios o mecánicos, sino hasta contemplarían lo mental y lo social. De tal forma, se sugería que la salud ocupacional debería ir más allá de los escenarios de trabajo y se alimentaba la idea que los programas de salud ocupacional tendrían más atención y efectividad si estaban vinculados a los planes de salud pública.⁽¹⁰⁾

Este impulso hacia la salud ocupacional se alineó con el proyecto socialdemócrata que pretendía la configuración de la ciudadanía social y promover el acceso a derechos humanos fundamentales, una noción que iba aparejada de la teoría económica keynesiana de la demanda sostenida.^(32,43) Esta propuesta de la socialdemocracia se cristalizó con la promulgación de la Carta de Derechos Humanos (1948) y la instauración de organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el GATT, entre otros.⁽¹⁰⁾ También de la OMS, que ha cumplido un rol muy importante en los últimos tiempos al proclamar la salud como un asunto neutro, apolítico y técnico, así como en la divulgación de los discursos y aparataje necesario para, presuntamente, atender las necesidades sanitarias de los pueblos del mundo, una influencia evidente en el saber construido sobre salud ocupacional.

Esta descripción parece especialmente valiosa para un caso como el de los Estados Unidos de América, cuyo gobierno federal antes de la I Guerra Mundial tenía muy poca responsabilidad frente a la salud y la seguridad de los trabajadores, esencialmente reducida a la

recolección de información y difusión de estadísticas por parte de la Oficina de Higiene Industrial y Saneamiento del Servicio Americano de Salud Pública. Después de esa Guerra Mundial y con la crisis económica y social asociada a la Gran Depresión, nació un pacto que procuró promulgar garantías para promover el bienestar humano, especialmente de los más necesitados, lo que para la salud de los trabajadores significó el crecimiento federal de la preocupación por esta cuestión mediante la formulación de normativa dirigida a la compensación de contingencias laborales, pero también con el aliento a las actividades de salud ocupacional.⁽¹⁵⁾ Se entendía que la capacidad productiva de la nación norteamericana estaba supeditada a la salud y calidad de vida de quienes trabajaban, y las alteraciones causadas por las enfermedades ocupacionales eran un problema de salud pública, compromiso que se plasmó en la creación de importantes hitos institucionales como la *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) y la extensión de oficinas estatales de salud ocupacional e higiene durante la década del 70.^(15,33)

En concordancia con esa concepción acerca del valor de proteger el fordismo y la relación salarial, Estados Unidos indujo el discurso desarrollista en los países del llamado tercer mundo, entre estos las naciones latinoamericanas, con el fomento a la idea homogeneizante que el progreso era la única estrategia posible para el desenvolvimiento de la economía, que la industrialización y urbanización eran las rutas hacia la modernización y proyectando que los Estados hicieran presencia en todos los ámbitos del espacio nacional a modo de benefactor.⁽⁴⁴⁾ No se tenía la fortaleza ni la trayectoria de las economías europeas para emprender este programa de bienestar, así que el mecanismo impulsado en nuestros territorios fue la estrategia de *Industrialización por substitución de importaciones* (ISI), buscando reemplazar los productos que tradicionalmente eran importados, y manufacturar tales elementos en el país a partir del apoyo de tarifas arancelarias y facilidades de impuestos para la instauración de las plantas de producción.⁽⁴⁵⁾ Entre los objetivos que perseguía esta propuesta desarrollista se hallaba la utilización del quehacer en salud, así como la protección de la fuerza de trabajo, en términos de motivar la modernización del espacio de intervención del capital, afianzamiento necesario para evitar el avance del comunismo y continuar esta alianza para el progreso. Normalizar las relaciones de conflicto entre capital y trabajo permitía suprimir las manifestaciones de descontento social, además que prevalecía el razonamiento que una buena condición de salud y bienestar tendría implicaciones positivas para la productividad ante lo que el aseguramiento social apareció como factor esencial en este esquema proteccionista.^(10,12)

En sintonía con lo anterior, se requería de doctrinas que apoyaran este proyecto de expansión y dominación

capitalista, métodos y técnicas que causaran pequeños cambios en la vida de las personas y trabajadores, pero que los alejaran de los cuestionamientos a la estructura social ante lo que disciplinas como la epidemiología, la planificación, la administración y/o la salud ocupacional encontraron campo para germinar. Vale la pena señalar que muchos de los profesionales y expertos latinoamericanos en estos temas se formaron becados en escuelas de Estados Unidos o Europa, circunstancia frente a la que Granda expresó: “*nuestros técnicos aprendieron a mirar lo que el imperio necesitaba y a desoír lo que nuestro pueblo quería y allí, sobre todo, aprendería nuestro personal de salud a ver lo que la burguesía y el imperio querían para conservar el sistema y a retraducir las necesidades populares de libertad y conciencia en dádivas baratas*”.⁽¹²⁾

Por lo menos en lo que atañe a la salud ocupacional, se medita que su saber disciplinar ha estado relacionado con la consolidación de la visión de que la salud de los trabajadores es una problemática técnica, que se apoya en los desarrollos de las ciencias y la evidencia en términos de identificar e intervenir en las situaciones que pueden impactar el bienestar en el trabajo, pero que no le concierne entender las reales determinaciones y causas de los dilemas de la salud laboral en tanto se ha asumido como conocimiento apolítico y neutro. Igualmente, al erigirse la comprensión hegemónica como fórmula privilegiada, se saca el debate de las condiciones de trabajo de la lucha social y se descalifica el saber obrero en la construcción de la salud y la vida en el trabajo. Estos rasgos de la salud ocupacional se hicieron palpables en el nivel macro, la formulación de instrumentos normativos y de política que hicieron visible el posicionamiento estatal respecto a esta problemática social, tratándose de directrices que también se suponía que se cimentaban en el desarrollo del conocimiento y en el piso que otorgaba la ciencia; no obstante, como todo ejercicio político, dependían del contexto social, político y económico de determinado momento histórico, pues constituyen propuestas de distribución de poder entre actores y sectores sociales que luchan por ver representadas sus pretensiones en tales arreglos finales.⁽⁴¹⁾

Pero, ¿cuáles son esos rasgos distintivos de la salud ocupacional a los que se hace referencia? Lo primero es considerar que esta multidisciplinaria ha partido del principio que toda actividad humana implica *riesgos*, por lo que frente al interés por evitar la ocurrencia de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, se convirtió en herramienta favorita para conocer e identificar estas amenazas a las que se expone una persona durante el desarrollo de una ocupación, planteando que el actuar sobre estos factores limitaría la aparición de hechos indeseables. En este reconocimiento se hizo evidente la apropiación de esquemas etiopatogénicos emanados de los avances de la comprensión biomédica

del proceso salud-enfermedad y el dominio de los preceptos de la epidemiología clásica que se asientan en el saber acerca de la enfermedad y el evento adverso, la tipificación de la malla de causalidad que estaría dirigida a conjeturar por qué los individuos adolecen de patologías y sufren eventualidades en el transcurso de sus actividades laborales; sin embargo, pocas veces estos análisis se concentran en cómo mejorar la salud y la calidad de vida de estos seres humanos. Como lo plantea Granda, el campo de la salud se ha embarcado científicamente en dar cuenta y caracterizar el negativo de la salud, es decir, la enfermedad, con la esperanza de producir, por descuento, el bienestar. El experto continuó su argumento indicando que inicialmente la promesa del conocimiento técnico era la de erradicar las enfermedades, después aceptó que únicamente se podría controlarlas y/o vigilarlas y, en el último tiempo, visibiliza cómo emergen enfermedades propias de nuestra incursión en la modernidad que se mezclan con viejos males de un pasado del que ya ni se tenía memoria.⁽⁴⁶⁾

Al denotarse en este período la industrialización como la orientación predilecta para alcanzar este progreso prometido, se ha hecho alusión a la empresa como escenario privilegiado en el que se despliegan las dinámicas productivas, por lo que los riesgos de los que ha hablado la salud ocupacional se hallan principalmente en el entorno laboral de una compañía y allí estarían las causas directas de que se alterara el bienestar de los trabajadores. Por esta razón, el objetivo consistiría en la identificación y caracterización de las condiciones físicas, químicas, biológicas, entre otras, del ambiente de trabajo y en el reconocimiento de los rasgos corporales, comportamentales y psicosociales *predisponentes* de la persona, en términos de eliminar o controlar el eventual apremio que representan estos elementos y favorecer la adecuación de los espacios de trabajo. En esta comprensión el accionar se desplegaría esencialmente hacia las áreas laborales, el puesto de trabajo admirado como lugar preponderante en una visión donde lo infraestructural adquirió carácter trascendental, pues es lo que es posible ver; los cambios en el mobiliario y la adopción de directrices y métricas en las que la ergonomía dicta el libreto es todo lo que puede hacer la empresa por el trabajador, o sea, le apuesta a la adaptación de un puesto funcional para que no se enferme o muera mientras se encuentra en las instalaciones de la compañía.

Pero, ¿acaso la salud de los individuos no dependería también de las prácticas y estilos de vida de los se apropian estos en sus dinámicas no productivas, en los espacios de la cotidianidad, en sus roles familiares, comunitarios, en sus actividades de autocuidado y de esparcimiento? Sí es así, la salud ocupacional y las empresas en las que se ha implementado este aparataje técnico para que no sucedan accidentes de trabajo, tendrían que dirigir la mirada sobre la manera cómo vive el individuo y se relaciona con su entorno social. Pues en el objetivo de

disciplinar la mano de obra también se han propuesto estrategias de control extra-laboral con la emergencia de campañas para evitar el consumo de alcohol y tabaco, la promoción de la actividad física, la alimentación y el control del tabaquismo, aunque la perspectiva ha estado ligada a la responsabilidad individual del obrero por sus estilos de vida.

Al ser la empresa eje central, la salud ocupacional se restringió a los espacios formales de las industrias constituidas, una garantía que ha sido avalada históricamente a partir de la lógica de los derechos contractuales que garantizan estas organizaciones. En consecuencia, ha predominado una salud ocupacional asumida como una cuestión privada de la que han sido excluidos aquellos que se abstraen de la formalidad, es decir, los que no se ciñen a los preceptos de subordinación laboral, seguimiento de órdenes patronales y retribución en compensación por el servicio prestado. De hecho, inclusive cuando una cantidad importante de quienes trabajan cumplan estos criterios para ser catalogados como formales, muchos empleadores han optado por disfrazar estos vínculos y presentarlos como trabajadores independientes que tienen relaciones comerciales con la empresa.

Una salud ocupacional que recogía las premisas de la seguridad industrial, la higiene laboral y la medicina del trabajo⁽⁴⁷⁾, ramas que al venir de tradiciones distintas del saber, ven, perciben y estudian el trabajo y al trabajador por partes, no lo conciben como un sistema integral e integrado, cada cual tiene una finalidad diferente en la que se reitera la concentración sobre el ambiente físico de la empresa por un lado y, por el otro, la descripción psico-biológica del obrero. En este contexto, la labor del profesional en salud ocupacional ha sido la de apoyar a las industrias en la identificación de los factores de riesgo que tenían el potencial de afectar la salud del trabajador, sugerir maneras y medios para controlar estas situaciones, desarrollar estándares o códigos de práctica, proporcionar guía técnica y conducir programas educacionales.⁽¹⁵⁾

SALUD OCUPACIONAL PARA LA GLOBALIZACIÓN-PERÍODO DE CAMBIOS Y CRISIS

Pero se dice que el rumbo del mundo cambió en los últimos cuarenta años, por lo cual se reconoce que la salud ocupacional también se modificó, mutó, tuvo que ajustarse a estas nuevas circunstancias que han tenido implicaciones en todas las esferas sociales: el fenómeno de la globalización. En ese estado de bienestar, el benefactor sufría ante las denuncias de grandes crisis fiscales, se le acusó de problemas de corrupción y se imputaron sobre éste cuestionamientos a raíz de su intromisión en todos los escenarios sociales al decirse que limitaba las posibilidades de los individuos de ser libres; en síntesis, la ofensiva sugería que lo público ya no era bueno. Jes-

sop aclara que en la compleja dinámica del modo de producción capitalista, se necesitan crisis periódicas para la reintegración del circuito de capital como fundamento para una expansión renovada.⁽²⁵⁾

Se requería de un Estado menos benéfico para el pueblo, uno que permitiera la mayor acumulación del capital al disminuir los gastos sociales esenciales, en la que lo privado sustituyera la calificada como *lenta* maquinaria de lo público para convertir los servicios sociales en competitivos.⁽⁴⁸⁾ Era menester fortalecer el mercado, impulsar la competencia y profundizar el individualismo, instituirlo como eje ordenador de la sociedad y en sus leyes comerciales se hallaría todo el saber, la capacidad de autorregulación e interacción entre los humanos.⁽³⁷⁾ El bienestar social pasaba a ser parte de la esfera privada, por lo que se le otorgaba vía libre a la remercantilización de los servicios de salud, educación, protección social⁽²⁵⁾, y los avances que se habían suscitado en esa salud ocupacional de gestión estatal, ahora se perdían ante la oportunidad de un nuevo negocio. Las labores que se le encomendaban en este contexto contemporáneo al ente público apuntaban a: 1) promover acciones con altas externalidades mediante la implementación de medidas para controlar aquellas enfermedades que se salían del entorno particular y causaban problemas a otros individuos, y 2) proveer servicios a los comprobadamente pobres.^(49,50)

Esta nueva coyuntura se ha asociado en el ámbito laboral con fenómenos como la aceleración y liberalización del comercio, la flexibilización profesional⁽⁵¹⁾, con formas novedosas de organización del trabajo así como la *“baratura y abundancia”* de los trabajadores. Igualmente, dentro de los referentes en los que se ha cimentado esta nueva direccionalidad política y económica, se encuentra la revolución tecnológica como materialización de los desarrollos de la ciencia y del progreso de una sociedad más informatizada, comunicada e inmediata. Estos avances derivados de la innovación han tomado papel central en los procesos productivos, los recursos humanos han tenido que cambiar y reprogramarse constantemente para cumplir con estas demandas de innovación en las dinámicas laborales. Por tanto, los que no puedan seguir este ritmo son reemplazados por máquinas⁽⁴⁹⁾, siendo dinámicas de exclusión de aquellos que no son capaces de participar en esa lógica de *“el fin justifica los medios”* y en la que el dinero es más importante que las personas.

Por ende, esto que han vendido como una bonita globalización, se queda en el globalismo que Beck describe, en el que la dimensión económica y la ideología del dominio mercantil han reducido la esfera ecológica, cultural, política y social del proceso globalizador.⁽⁵²⁾ ¿Acaso estos procesos de trabajo no afectan de manera trascendental la situación de salud y trabajo de los sujetos y las posibilidades de hacer la salud ocupacional de siempre? Una pregunta difícil de contestar, aunque lo

que sí se puede decir es que la problemática salud-enfermedad y la respuesta social alrededor de esta, se han deteriorado al tiempo que se ha suscitado el debilitamiento de las estructuras estatales y con esta propuesta de remercantilizar los servicios sociales.⁽⁴⁶⁾ Otra coincidencia histórica es que a partir del sometimiento de los trabajadores a las necesidades de acumulación, se han estropeado las condiciones mínimas para ejercer un trabajo digno con el recrudecimiento de fenómenos como la informalidad de la economía, el desempleo, la pérdida del empleo rural, las migraciones, la persistencia del trabajo infantil, la poca capacidad de incidencia de los trabajadores sobre sus condiciones laborales, así como la exposición a factores que contribuyen a la aparición de ATEP.^(36,42,49,50)

Estas circunstancias han originado nuevos riesgos para la salud entre los trabajadores contemporáneos, los que se vinculan con viejos problemas que no han podido resolverse: entonces dificultades como la presencia de agentes físicos, químicos y biológicos tradicionales, se enlaza con dinámicas como el estrés, la sobrecarga mental y las tecnologías novedosas.⁽⁴⁵⁾ Estos factores han ocasionado el crecimiento de las enfermedades relacionadas con el trabajo, dolencias como el síndrome del túnel del carpo o los traumas acumulativos que alcanzaron visibilidad a finales de los 80 y principios de los 90, y que se ligan con las transformaciones en la organización y métodos de trabajo, la convergencia de riesgos novedosos y antiguos en el desarrollo de las actividades laborales y el mejor conocimiento de las conexiones entre exposiciones ocupacionales y eventos asociados con la ocupación.⁽¹⁸⁾

En este panorama y ante los cambios estructurales que están atravesando los Estados al adoptar la agenda neoliberal, el discurso y la práctica de la salud ocupacional han sufrido una estocada; este libreto ha presentado más dificultades para sostenerse al recordar su apego al esquema fordista de producción y la propuesta socialdemócrata. Dentro de los nuevos requerimientos, los asuntos económicos han cobrado valía por encima del bienestar de los trabajadores, únicamente interesaría proteger a una clase de obreros, los que se hallan implicados en actividades de interés para el libre comercio y la globalización en el marco de sistemas de gestión y esquemas de responsabilidad social corporativa que persiguen la adhesión de los actores a los estándares de calidad impulsados. Con esta lógica emergente y el progresivo retiro del Estado de la provisión de servicios sociales, la salud ocupacional ha vuelto a tornarse en una cuestión privada; la concepción de la salud de los trabajadores como preocupación de la salud pública ha perdido lugar. Y es que, además, con la merma en la capacidad estatal de regular a los agentes económicos privados, ¿cómo convencer al empleador que le conceda prioridad a la salud de quienes trabajan?

Recordemos que la salud pública (inclusive en su versión más funcionalista) procuró convertirse en el siglo XX en una alternativa para atender las necesidades sanitarias de las poblaciones, observándose la intención estatal de intervenir en las problemáticas derivadas de la enfermedad colectiva.⁽³⁷⁾ Sin embargo, a pesar de que se suponía que este raciocinio poblacional iba a cobijar a todos en términos de dar respuesta a sus demandas sanitarias, la noción que ha predominado en los últimos años desde la introducción de la agenda reformista es la de una salud pública esencialmente orientada hacia los más vulnerables (que además tenían que demostrar que eran pobres para merecer atención). Conjuntamente, su accionar se restringió a actividades con altas externalidades dirigidas hacia amplios grupos sociales que complementen la dinámica de los esquemas de atención curativa, una atención pobre para pobres.

Y en ese espacio de lo no protegido por la relación contractual, encontró lugar la acción salubrista; así, los que no se ciñeran a los criterios de la formalidad, independientemente de la definición y el rótulo que se le otorgue al término, se entenderían como los que no se ajustan y no cumplen con los principios esenciales del derecho del trabajo y, en concordancia, los excluidos de la salud laboral garantizada por medio de una empresa. En esa medida, la salud pública llegaba con lo que podía a los espacios de trabajo independiente e informal y, aún ante el reconocimiento que muchas veces las personas estaban desprotegidas para ejercer sus dinámicas laborales; era muy poco lo que se hacía en un ámbito de recursos escasos en el que existían otras prioridades sanitarias que necesitaban de atención y recursos (humanos, técnicos, materiales). Entonces, esta luce también como una salud ocupacional pobre para pobres.

Luego, ¿el discurso de la salud ocupacional no era para todos, no tenía pretensiones universalistas? Se advierte que la mayoría de la tecnología y saber acumulado se generó para responder a las condiciones de los trabajadores formales, una fórmula absolutamente válida si la industrialización, la relación salarial y los contratos laborales fueran el rumbo a seguir en el mundo contemporáneo, pero una sorpresa al observar que la tendencia es a incrementarse el trabajo de aquellos que se hallan en la informalidad, los de carne y hueso que en este planeta de la globalidad van siendo la mayoría. En estas actividades no existe un espacio de trabajo constituido, ni fijo, se vuelve complejo separar los escenarios productivos de los de la cotidianidad, por lo que muchos de los diseños y soluciones de la salud ocupacional en esa prometida adaptación humano-tarea no son extrapolables a la situación de las microempresas, ni atienden las necesidades ocupacionales y de salud de quienes se encuentran fuera de los oficios que tradicionalmente reconoce el derecho laboral, la seguridad social y la salud ocupacional.

Este panorama lo que configura son desigualdades sociales en salud, inequidades si se quiere ser más preciso en cuanto a su carácter de injustas, diferencias que se verifican no solo entre distintos países sino entre poblaciones de un mismo país⁽⁵⁵⁾, es más, hasta de una misma empresa cuando se medita sobre la situación contractual y las modalidades laborales en las que se comprometen unos trabajadores con relación a otros, incluso conviviendo en el mismo espacio físico. Las consecuencias: los grupos de población más pobres y vulnerables son los que tienen peores trabajos, más peligrosos, mal remunerados, con menor seguimiento y que mayores probabilidades tienen de sufrir de contingencias laborales⁽⁹⁾, lo cual desafía las consideraciones acerca de *trabajo decente* que ha defendido históricamente la Organización Internacional del Trabajo.⁽⁵⁶⁾

Y al convertirse en asunto privado, a la salud ocupacional ya no le interesa si la persona en su cotidiano incurre en hábitos o conductas que no fomentan su bienestar, por ejemplo, si no come bien, hace ejercicio, duerme adecuadamente, entre otros, pues eso es cuestión del individuo (individualismo metodológico) y bueno, la responsabilidad recaería sobre los hombros del obrero, los de su familia, el Gobierno, los sistemas sanitarios y otros. Lo que se quiere es que los trabajadores no se accidenten mientras se hallen dentro de la empresa o se mueran en el contexto de los espacios y actividades productivas; lo sucedido en otro lugar no sería una preocupación empresarial. Nada más vale mirar los reglamentos y leyes que hacen alusión a las directrices para calificar o, más bien no calificar, un evento como profesional. Una agenda reformista en la que los sistemas de riesgos laborales responden esencialmente al lucro, lo cual ha deteriorado gravemente las dinámicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y que validan el aseguramiento y la reparación como los mecanismos para gestionar estos riesgos derivados del trabajo.

Este ha sido el caso de Argentina⁽⁵⁴⁾ o de Colombia⁽⁸⁾, donde la perspectiva legal y las protecciones estipuladas en el marco normativo para favorecer la salud y seguridad de los trabajadores históricamente revelan una orientación reparadora, han sido dirigidas a los sectores formales y urbanos, ubicándose en la esfera de los derechos contractuales y la responsabilidad patronal. Meditar cómo desde la formulación en 1993 de la Ley 100⁽⁵⁷⁾ ha predominado en Colombia un esquema de riesgos que limita, restringe y se inspira en el paradigma del riesgo, donde el negocio ha tomado lugar preponderante, el mercado se ve como rey, y tal como es el caso de la salud, los riesgos laborales también han sido una oportunidad para el lucro. El sistema imperante ha sido el del aseguramiento de los riesgos, la protección económica frente a las contingencias que puedan ocurrirle al trabajador, un dispositivo surgido de las protecciones estable-

cidas por los seguros privados y de las primeras normativas en derecho laboral y seguro social.

ALGUNAS PALABRAS RESPECTO AL PARADIGMA PRODUCTIVO DEL CAPITALISMO

La salud ocupacional ha sido funcional a los intereses capitalistas al pensarse desde una perspectiva en la que se pretende que la fuerza laboral no se enferme o se muera en el marco de sus dinámicas laborales, pero con muy poco compromiso para que ese ser humano pueda disfrutar de su vida en los escenarios de su cotidianidad y comunitarios. El discurso científico que ha estimulado dicha multidisciplinaria no ha concentrado su mirada en una cuestión esencial de la que depende el capitalismo: el conflicto capital-trabajo y el paradigma productivo en el que se despliega esta relación.

Para estudiar este punto, lo primero que se debe referir es que existe un sistema imperante moldeado en el modo de producción capitalista. Entonces, se asume que los preceptos en los que se fundamenta la estructura económica (la acumulación de capital, el trabajo que genera plusvalor, la defensa de la propiedad privada, las relaciones de producción, entre otros), influyen la manera en que se conforma la superestructura de la sociedad, no como una determinación final y exclusiva, pero sí se establecen como elementos primordiales y dominantes para explicar la formación social. Un razonamiento en el cual el ciudadano se preocupa por la utilidad social, por lo que tiene que trabajar para garantizar la producción de riqueza en términos de su contribución al bien común de su grupo social, que se verá reflejado en un mañana que nunca llega. Mientras tanto, el sistema reclama trabajadores que forjen riqueza, construyan el mercado e incentiven el esquema político imperante, ciudadanos productores entendidos como medios de un fin que es la permanencia de las relaciones de dominación en la sociedad.⁽⁵⁸⁾ ¿Qué papel cumple el trabajo en este sistema? La palabra del maestro Granda lo ilustra: *“La categoría trabajo aparece en este escenario como puente, como aparato digestivo que responde, por un lado, al sistema y su lógica; que responde al ser-en-sí y presiona predominantemente para que avance hacia su ser-para-sí. En otras palabras, el trabajo recibe desde el sistema el encargo de producir al obrero en cuanto reproductor del sistema, en cuanto hombre/mujer-para-el-sistema, en cuanto objeto del mismo, en cuanto valorizador del valor y realizador del control político sobre él mismo. La categoría trabajo, así interpretada, viabiliza la imposición del régimen y aparece, por otro lado, en su versión de creación y libertad como potencialidad futura, siempre y cuando se alcance el inverso del proceso productivo actual, pero, de todas maneras, siempre anula la racionalidad del ahora propia del mundo de la vida”*.⁽⁵⁸⁾ Este paradigma productivo y esta categoría *trabajo* han pretendido dar cuenta de

toda la vida social, se han ensalzado como la única vía en la interacción entre el humano y la naturaleza, ocultando las historicidades que posibilitan el desarrollo de individuos, familias y comunidades, sustentan su ética, reproducen su cultura y nacionalidad, es decir, las interacciones propias del mundo de la vida son desconocidas.⁽⁵⁹⁾ Los cánones técnicos y la racionalidad utilitarista han marginado las reglas de interacción social, poniendo a la categoría trabajo a ser dominada por la lógica acumulativa y el poder del sistema. En tal postura, el modo de producción “*determina la manera como se objetiva la sociedad y la cultura, o, lo que es igual, los sujetos sociales que emergen de este proceso*”.⁽⁶⁰⁾ Según Granda, para el despliegue de ese paradigma productivo ha sido necesario acompañarlo de una filosofía de la conciencia y un enfoque histórico en los que la razón y la ciencia se postulan como la verdad que puede conducir al camino prometido, tratándose de una realidad que no considera las identidades propias de los sujetos, quienes deben ser subsumidos a este sujeto universal. Esta conciencia universal y sus lúcidos representantes requieren del apoyo de las clases productivas para construir las estructuras de ejercicio del poder, colonizando el mundo de la vida; ello, para algunos, se relaciona con la aparición de las patologías sociales, culturales y de la personalidad en la época contemporánea.⁽⁵⁸⁾

Pero, ¿será que todas las interacciones entre el humano y la naturaleza y humano-humano se restringen al escenario del paradigma productivo y al proceso de trabajo? Más bien vale la pena contemplar que el trabajo es únicamente una parte del quehacer cotidiano, un componente de la matriz de relaciones que no representa todo, en un mundo de la vida en el que subsisten otras racionalidades, acciones comunicativas, prácticas y simbolismos que promueven la constitución de la identidad de los sujetos individuales y sociales. Es en ese espacio vital en el que se vivencia la salud -una salud que es diversa-, donde se entra en contradicción con el sistema imperante que ensalza la categoría *trabajo* como medio para la uniformidad.

Lo que se quiere señalar desde este punto de vista es que el trabajo no ha apuntado a la construcción de la salud y la vida, funcionan en lógicas distintas, se necesita reconstruir y revisar esta categoría de lo laboral en cuanto se pueda articular con el mundo de la vida y de la diversidad. Un trabajo que estimule la creatividad y la libertad, que se convierta en el fundamento para buscar la identidad de las poblaciones en el aquí y ahora, siendo un contrapeso del sistema imperante que conlleva enfermedad y muerte. El forjador de esta propuesta, el maestro Granda, terminó su reflexión planteándose las siguientes preguntas: “*El mundo del trabajo es tan, pero tan importante, ¿para quién? ¿No será que siempre lo vimos cómo tan importante a través del ojo del poder?, ¿para el poder actual empresarial, para el poder de la burocracia de los socialismos reales?*”.⁽⁵⁸⁾

Teniendo en consideración los razonamientos de este salubrista ecuatoriano, se entiende que la salud ocupacional no se ha preocupado por cuestionar este paradigma de la producción; siempre la culpa está en otros actores o en otros factores, el descuido del trabajador, la imprevisión del empleador, las fallas del mobiliario, etcétera, ante lo que se requeriría de la implementación de cambios mínimos para que la persona no se accidente o se enferme, pero de fondo, el paradigma productivo que niega la salud y la vida ha seguido impecable. Se tiende a pensar que la intervención sobre la macroestructura de la sociedad y alrededor de los principios productivos es una utopía, por lo cual se recomienda actuar en los niveles y escenarios proximales y, desde allí, impulsar la salud de los trabajadores.⁽¹²⁾ Y como existen actores sociopolíticos que este panorama les beneficia, que este sistema les retribuye réditos, las medidas que se formulan desde las prácticas sociales, la normativa y las políticas públicas han buscado la permanencia de estas relaciones de poder. Lo debatible es que aun cuando estas determinaciones se presentan asépticas y neutrales, conllevan una carga política importante en términos de mantener el estado de cosas. Esto retrata que las soluciones encaminadas realmente a descubrir la salud de los trabajadores posiblemente son más complejas y se asientan en la forma como está organizada y los principios que cimentan la sociedad y el modo de producción. Mientras tanto, las acciones que podríamos ir haciendo son parciales, las transformaciones no solo implicarían modificaciones o avances en el conocimiento, sino que se necesitarían reformas sociales significativas en cuanto se ponga en cuestionamiento el estado de cosas predominante.

Porque este conocimiento experto, los adelantos de las ciencias pueden proveernos de herramientas elementales para la comprensión y metamorfosis del mundo humano social, pero también estos mismos saberes tienen el potencial de ser empleados para impedir estos cambios sociales, un vehículo para el mantenimiento de las actuales condiciones de dominación.⁽⁴¹⁾ Una ciencia que se ha posicionado como discurso hegemónico en las profesiones de la salud, comprensión válida certificada por la evidencia que ha silenciado, muchas veces, las voces y el saber de los sujetos al concebir que las reflexiones de la gente no hacen parte del conocimiento científico. Así, los individuos y comunidades han debido ceñirse sin rechistar a los dictámenes estipulados por el experto, profesional de la salud, y ser entes pasivos en los procesos de curación y/o recuperación de la salud.⁽⁴⁹⁾

Igualmente, las actividades de investigación se han quedado en el nivel de comprobar mediante el método científico la reproducibilidad y eficiencia de las técnicas que se utilizan, y por lo menos en salud ocupacional, el libreto está claramente definido en relación con las temáticas respecto a las que se produce nuevo conocimiento: estudios de reconocimiento de factores de riesgo

en ambientes laborales, análisis de incidencia y guías técnicas de manejo de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la implementación de medidas para prevenir desórdenes músculo-esqueléticos, síndrome de burnout, entre otros. Entonces, no se llega a las profundidades y al desenmascaramiento de las repercusiones macabras que suscita la lógica imperante del paradigma de producción, solamente se enuncian algunas consecuencias de estos procesos de interrelación de los trabajadores con su labor.

CONCLUSIONES DE LA SALUD OCUPACIONAL HEGEMÓNICA

En correspondencia con la anterior sección en la que se hacía alusión al proceso trabajo en el marco del paradigma productivista, se advierte que esta categoría de lo laboral no ha podido descubrir la salud y la vida. Esta conclusión se puede extrapolar al caso de la salud ocupacional, pues lo que ha primado es la búsqueda de la salud del Estado como se revisó en la época de consolidación y del mercado en nuestra época, no de la salud de los seres humanos.⁽⁵⁸⁾

Una salud ocupacional que primero estuvo ligada a lo contractual y a la protección del conflicto capital-trabajo, la cual se robusteció en el contexto de los Estados Providencia de la mano del modo fordista de producción. No obstante, el sistema actual predominante de hegemonía neoliberal se muestra como contradictorio con el bienestar de la población, entre estos, los trabajadores, ya que en su horizonte de acumular riqueza ha conducido a la exclusión de masas poblacionales y al aumento de los niveles de pobreza, irrespetando los rasgos de la sociabilidad y el mundo de la vida de individuos, comunidades e instituciones. Aunque es cierto que la salud ocupacional y los sistemas de riesgos laborales han evitado la aparición de ATEP y ello ha salvado vidas, ¿hasta qué punto este se convierte en el efecto secundario cuando los verdaderos determinantes han estado más allá? Más bien, han actuado como mecanismos extraeconómicos para regular la acumulación de capital y posibilitar la reproducción social, función para una sociedad en la que el principio de determinación económica ha adquirido el atributo de dominante.⁽²⁵⁾

Una salud ocupacional funcional a los intereses del paradigma de la producción y del dinero que todo lo pone en valores cuantitativos, una idea que se ha insertado en nuestro cerebro como chip de lo que supuestamente debemos hacer los humanos para ser productivos y aportar al conjunto de la sociedad. Un discurso incrustado en el imaginario colectivo que se vuelve guía de socialización y en el cual no existen otros espacios sino el que las actividades productivas demanden, en las que el mundo de la vida queda segregado, mientras todo se analiza y se calcula en términos de su rentabilidad y su eficacia.

Esta salud ocupacional que tiene continuidad histórica con las promesas actuales de la seguridad y salud en el trabajo, pero que, de fondo, no expone un cambio paradigmático en el abordaje de la salud y la vida de los trabajadores más allá de una modificación de nombre y apellido. Un saber que ha sido el complemento de los sistemas contemporáneos de seguridad social y de riesgos laborales en los que prima la lógica mercantil y la intervención de lo privado; la direccionalidad allí no ha sido la de promover la salud y el bienestar, sino esencialmente que la gente no se accidente o se enferme durante sus actividades de trabajo y en el escenario laboral y, si suceden tales contingencias, que se le reconozcan las prestaciones asistenciales y económicas del caso. Lo que haga, lo que lleve a cabo, las prácticas y hábitos que tenga la persona en su cotidianidad no interesan, no se rescata el carácter *ocupacional*, entendiendo la “ocupación” como dinámica inherente al ser humano con sentido y significado y que incluye procesos que se desarrollan en la vida diaria en las áreas de cuidado personal, juego/esparcimiento y trabajo. Estas acciones, vistas como no productivas ni remuneradas, tienen el potencial de favorecer habilidades físicas, mentales, sociales, emocionales, toda una oportunidad de emancipación.

Como es posible evidenciarlo, estas nociones no se corresponden con aquellas que impulsa el trabajo alienado del día a día, labores que, en muchas ocasiones, se efectúan sin satisfacción y solamente por el valor monetario que implican, en las que se pone en juego la vida y salud para responder a los requerimientos de la producción. Esas tareas no permiten la realización personal y dan cuenta del control social que ejercen sobre los trabajadores los que detentan el poder. Una interpretación en la que se glorifica al trabajo como medio exclusivo de identificación personal y social, la forma en la que los demás reconocen lo que somos, el vehículo por el cual se consiguen los recursos económicos para sobrevivir, pero la existencia va más allá de lo laboral, estamos negociando con lo que nos hace únicos y humanos.

ALTERNATIVAS

Si no se admite la salud como un fenómeno determinado socialmente, resulta complejo que se logre esa adaptación entre humano-tarea que formula técnicamente la salud ocupacional; más bien, lo que se tiene en el contexto contemporáneo son trabajadores que, por necesidad de ganar algo de dinero para cubrir sus requerimientos vitales, llegan a empleos y puestos de trabajo para los que no tienen las habilidades ni destrezas suficientes o que, de entrada, saben que pueden entrañar riesgos para su salud. Lo único que ha interesado es que ese ser humano que desempeña una labor sea efectivo desde el punto de vista de la productividad sin importar mucho cómo se siente al respecto, por lo cual las adap-

taciones propuestas por la salud ocupacional adquieren carácter temporal y son hasta forzadas, generando conflicto en la satisfacción que presenta el trabajador con su labor y afectando las posibilidades de rendir más y mejor.

También debería hablarse de una salud ocupacional articulada a la salud pública en cuanto se convierta a la empresa en un contexto de expresión de bienestar, uno de los tantos en los que el ser humano despliega su existencia. Escenario ideal para emprender acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se extraigan de la tendencia de campañas que poco impacto tienen o de pausas activas a las que ni siquiera se les concede el tiempo o el espacio institucional. Además, la comprensión que para fomentar la salud de individuos y grupos es perentorio llegar a las casas, los barrios, las comunidades de los trabajadores, los territorios de las vidas de las personas, tener en cuenta sus familias, su búsqueda de objetivos y realizaciones en las que el trabajo sea soporte trascendental. En esa óptica, se rescatan invitaciones como la de integrar la salud ocupacional dentro de los servicios otorgados por los equipos de atención primaria en salud, buscando llegar a todos los trabajadores en todos los entornos laborales.^(61,62)

Es aquí que la salud pública tendría que ser concebida como una dinámica colectiva de todos los actores de la sociedad en la pretensión de forjar mejores condiciones de salud para sus miembros, de mayores posibilidades de desarrollar una existencia digna y de calidad. Una salud pública y salud ocupacional preocupadas por ser más que un complemento, asumiéndose como funciones centrales de la escena sanitaria y posicionándonos desde una visión de salud en positivo⁽⁶³⁾, donde el eje central sea la promoción del bienestar y la prevención de las enfermedades; una salud vivida en los diferentes espacios de la vida con el mismo potencial, que sea una salud con una calificación 10 para todos en nuestra condición de ciudadanos y orientada por la universalidad y la equidad. Ya no se quiere más esa salud supeditada a la capacidad de pago, sistemas que han sido funcionales a la explotación de la mano de obra. Precisamente ese ha sido el papel que ha adoptado la salud ocupacional y que debería cambiar, una multidisciplinaria que aún con todo el acervo de conocimientos y técnicas que han ayudado a muchos, no resuelve las problemáticas esenciales ni se aproxima al reconocimiento oportuno de la determinación de los procesos sociales que llevan a que la gente se enferme, se accidente y/o muera.

Esto no quiere decir que la propuesta sea desproteger a los trabajadores formales, sino que debería contemplarse la estructuración e implementación de esquemas que protejan a todas las personas en sus dinámicas laborales, los del orden formal y los informales, teniendo en mente las particularidades de cada una de sus ocupaciones y atendiendo a las necesidades de cada cual. Siste-

mas en los que se rescate la responsabilidad pública, donde puede tener lugar lo privado, pero bajo ciertas regulaciones, en los que prevalezca el valor social por encima de las consideraciones economicistas del lucro y el negocio.

Muchos han hablado de la cuestión de la salud y la vida y de cómo el proceso vital debe ser transitado con bienestar en todos los espacios, entre ellos el laboral. Esta es una apuesta interesante que se sale de la lógica del actuar del sector salud que se ha concentrado tradicionalmente en la atención clínica de problemas de enfermedad en escenarios clínicos, lo que lleva a pensar que se requiere del compromiso de todos los actores sociales para llegar al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de personas y comunidades. Siempre es un desafío al que vale la pena responder, y la salud pública tiene el potencial y las herramientas para hacerlo. El propósito es el de reivindicar el mundo de la vida, recuperar la acción comunicativa, darle el peso que se merece a la salud y el trabajo como derechos fundamentales de los seres humanos, avanzar hacia el encuentro con el poder de la vida en la cotidianidad y en el trabajo, convirtiendo lo laboral en fuente de resistencia a la dominación y no en instrumento para ejercerla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marx K. Proceso de trabajo y proceso de valorización. En: Biblioteca de Autores Socialistas, ed. El Capital. Siglo XXI Editores; 1998. p. 215–40.
2. Engels F. El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. Engels F, ed. Fuera de Serie; 1876. 1-29 p.
3. Gaytán P. Hannah Arendt y la cuestión social. Sociológica. 2001;16(47):101–28. Disponible en: <http://www.sociologiamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/446/422>.
4. Kosik K. Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y del mundo. Kosik K, ed. México D.F: Editorial Grijalbo; 1967. 141 p.
5. Parra M. Conceptos básicos en salud laboral. Oficina Internacional del Trabajo. 1ª ed. Santiago de Chile: Andros Impresores; 2003. 1-24 p. Disponible en: <http://www.edpcollege.info/ebooks-pdf/ser009.pdf>.
6. Sarmiento G. Medicina del trabajo. Derecho Soc. 2004;19 (Mayo): Cd Rom.
7. Corredor E, Cabeza M. La responsabilidad patronal frente a los accidentes en el trabajo. Rev Venez Análisis Coyunt. 2006;12(6):1–18. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26464607_La_responsabilidad_patronal_frente_a_los_accidentes_en_el_trabajo.
8. Torres M, Luna J. Situación en Colombia. En: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ed. Informe continental sobre la situación del derecho a la salud en el trabajo, 2008. Bogotá D.C: ALAMES;

2008. p. 1–25. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/dd2d7b8f-ed5f-43a6-baa1-691c80d18520/Situacion+en+Colombia.pdf?MOD=AJPERES>.
9. Aguilera M, Acosta M, Rodríguez R, Madrigal M, Pozos B. Intervención socioeducativa y promoción de Salud Ocupacional. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2008;9(2):1–18.
 10. Arévalo D. La protección en riesgos profesionales en Colombia: una interpretación histórica del camino al aseguramiento. En: Rodríguez O, Arévalo D, eds. *Propuestas y debates en historia económica*. Bogotá D.C: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia; 2011. p. 373–441.
 11. Corn JK. Preface. In: Corn JK, ed. *Response to occupational health hazards. A historical perspective*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1992. p. xi–xiv.
 12. Granda E. Algunos elementos sobre el desarrollo de la salud pública en América Latina. En: *La salud y la vida*. 1ª ed. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud-OPS/OMS; 2009. p. 41–50.
 13. Granda E. Práctica en salud y socialismo. Elementos para la reflexión. En: Granda E, ed. *La salud y la vida*. 1ª ed. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.; 2009. p. 59–66.
 14. Dembe A. The social context of occupational disease. In: Dembe A, ed. *Occupation and disease how social factors affect the conception of work-related disorders*. New Haven and London: Yale University Press; 1996. p. 1–23.
 15. Corn JK. Historical perspective on government responsibility for occupational health. In: Corn JK, ed. *Response to occupational health hazards. A historical perspective*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold; 1992. p. 1–22.
 16. Matos-Zegarra M. La eficacia del proceso laboral y el Estado como parte. En: *Sociedad Peruana de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social*, ed. *Retos del derecho del trabajo peruano: Nuevo proceso laboral, regímenes especiales y seguridad y salud en el trabajo*. 1ª ed. Lima: Editorial El Búho; 2010. p. 233–44.
 17. Reynaud A. Trabajo decente y modernización de la justicia laboral. En: *Sociedad Peruana de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social*, ed. *Retos del derecho del trabajo peruano: Nuevo proceso laboral, regímenes especiales y seguridad y salud en el trabajo*. 1ª ed. Lima: Editorial El Búho; 2010. p. 121–40.
 18. Dembe A. Cumulative trauma disorders of the hand and wrists. In: Dembe A, ed. *Occupation and disease. How social factors affect the conception of work-related disorders*. New Haven and London: Yale University Press; 1996. p. 23–101.
 19. Reese CD. Occupational health and safety management. A practical approach. 3th ed. *Handbook of human factors and ergonomics*: 4th ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2016. 608 p.
 20. Franco G, Paita L, Franco F. Focusing Bernardino Ramazzini's preventive view in health protection. In: Grieco A, Iavicoli S, Berlinguer G, eds. *Contributions to the history of Occupational and Environmental Prevention*. Primera. Amsterdam: Elsevier; 1999. p. 31–41.
 21. Grieco A, Porro A, Bock Berti G, Marri G. The origins of the Italian Occupational Health Society. In: Grieco A, Fano D, Carter T, Iavicoli S, eds. *Origins of Occupational Health Associations in the World*. 1st ed. Amsterdam: Elsevier; 2003. p. 93–105.
 22. Rosen G. Industrialism and the Sanitary Movement (1830-1875). In: Fee E, Morman E, eds. *A history of public health*. New York, United States of America: The Johns Hopkins University Press; 1958. p. 168–269.
 23. Sigerist H. From Bismarck to Beveridge: Developments and trends in social security legislation. *J Public Health Policy*. 1999 [acceso 4/06/2014;20(4):474–96. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:From+Bismarck+to+Beveridge#3>].
 24. Tsuboyama L. Seguridad y salud en el trabajo. En: *Sociedad Peruana de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social*, ed. *Retos del derecho del trabajo peruano: Nuevo proceso laboral, regímenes especiales y seguridad y salud en el trabajo*. 1ª ed. Lima: Editorial El Búho; 2010. p. 429–62.
 25. Jessop R. Capitalismo y tipo de Estado Capitalista. En: Jessop R, ed. *El futuro del Estado capitalista*. Madrid: Editorial Catarata; 2008. p. 13–66.
 26. De la Cueva M. El Nuevo derecho mexicano del trabajo. Ciudad de México: Editorial Porrúa; 1974. 603 p.
 27. Salazar G. La actividad probatoria en la nueva ley procesal del trabajo. En: *Sociedad Peruana de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social*, ed. *Retos del derecho del trabajo peruano: Nuevo proceso laboral, regímenes especiales y seguridad y salud en el trabajo*. 1ª ed. Lima: Editorial El Búho; 2010. p. 81–96.
 28. Valencia A. De las obligaciones. En: Valencia A, ed. *Derecho civil*. Quinta. Bogotá: Editorial Temis; 1978. p. 45–6.
 29. Peñaloza L, Suárez D. Análisis sobre la responsabilidad solidaria del contratista independiente y el beneficiario de la obra en relación con el accidente de trabajo. Pontificia Universidad Javeriana; 2006.
 30. Carter T, Atwell C, Wilson H. Occupational health professions in the United Kingdom. In: Grieco A,

- Fano D, Carter T, Iavicoli S, eds. Origins of Occupational Health Associations in the world. 1st ed. Amsterdam: Elsevier; 2003. p. 255–64.
31. Milles D, Muller R. Institutionalisation of Industrial Hygiene in Germany. In: Grieco A, Fano D, Carter T, Iavicoli S, eds. Origins of Occupational Health Associations in the world. 1st ed. Amsterdam: Elsevier; 2003. p. 55–71.
32. De Swaan A. A Cargo del Estado. 1^a ed. Barcelona: Ediciones Pomares-Corredor S.A; 1992. 1-379 p.
33. Dembe A. Back Pain. In: Dembe A, ed. Occupation and disease how social factors affect the conception of work-related disorders. New Haven and London: Yale University Press; 1996. p. 102–59.
34. Rosen G. The Bacteriological Era and its Aftermath (1875-1950). In: Fee E, Morman E, ed. A history of public health. Nueva York: The Johns Hopkins University Press; 1958. p. 270–319.
35. Gerhardtsson G. OHS in Sweden– The land of associations. In: Grieco A, Fano D, T. Carter, Iavicoli S, eds. Origins of Occupational Health Associations in the world. 1st ed. Amsterdam: Elsevier; 2003. p. 217–36.
36. Grieco A, Barenghi M, Fano D. Grieco, Malachia de Cristoforis. In: Grieco A, S. Iavicoli, Berlinguer G, eds. Contributions to the history of Occupational and Environmental Prevention. 1st ed. Amsterdam: Elsevier; 1999. p. 13–23.
37. Granda E. Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI. En: La salud y la vida. 1^a ed. 2009. p. 69–81.
38. Rodríguez Ó, Arévalo D, Ayala U, Arévalo E. Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia 1946-1992. Rodríguez O, Arévalo D, eds. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo; 1993. 288 p.
39. Conferencia Internacional del Trabajo. Marco de promoción en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. 1^a ed. Oficina Internacional del Trabajo, ed. Ginebra: ATA; 2005. i-70. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc93/pdf/rep-iv-1.pdf>.
40. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción [Internet]. Organización Mundial de la Salud, ed. Ginebra: Philippos Yiannikouris; 2010. 1-26 p. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces_spanish.pdf.
41. Granda E. Ciencia, Estado y servicios de salud. En: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ed. La salud y la vida. 1^a ed. Quito: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2009. p. 33–8.
42. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de la Salud Ocupacional para todos. “El camino hacia la salud en el trabajo”. Organización Mundial de la Salud, ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995. 4-100 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42109/951802071X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
43. Hernández-Álvarez M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: ALAMES, ed. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. México D.F: ALAMES; 2008. p. 1–16.
44. Rodríguez Ó. Del patronato al aseguramiento en el sistema de protección social en Colombia: asistencia, identificación y legitimidad. In: Le Bonniec Y, Rodríguez Ó, eds. Crecimiento, equidad y ciudadanía hacia un nuevo sistema de protección social. 1^a ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID); 2006. p. 197–281.
45. Harari R. The Evolution of occupational safety and health conditions in Ecuador: 1900-2000. In: Grieco A, Fano D, Carter T, Iavicoli S, eds. Origins of Occupational Health Associations in the world. 1th ed. Amsterdam: Elsevier; 2003. p. 29–42.
46. Granda E. El sujeto, la ética y la salud. En: Granda E, ed. La salud y la vida. 1^a ed. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2009. p. 97–109.
47. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 614 de 1984. Decreto 614 de 1984 Colombia: Diario Oficial 36.561 de 5 de Abril de 1984; 1984 p. 23. Disponible en: http://copaso.upbbga.edu.co/legislacion/decreto_614_84_Organizacion_y_Administracion_Salud_Ocupacional.pdf.
48. Granda E. Escuela de Salud Pública: Un espacio para la lucha en salud. En: Granda E, ed. La salud y la vida. 1^a ed. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador / Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; 2009. p. 51–7.
49. Granda E. Salud pública e identidad. En: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ed. La salud y la vida. 1^a ed. Quito: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2009. p. 111–33.
50. Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. 1^a ed. Laurell AC, Fundación Friedrich Ebert, eds. México D.F: Ediciones Era; 1997. 48 p.
51. Peckham TK, Baker MG, Camp JE, Kaufman JD, Seixas NS. Creating a future for Occupational Health. Ann Work Expo Heal. 2017;61(1):3–15.
52. Beck U. ¿Qué es la globalización?: Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Beck U, ed. Barcelona: Editorial Paidós; 1998. 223 p.
53. Consejo Consultivo Laboral Andino - CCLA / Programa Laboral de Desarrollo – PLADES. Derecho a la

- salud laboral en la Comunidad Andina [Internet]. 1ª ed. Ospina E, ed. duArtes; 2003. 1-85 p. Disponible en: http://www.relats.org/documentos/SST.ALC.General_Ospina.pdf.
54. Werner A. History of the origins of occupational health associations in Argentina. In: Grieco A, Fano D, Carter T, Iavicoli S, eds. *Origins of Occupational Health Associations in the world*. 1ª ed. Amsterdam: Elsevier; 2003. p. 1–10.
55. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de La Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, et al. Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. BID-BIRF-CEPAL-OEA-OPS-FNUAP-UNICEF-USAID, ed. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 1995. 20 p.
56. Consejo Consultivo Laboral Andino, Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores. Instrumento de seguridad y salud en el trabajo. Decisión 584. Comunidad Andina: Gaceta Oficial del Acuerdo de Cartagena; 2005 p. 29. Disponible en: <https://oiss.org/wp-content/uploads/2018/12/decision584.pdf>.
57. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Colombia; 1993 p. 35–188.
58. Granda E. Proceso de trabajo y salud: Algunas reflexiones. En: Granda E, ed. *La salud y la vida*. V. II. 1ª ed. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; 2009. p. 215–22.
59. Márkus G. Language and production : a critique of the paradigms. Márkus G, ed. *Boston studies in the philosophy of science*; v. 96. París: Springer, Boston Studies in the Philosophy and History of Science; 1986. 208 p.
60. Rojas C, Orellana T, Mera P. Los lugares creados por la libertad. Cuenca: Universidad del Azuay; 1994. 44 p.
61. Ávila I, Robaina C, González A, Oliva E, Fernández BL, Núñez N. Razones para reorientar la salud ocupacional en la atención primaria. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2016;17(4):57–61. Disponible en: <http://www.revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/45/194>.
62. Rafiei M, Ezzatian R, Farshad A, Sokooti M, Tabibi R, Colosio C. Occupational Health Services Integrated in Primary Health Care in Iran. *Ann Glob Heal*. 2015;81(4):561–7.
63. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Rev Sanid Hig Publica*. (Madr) 1987 [acceso 12/04/2011];1(2):129. Disponible en: <http://amro.who.int/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>.

Recibido: 10 de marzo de 2020 Aprobado: 15 de junio de 2020

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

COPYRIGHT © 2020: Juan Manuel Arango Soler, Yerson Alí Correa Moreno y Jairo Ernesto Luna García

LICENCIA CREATIVE COMMONS



Este artículo de la [Revista Cubana de Salud y Trabajo](#) está bajo una licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional \(CC BY-NC-SA 4.0\)](#). Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio o formato, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso [Revista Cubana de Salud y Trabajo](#).