

"Un plan de gobierno no es, en sí una obra de arte. La obra de arte está, precisamente en realizarlo."

General Perón

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores

Actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo, Instituto de Medicina del Trabajo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires

Prólogo de Mario Testa





Reunión realizada en el año 2011 con algunos de los integrantes del Instituto de Medicina del Trabajo, en el marco de la investigación realizada por Laura Martín y Hugo Spinelli que tuvo por objetivo recuperar esta experiencia innovadora en el campo de la salud laboral que cuestionó las categorías y prácticas en higiene, seguridad y medicina del trabajo dominantes en la época. Parados de izquierda a derecha: Eduardo Menéndez, Asia Selvin, Mario Testa, Jorge Rachid, Omar Glezer, Osvaldo Saidón, Ruben Efron, Luis Benecio y Felipe Aguerre. Sentados de izquierda a derecha: Silvia Chejter, Ricardo Saiegh, Alicia Gillone, Gilou García Reynoso y Carlos Rodríguez.

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores

Actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo,
Instituto de Medicina del Trabajo, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires

1, 2 y 3 de noviembre de 1973



Testa, Mario

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores : actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo, Instituto de Medicina del Trabajo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional y Popular / Mario Testa. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2019.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-4937-38-4

1. Salud Pública. 2. Medicina. 3. Salud Laboral. I. Título.

CDD 616.9803

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Clásicos*

Director: *Hugo Spinelli*

Editoras ejecutivas: *Viviana Martinovich, Jorge Arakaki, Jescy Montoya*

Coordinación editorial de esta obra: *Andrés Trotta*

Fotografías de tapa: *gentileza de Mario Testa*

Dibujos de interiores: *Fondo Mario Testa / Serie "Materiales de difusión política" del Centro de Documentación Pensar en Salud, Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.*

Corrección y diagramación: *Ludmila Báez*

Agradecemos a la Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA) por la posibilidad de realizar esta nueva edición de *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*, publicado originalmente en 1974.

© 2019, Mario Testa

© 2019, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-4937-38-4 (PDF)

Doi: 10.18294/9789874937384

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Índice

<i>Prólogo</i>	V
<i>Presentación</i>	VII
Discurso del presidente de la Nación, general Juan D. Perón, en el Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo de 1949	IX
Discurso del ministro de Salud Pública, doctor Ramón Carrillo, en el Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo de 1949	XVII
<i>Sesión inaugural</i>	
Discurso del licenciado Ernesto Villanueva, rector interventor de la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires	1
Discurso del doctor Mario Testa, delegado interventor de la Facultad de Medicina.	3
Discurso del compañero Carlos Raúl Cabrera, secretario general de la Asociación Obrera Minera Argentina	5
Discurso del doctor Ricardo Saiegh, director del Instituto de Medicina del Trabajo de la Facultad de Medicina y presidente de las jornadas	7
<i>Primera sesión plenaria</i>	
Estado de salud de los trabajadores argentinos	15
Salud y condiciones de vida del obrero en Jujuy	19
El control de la seguridad y la higiene por parte de los trabajadores	31
Comisión sobre enfermedades profesionales: criterios diagnósticos en medicina del trabajo	35
Condiciones de trabajo, salud e higiene en una empresa metalúrgica del Gran Buenos Aires	39
Criterios diagnósticos en la intoxicación por plomo	41
Estado de salud y seguridad de los trabajadores en las plantas de Caseros y Palomar pertenecientes a una empresa automotriz	43
Las enfermedades profesionales en la República Argentina (síntesis de conjunto)	47
Contribución al estudio de los valores normales de plomo en sangre (plombemia) en nuestro medio	51
Calor y ruido en la industria: desarrollo tecnológico	55
Un enfoque de las relaciones entre tránsito y medicina	65
Factores que condicionan el consumo energético en el hombre	69
Psicopatología del trabajo	75
Emergentes de un grupo de emergencia psiquiátrica	81

El tratamiento psicológico como factor importante en la rehabilitación de los accidentes del trabajo	83
Estudio de las condiciones de trabajo de las operadoras de la Empresa Nacional de Telecomunicaciones	87

Mesa redonda

La salud de los trabajadores vista por los propios trabajadores	91
---	----

Segunda sesión plenaria

Control del Estado al medio laboral	101
Experiencias y reflexiones sobre salud y trabajo	107
Anteproyecto del estatuto del obrero minero	113
La planificación y la salud de los trabajadores	127
Riesgos o infortunios del trabajo	133
La enseñanza de la medicina del trabajo	139
Información sobre enfermedades y accidentes laborales a través de algunas estadísticas oficiales	145
Problemas en la reubicación laboral del obrero físicamente marginado y estudio estadístico sobre las posibilidades de reubicación en pacientes con lesiones medulares	149
La Ley 1655 de atención médica obligatoria y la Ley 1814 de vivienda para la población obrera	159
Algunas consideraciones sobre fundamentos de la Ley 1655 y la Ley 1814 de la provincia de Jujuy	163
La teoría de la indiferencia de la concausa	169
Algunas insuficiencias y contradicciones en la Ley 19587 y su reglamentación	175
El concepto de accidente inhabilitador: su importancia en la mistificación de los objetivos de la seguridad industrial	179
Ley 11544 de 1929: su caducidad en 1973	181
La neumoconiosis de los mineros del cobre de Indio Muerto (Chile)	183

Bibliografía

187

Prólogo

Mario Testa

Mario Benedetti dijo de la vida: “ese paréntesis”. No fue el único, más de una canción afirma que “es un soplo la vida”. ¿Qué decir entonces de los casi cincuenta años transcurridos desde las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo, realizadas en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1973?

Por ahí andaba Ricardo Saiegh, junto con Rubén Efrón, dirigiendo apasionadamente el desarrollo de las jornadas, junto a muchos otros (y otras, aún no me animo a decir “otres”) como Miguel Matrajt (¿dónde estará ahora?), José Carlos Escudero, Floreal Ferrara, Carlos Cristóbal o Ernesto Villanueva, y las muy queridas Sylvia Bermann y Marie Langer (siempre presentes a pesar de los años que ya no están). Con Rubén caminamos todavía juntos para apoyar desde donde sea a FF¹ o para discutir con otros (¡me animé!) sobre esto o aquello en periódicas reuniones bautizadas “sopa y salud” (imaginar por qué).

Diría que me inquieta un tanto releer los discursos que abren el texto, en los que creo percibir algunas diferencias conceptuales entre lo que dice Perón frente a las palabras más contenidas de Carrillo, como si hubiese algo parecido a lo que alejó a este de la pasión de Evita, que terminó con el ostracismo voluntario del ministro fundacional de la salud en nuestro país.

También me inquieta (por no decir que me avergüenza) releer lo que escribí para la ocasión. Prefiero entonces destacar la presencia de Carlos Raúl Cabrera, secretario general de la Asociación Obrera Minera Argentina, con breves pero significativas palabras de agradecimiento (nada que agradecer, era su derecho) que marcaban algo que había sido muchas veces declamado, pero nunca hecho efectivo. La presencia obrera en ese lugar era la demostración de lo que queríamos hacer: lo que llamábamos la “universidad necesaria”. Y un recuerdo personal estremecedor: conversando con Cabrera me enteré que en Argentina no había ningún minero jubilado, todos se morían antes.

Ricardo Saiegh es quien proponía con claridad las carencias existentes y las tareas a realizar para que se haga conciencia firme la relación entre salud y trabajo, revisando todos los antecedentes que los ligan y que van a abrir una nueva manera de entender la salud como parte propia de esa relación. Algunos años después retomo el tema para afirmar las funciones propias del cuerpo de los seres humanos: el trabajo, el amor y la lucha, como formas de creatividad y caminos de libertad y,

¹En alusión a Alberto Fernández y Cristina Fernández, por entonces candidatos a presidente y vicepresidenta de Argentina.

en consecuencia, de salud. Lo expreso en el capítulo “Enseñar medicina” del libro *Pensar en salud*, lo que llevó a uno de mis estudiantes (docente de medicina) a enojarse consigo mismo al descubrir: “¿por qué yo no pensé esto si yo enseñé medicina?”

Han pasado 46 años de esas jornadas, no estaría mal una reedición para volver a pensar en las causas de los avances y los retrocesos, lo que facilitaría la tarea del futuro ministro de Alberto y Cristina.

Presentación

Los días 1, 2 y 3 de noviembre de 1973 se realizaron en el aula magna de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires (UNPBA) las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo, organizadas por el Instituto de Medicina del Trabajo perteneciente a dicha facultad.

Asistieron aproximadamente 1.000 personas entre obreros, empleados, médicos, ingenieros, psicólogos, sociólogos y otros profesionales.

En el transcurso de esos tres días, se discutieron posiciones científicas y se intercambiaron experiencias desde perspectivas diferentes; obreros y profesionales trabajaron mancomunadamente en función de un objetivo: la reconstrucción nacional en el terreno de la salud.

Este libro intenta reflejar esa labor compartida, en la que los distintos sectores aprendieron juntos y desarrollaron una experiencia original e inédita.

Se incluyen, además, dos discursos: uno pronunciado por el general Perón y otro por el doctor Ramón Carrillo en el Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo, que se llevó a cabo en Buenos Aires durante el primer gobierno peronista, y que marcan el modelo y el precedente histórico más significativos que guiaron la orientación de estas jornadas.

"Un plan de gobierno no es, en sí una obra de arte. La obra de arte está, precisamente, en realizarlo."

General Perón

Al pueblo no le interesan más las palabras; le interesan los hechos.

Para llegar a los hechos tenemos que organizarnos. Uno de los modos de impulsar esa organización, es sentarnos a discutir sobre los problemas que nos afectan a todos.

JUVENTUD PERONISTA

Discurso del presidente de la nación, general Juan D. Perón, en el Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo de 1949

Mis primeras palabras han de ser las del saludo cordial que exprese el agradecimiento del Gobierno argentino hacia los señores delegados que han llegado a Buenos Aires, desde el interior del país, y desde el extranjero, para considerar, en este Primer Congreso Americano, los problemas relacionados con la medicina del trabajo.

Quiero destacar, también, antes de comenzar el desarrollo de mi exposición, el espíritu de unidad y de cooperación con que han acudido a esta cita de trabajo todos los países de América, sin ninguna excepción. Esta circunstancia nos permite alentar la bien fundada esperanza de que América sea muy pronto una comunidad de grandes y generosos ideales, cuyos hombres realicen la aspiración suprema de la humanidad: vivir y trabajar en paz.

Me siento obligado, también, a decir mi palabra de aliento y de congratulación a los organizadores de este Congreso que, sin escatimar sacrificios de ninguna clase, realizaron la tarea de unir tantas voluntades en este empeño generoso que hoy vemos materializado con beneficio indudable para nuestros pueblos.

Dos categorías de hombres

Siempre me ha resultado particularmente grato asistir a estas manifestaciones que la generosidad humana organiza en beneficio de la comunidad. Los hombres se dividen en dos grandes categorías que representan dos aptitudes opuestas y distintas: en la primera categoría están los que trabajan para sí mismos. Felizmente, esta clase de hombres, que es la más numerosa, no se organizará jamás, porque su actitud es egoísta y, por lo tanto, incompatible con todo movimiento de unión organizada.

El otro grupo es el de los hombres que piensan, luchan, trabajan, se sacrifican e incluso llegan a ofrecer su vida por los demás. Y aunque esta clase de hombres es más reducida en el número que la primera, sabe organizarse porque lleva en su actitud misma el germen de la unión, y esta unión le da la fuerza que es, al fin de cuentas, la razón de su triunfo sobre la otra parte de la humanidad.

Yo sé que todos los señores delegados pertenecen a esta categoría de hombres que, por los más encontrados caminos, hallan la manera de reunirse para concretar proyectos y aspiraciones que han de promover el mayor bienestar a la humanidad.

Medicina individualista y medicina social

Por otra parte, yo sé que cada uno de los señores delegados —médicos en su mayoría o profesionales en otras disciplinas universitarias— al abrazar esta árida y no siempre bien comprendida tarea de la medicina del trabajo, han tenido que hacer abandono de todos los halagos de la profesión, individualmente ejercida, para aceptar, en cambio, este otro camino de silenciosa y escondida tarea, de resultados lejanos, de victorias espaciadas y difíciles.

En el caso particular de los médicos, el paso de la medicina individualista a la medicina social implica el renunciamiento total de los halagos más puros a los que puede aspirar un médico: la gratitud con que se expresa una salud que se recupera; la felicidad de un hogar que vuelve a gozar la alegría de un hijo o de una madre que retorna a la vida; la íntima y profunda satisfacción de ayudar a la vida en sus luchas con la muerte.

Todos estos halagos son parte del sacrificio de los hombres que, como la mayoría de los señores delegados, han decidido elegir este otro camino del servicio social; de la medicina social; de la medicina del trabajo. Yo comprendo perfectamente esta actitud y doy gracias a la Providencia que haya en el mundo hombres así, porque de ellos solamente podrá surgir la humanidad que venimos esperando desde hace tantos siglos.

Por todas estas circunstancias, me resulta particularmente grato estar en esta sesión final de este Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo. Y por las mismas razones me animo, como un delegado más, a expresar mi opinión de gobernante ante este problema que, por afectar los valores humanos de los trabajadores, tiene en mi doctrina política suprema y esencial preponderancia.

Lo que se ha realizado en materia social

Con esto queda señalado, también, que este problema no resulta ajeno a mis preocupaciones. La prueba está en lo que llevamos realizado desde aquellos días iniciales, de mis luchas en la Secretaría de Trabajo y Previsión, hasta los actuales momentos en que estamos consolidando todo lo que hemos conquistado en este terreno de la reforma social.

En los momentos iniciales era difícil hacer entender, a veces a nuestros mismos compañeros de afanes, la importancia de algunas medidas que concretaban un avance en el campo de la medicina social, especialmente en sus aspectos relacionados con el trabajo.

Ahora ya nadie recibe con extrañeza decretos o leyes de ese tipo. Tal vez porque ahora todos están convencidos de que el trabajo es una razón de dignidad del hombre y de que el trabajador es un hombre con iguales derechos que los demás. ¡O con más derechos, desde que él es la fuente de la vida que nutre a los demás!

Toda aquella legislación ha sido consolidada. Y no solo ha formado cuerpo de leyes. Hemos logrado su definitiva conformación constitucional.

Derechos del trabajador y medicina del trabajo

En nuestra Constitución Justicialista están fijados, como garantía definitiva para los trabajadores argentinos, todos los derechos básicos sobre cuya columna vertebral estamos elaborando nuestro Código Social Justicialista.

Todos estos derechos tienen una relación directa con el tema fundamental de este Congreso de Medicina del Trabajo. Porque todas ellas son condiciones que directa o indirectamente influyen sobre la salud integral —física y espiritual— de los trabajadores.

Personalidad del trabajador

Si la medicina del trabajo tiene por objeto el estudio de la personalidad del hombre de trabajo y sus relaciones con este para que el trabajador pueda vivir sano integralmente, debemos convenir que, ante todo, necesitamos darle personalidad al trabajador. Y para ello tenemos que reconocerle aquellos derechos sin los que no poseerá jamás la dignidad que debe tener para ser persona humana como todos los demás hombres.

Esa ha sido nuestra primera gran tarea: elevar la cultura social, dignificar el trabajo, humanizar el capital. Por estos tres caminos comenzamos a levantar a nuestros menospreciados hombres de trabajo y les hicimos comprender que todos ellos tenían una serie de derechos que, hasta ese momento, les habían sido negados.

Así creamos la personalidad de nuestros trabajadores. Y este, que fue nuestro primer objetivo y que ya hemos cumplido totalmente, constituye la base del estudio de la medicina del trabajo.

Ahora sí puede estudiar la personalidad del trabajador, porque ahora, en nuestro país, el trabajador tiene personalidad.

Valor del trabajo

El valor intrínseco que se asigna al hombre que trabaja tiene relación directa con el valor del trabajo que él ejecuta o realiza.

Cuando se aceptaba que el trabajador era un esclavo, o poco menos, y su explotación era lo corriente, se rechazaba prácticamente la idea cristiana de su igualdad con respecto a los demás hombres, aunque se la pregonara en todos los discursos.

En aquellas circunstancias, el trabajo, lógicamente, no podía tener sino valores variables sujetos a las leyes económicas que rigen el precio de las cosas en el comercio. E incluso para determinar el valor del trabajo humano se aplicaban las fórmulas del trabajo mecánico, como si en la actividad creativa o productora del hombre no jugasen influencias más que fuerzas físicas. Ahora que la personalidad del hombre de trabajo tiene ya su verdadero y alto valor absoluto, no se puede medir el trabajo de la misma manera.

Ahora resulta más fácil entender que el valor del trabajo no se puede medir por lo que él produce como si fuese un resultado matemático, sino por la magnitud del hombre que realiza el trabajo, cuyas fuerzas no pueden ser medidas con ninguna fórmula matemática o física que no tenga factores infinitos. ¡Por lo menos un factor infinito: el de la dignidad humana del trabajador!

Ahora podemos hablar de medicina del trabajo

Puestas así las cosas en su lugar, ya puede hablarse de medicina del trabajo con propiedad. Ya pueden acordar los distintos criterios porque se parte de una misma y elevada valoración del trabajador y del trabajo. Así, ya no resulta extraño que la Constitución justicialista diga:

Que “el trabajo es el medio indispensable para satisfacer las necesidades espirituales y materiales del individuo y de la comunidad, la causa de todas las conquistas de la civilización y el fundamento de la prosperidad general”.

Que “la riqueza, la renta y el interés del capital son frutos exclusivos del trabajo humano”.

Que “la consideración debida al ser humano, la importancia que el trabajo reviste como función social, consagran el derecho de los individuos a exigir condiciones dignas y justas para el desarrollo de su actividad”.

Que “el cuidado de la salud física y moral de los individuos debe ser una preocupación primordial y constante de la sociedad a la que corresponde velar para que el régimen de trabajo reúna los requisitos adecuados de higiene y seguridad, no exceda las posibilidades del esfuerzo y posibilite la debida oportunidad de recuperación por el reposo”.

Estos últimos conceptos encierran los aspectos esenciales de medicina del trabajo. Pero en rigor de verdad, todos los derechos del trabajador concurren a crear la personalidad del hombre que trabaja, a darle la plenitud de sus posibilidades en bien de la salud física y moral, para que pueda alcanzar la mayor felicidad posible.

Medicina curativa y medicina preventiva

La medicina del trabajo, al igual que la medicina general, tiene, como todos los señores delegados lo saben, dos aspectos fundamentales: uno es el de la medicina preventiva; otro, el de la medicina curativa. Y así como los médicos en general van entendiendo que el viejo aforismo “más vale prevenir que curar” debe ser hecho realidad en la práctica médica diaria, nosotros hemos creído que la proporción, en el caso de la medicina del trabajo, debía ser extraordinariamente mayor en beneficio de la prevención de las enfermedades que de la medicina curativa del trabajo.

La medicina curativa, en este orden de cosas, llega, por lo general, tarde. Basta leer la larga lista de las enfermedades profesionales y analizar en los textos de patología

el pronóstico que de ellas hacen los tratadistas para confirmarse en esta evidente realidad; y basta pensar que todas estas enfermedades pudieron ser evitadas, para llegar al convencimiento de que en este problema médico-social la prevención es fundamental, con un diez por ciento de nuestras preocupaciones para la medicina curativa del trabajo, y para el auxilio de las secuelas que son el fruto tardío y amargo de la imprevisión.

Medicina preventiva del trabajo

¿Cómo habrá de hacerse la medicina preventiva del trabajo? Yo puedo decir, felizmente, que nosotros hemos hecho ya un trecho de camino bastante largo en este sentido.

Yo podría enumerar durante varias horas todo el detalle de nuestra tarea así orientada, pero a costa de ser larga y fatigosa la exposición, podría quedar alguna duda en el espíritu de los señores delegados. Yo me permito pedirles que salgan a la calle y conversen con nuestros trabajadores, que visiten los lugares de trabajo, que ausculten el sentir de los obreros argentinos y, sobre todo, que insistan en dos preguntas: ¿Cómo era antes? ¿Cómo es ahora?

Que investiguen nuestros salarios y su relación con el costo de la vida; que averigüen cómo vivía antes un obrero argentino y cómo vive ahora; cómo se vestía y cómo se viste; cómo se alimentaba y cómo se alimenta; cómo se divertía y cómo se divierte.

Todos estos fueron objetivos de aquella primera etapa de medicina preventiva del trabajo que nosotros ya realizamos. Porque entendemos que ganar un salario justo, vestir dignamente, divertirse honestamente, descansar en forma adecuada, tener una vivienda alegre y cómoda, son condiciones fundamentales de una buena salud. Por otra parte, el trabajo para que sea saludable debe ser realizado con alegría, y no se puede trabajar con alegría cuando no se va al trabajo en las condiciones fundamentales que hemos señalado. Nosotros hemos creado estas condiciones, y, por otra parte, hemos asegurado el descanso de la vejez tranquila a todos nuestros trabajadores, para que ninguna sombra oculte las perspectivas del porvenir. Así, nuestros trabajadores pueden brindar, tranquilos y alegres, sus esfuerzos que producen bienes para nuestra comunidad y para los demás pueblos del mundo.

Yo aspiro a que el pueblo argentino sea un permanente canto de alegría y de felicidad, y que los productos que elaboran los trabajadores argentinos lleven impregnadas en su estructura esa alegría y esa felicidad para que de ella se contagien todos los pueblos de la tierra.

Técnicos sanitarios sociales

Al mismo tiempo, paralelamente con la acción directa en el terreno social realizada en beneficio inmediato de los trabajadores, consideramos que era conveniente la formación de técnicos en esta materia. Y así fue como procedimos a crear, en una

de nuestras universidades, la primera Facultad Argentina de Higiene y Medicina Preventiva, de cuyo seno están egresando médicos, odontólogos, educadores e inspectores sanitarios. Ellos reciben del Estado el caudal de conocimientos necesarios para que todo lo que nosotros hemos realizado sea científicamente perfeccionado. A ellos corresponderá, también, la tarea de conformar definitivamente en el país una conciencia exacta de todos estos problemas.

Condiciones dignas de trabajo

En los aspectos directamente relacionados con el trabajo mismo, la cláusula constitucional que establece que el Estado garantiza a los trabajadores condiciones dignas de trabajo se está realizando progresivamente.

Desde los días de la Secretaría de Trabajo y Previsión en que debíamos enfrentarnos con la más cerrada incompreensión patronal, hasta la actualidad en que los mismos patronos entienden ya que invertir dinero en mejorar las condiciones de trabajo de sus obreros es poner capital a un elevado interés, icómo han cambiado las cosas en nuestro país!

Sé que aún en este sentido queda mucho que hacer. Pero ya se han reunido las condiciones necesarias para que toda tarea de este orden sea comprendida por la mayor parte de la gente. Ya se puede hablar, sin temor de ser tenido por extravagante o por loco, de cosas ahora tan conocidas: como la orientación y la selección profesional, la psicotecnia aplicada a estos problemas, la organización científica del trabajo, los servicios sociales y culturales en los lugares de trabajo, etcétera. Cada vez son más y mejores los esfuerzos de los patronos por establecer adecuados servicios asistenciales, alimenticios, culturales, recreativos, en sus fábricas, y lo que importa señalar es que todo esto es exigido cada vez más por los mismos obreros, cuya personalidad —lo primero que nos interesó crear— necesita ahora de todo esto que antes no le merecía tanto interés. Desde que todo era absorbido por la fundamental preocupación de ganar lo indispensable para comer. ¡Ahora ya pueden entender nuestros trabajadores aquello de que “no solo de pan vive el hombre”!

Los mismos trabajadores exigen todo esto

¡Y son los mismos trabajadores los que quieren y exigen higiene, seguridad, previsión y asistencia!

Cuando yo veo este nuevo panorama nacional y analizo sus aspectos relacionados con estos problemas, me confirmo cada vez más en la idea de que ya todo esto que hemos logrado tiene el sello de lo “definitivamente conquistado”.

Se podrá avanzar, pero no retroceder. Porque, aunque vuelvan hoy mismo al gobierno las mismas fuerzas antisociales que nosotros vencimos, no podrán destruir las construcciones fundamentales de nuestro movimiento. Porque hemos tenido el buen tino de entregarlas al pueblo. ¡Y el pueblo sabrá defenderlas en cualquier

circunstancia, porque tiene un especial sentido de autodefensa que es precisamente la razón por la cual sobrevive y progresa a pesar de tantos reveses y tantos cataclismos!

Ahora nos queda por realizar la tarea cotidiana (que es trabajo de paciencia), que consiste en extender, hasta el último lugar de trabajo, las conquistas logradas y consolidadas.

Colaboración general

En esta tarea no ha de ser escasa la colaboración que deberán prestarnos los hombres que, como vosotros, tienen por objeto de sus vidas el servicio de la comunidad.

Yo requiero en este momento esa cooperación, y sé que no hago un vano llamamiento a la puerta de vuestros espíritus. Este requerimiento no solo va dirigido a los trabajadores sociales de mi país.

También, por intermedio de los señores delegados extranjeros, quiero que sea transmitido a todos los hombres de buena voluntad que luchan, en América y en el mundo, por el bienestar de los trabajadores.

Yo sé que he de ser bien interpretado porque mi voz expresa el hondo sentir de mi pueblo, del pueblo trabajador de mi país, que, satisfactoriamente, desea compartir esa felicidad con todos los hombres de trabajo que ganan el pan de la humanidad.

Al pedir a los señores delegados extranjeros que luchen e inciten a la lucha por el bienestar de los trabajadores de sus respectivos pueblos, yo no hago sino expresar mi deseo invariable de amistad y de paz. Porque la paz y la amistad entre los pueblos del mundo solo será lograda cuando sus trabajadores se sientan simplemente hombres dignos y en su trabajo canten la alegría de haber logrado para ellos la justicia, que, como dice un poeta italiano, es la “alta esperanza de los siglos”.

Discurso del ministro de Salud Pública, doctor Ramón Carrillo, en el Primer Congreso Americano de Medicina del Trabajo de 1949

Nada puede ser más grato para un hombre del gobierno del general Perón que discurrir ante tan distinguido auditorio de colegas, acerca de los problemas sanitarios del trabajo, y más si, como el que habla, es también médico.

Desde el punto de vista sanitario, las condiciones del trabajo ofrecen una antítesis perfectamente precisa. Por una parte, el trabajo aparece como un factor de enfermedad y, en tal sentido, tiene su consagración en las ciencias médicas, desde los tiempos de Ramazzini, que ya en 1700 pone las bases de la patología de las profesiones.

Por otra parte, el trabajo se nos presenta como un factor que puede ser concurrente al desarrollo de la salud. Y en este sentido, estamos obligados a pensar que cada lugar de trabajo puede convertirse en un centro de salud, si es que sabemos encauzar tal concepción de una manera racional y orgánica.

El trabajo, como factor de morbilidad, se puso en evidencia con dos hechos: primero, la era del urbanismo, durante la que la estadística señala con negros caracteres, cuánto perdió el hombre por abandonar la vida rural; segundo, la era del maquinismo, que permitió a los poderosos densificar las injusticias tremendas de un nuevo régimen económico. Este maquinismo ubica las cinco últimas décadas del siglo XIX y tiene su culminación en Inglaterra, donde se impone el brutal concepto manchesteriano de la política social y económica. Por la que se permite incluso la explotación sin límites de la mujer y del niño.

El urbanismo no fue un fenómeno espontáneo en la vida de los pueblos, sino el producto de la era capitalista que se inicia en la Edad Moderna y que obliga a la concentración de los medios de producción en límites cada vez más estrechos. No es que el urbanismo no se hubiera conocido en épocas pretéritas. Allí están las grandes ciudades de la antigüedad. Pero entonces el urbanismo tenía otro carácter. Era el reducto del feudalismo, que debía amurallarse para defenderse.

Los problemas sanitarios que crearon las primeras ciudades de otros tiempos, eran los mismos que tuvieron después las grandes ciudades a partir del siglo XVIII, y aún quedan como recuerdos de la ingeniería sanitaria de entonces, los grandes acueductos, los baños públicos, construidos con las mismas leyes físicas con que se gobierna en nuestros días la instalación de obras equivalentes. Los problemas sanitarios de las grandes ciudades no cambiaron en muchos siglos, y no podría hablarse, en verdad, de una era industrial si tuviéramos que endosar a la industria los males de toda índole que produjo la concentración urbana.

Nada mejor que la estadística para poner en evidencia el grado de progreso alcanzado por una colectividad. No hay un solo aspecto ligado a la salud del hombre que no pueda ser influido por la mala organización del trabajo.

El primer millón de enrolados en Inglaterra, para la guerra de 1914, evidencia esta verdad terminante. Llegaron soldados a las filas, inútiles para todo servicio; más de las zonas y los barrios obreros que de las zonas miserables de Londres, incluso la de Whitechapel, tan realísticamente descripta por Dickens. Más de las zonas industriales, pues, que de las zonas de la miseria y del harapo.

Aquello fue una dolorosa revelación que llevó a expresar al entonces primer ministro, Lloyd George, esta frase: “En homenaje a nuestros muertos en los campos de batalla, no podremos dejar, una vez terminada esta guerra, las condiciones sociales que existían cuando se convocó la primera leva de combatientes”.

Y, en efecto, toda la obra que realizó después del año 1918 la Oficina Internacional del Trabajo, así como la declaración estampada en el párrafo 18 de la Liga de las Naciones, derivaron de esa penosa verdad que la estadística había señalado por primera vez. Aquella declaración (así formulada: “Ni de hecho, ni de derecho, el trabajo humano es una mercancía”) lanzada al mundo, permitió, por primera vez en política social, sentar el principio de que la explotación del trabajo tenía un límite.

Pero se necesitó una guerra para comprender esa verdad que ya la ciencia médica proclamaba en todos los estrados universitarios y allí donde pudiera hacerse oír. Y si la Primera Guerra Mundial reveló que la salud de las masas comprometía aún la defensa nacional, esto es el destino de la patria, la última contienda mundial permitió a EEUU dar categoría definitiva a los principios de la medicina preventiva y promover un avance inmenso en la medicina del trabajo.

Interesa señalar estos dos hechos, porque nos llevan como de la mano hacia los postulados de una nueva acción.

La guerra de 1914 puso en evidencia las necesidades sociales, y el mundo se apresuró entonces a dictar leyes que permitieron controlar los llamados “factores sociales” de las enfermedades. Cuando hablamos de “factores sociales”, nos referimos siempre a los indirectos: el salario, la ignorancia, la mala vivienda, el ambiente, etcétera. En veinte años, el mundo se inundó de leyes sociales y el trabajo dejó de ser un factor de enfermedad, para convertirse, a la postre, en un medio que podría propender al mejoramiento sanitario. Aún los accidentes del trabajo son, en algunos centros de labor, tan ínfimos que, puede decirse, el hombre está más seguro en una fábrica que en la calle.

Estamos en condiciones de sentar una verdad; y es que, llegada la legislación social a un punto de saturación, ella ya no sirve a los fines sanitarios, aunque sirva primero al bienestar del hombre y luego a su molicie y hasta a su vicio. Se puede disminuir la jornada de trabajo a seis horas, por ejemplo, en los medios insalubres, pero no podría disminuirse más, porque entonces esa ley no tendría un fin social, sino un fin perfectamente antisocial. Igual consideración puede hacerse para las mejoras sociales de toda índole.

El bienestar de las masas debe permitir a estas, la adquisición de una cultura que les transforme el tiempo libre o las *sobreganancias*, en mejoramiento para las mismas masas y para la colectividad.

Las estadísticas y la legislación del trabajo

Solo hay un medio para poder saber cuándo una legislación del trabajo tiene un fin sanitario, y ese medio —insisto— es la estadística.

Toda reforma que no modifique los índices de mortalidad, de morbilidad, de invalidez, de nupcialidad, de maternidad, de nutrición, no es una ley que tenga alcances sanitarios. Existen en el mundo ciudades industriales que han alcanzado un índice de mortalidad general de 9 por mil; y un índice de mortalidad infantil de 35 por cada mil nacidos vivos. Y hay medios industriales donde el hombre, al nacer, tiene en tablas biométricas el derecho a vivir 67 años. Estos son los mejores test del estado de sanidad de un pueblo, incluidos los pueblos industriales.

Un pueblo o una ciudad, que tengan índices inferiores a estos, no pueden ser clasificados como civilizados desde el punto de vista sanitario. En ellos, la higiene tiene aún mucho que hacer. La Primera Guerra Mundial nos enseñó a defendernos contra los factores indirectos que afectan a la salud. Pero el tiempo nos ha enseñado que estos factores, llamados hoy “componentes sociales”, tienen una medida en la acción y que llega un límite en que ellos no actúan ya sanitariamente. La tuberculosis es la mejor demostración de este aserto, pues hay también tuberculosis en las clases pudientes, sobre las que los factores sociales no actúan.

Fue también necesaria, digámoslo así, una nueva conflagración bélica, para darle a la medicina preventiva toda su jerarquía e importancia. Y así se desplazó la acción de los poderes públicos a la infancia y a la adolescencia y sobre todo hacia la mujer obrera grávida. Desde ese instante, la industria se convirtió en un centro de salud. Ya no bastaba, entonces, la acción del Estado interviniendo en la edad escolar y en la pubertad. Tenía el ambiente industrial que vigilar y controlar la sanidad de sus obreros. Y este es el momento en que se crean en todas partes los grandes servicios médicos de las fábricas y de todos los ambientes de trabajo.

El 14 de noviembre de 1944, el entonces coronel Perón, al frente de la Secretaría de Trabajo y Previsión, dio a nuestro pueblo la Ley de Medicina Preventiva, destinada al control de la salud en los medios obreros y a la profilaxis de las enfermedades crónicas e invalidantes. Esta ley fue el producto de la experiencia de un mundo flagelado por dos guerras. La fábrica, un centro de salud, repetimos. Este es un concepto justicialista del general Perón. El industrial deja de ser un ente privado destinado a acumular ganancias, para ser un ente público, un administrador social de la higiene, y debe realizar en su ámbito, igual que el Estado, la sanidad de los medios obreros.

Un nuevo campo de acción para el médico

Las creaciones de la medicina del trabajo caerán en el vacío si no contamos, al mismo tiempo, con los técnicos capaces de llevarlas a cabo y a buen término. Y estas son las creaciones universitarias en que me ha tocado influir en el Departamento de Graduados. Una, el médico de fábrica, médico práctico que deberá seguir un año de

estudios especializados. Y otra, el superintendente de Higiene del Trabajo, que debe ser un médico higienista, con dos años de alta especialización. Corresponde a estos dictaminar sobre la aplicación de las leyes que se refieren a los lugares de trabajo y su ambiente sanitario, a las condiciones en que se produce la fatiga industrial, a la profilaxis del sobreesfuerzo y del agotamiento, a la lucha contra los accidentes y enfermedades profesionales, al conocimiento de la toxicología industrial, a la inspección sanitaria de los talleres, y, por último, a todas las obras de servicio médico-social de la industria.

La sola enunciación de estos objetivos, demuestra a las claras la amplitud de conocimientos técnicos que se requerirán. Cabe añadir que, a lo expuesto, se agrega también la creación de los asistentes industriales, y es muy posible que, antes de finalizar el año, sean iniciados los cursos de lo que ha de ser una Escuela Argentina de Estudios Industriales. Igual que las que poseen ya las escuelas médicas de Baltimore y Boston, en EEUU, de Toronto en Canadá, y de Cambridge en Inglaterra.

Tenemos a nuestro frente dos situaciones industriales diferenciadas. Una, la que corresponde a todas las fábricas e industrias que fueron instaladas antes de 1910, y que aún están en locales inadecuados y a las que habrá de someterse a un programa progresivo de renovación.

Frente a este pasado, que actúa como lastre en la modernización de nuestro equipo industrial, tenemos modernas fábricas con todos sus implementos médicos y de bienestar que hacen de ellas verdaderos modelos.

Podemos influir en una media centuria si, desde ya, sabemos imponer a la era industrial que vivimos estas condiciones de progreso, llevándolas especialmente a las zonas mineras y petrolíferas que se están desarrollando en la cordillera y en la zona forestal del norte argentino, donde se perfila ya el gran futuro de nuestra grandeza industrial. Me refiero al Chaco, a Formosa y a la selva misionera. Habrá que dictar una legislación que haga que la nueva industria en marcha, adopte todo aquello que signifique un progreso médico y un adelanto social. En eso están empeñados el general Perón y su señora esposa, la presidenta de la Fundación de Ayuda Social, a quien tendremos el honor de escuchar el día 5 del corriente sobre el tema de la obra social a su cargo.

Sin duda, una de las mejores expresiones del justicialismo por el que brega nuestro líder, ha de ser la creación de los servicios médicos sociales en todos los medios obreros.

Hay en la actualidad una minoría de fábricas e industrias que ya cuentan, por autodeterminación y espíritu generoso de empresa, con excelentes servicios médicos sociales. Ellas son avanzadas de una alta civilización, y nos honramos en destacarlo.

Pero en homenaje a los sentimientos del tiempo en que vivimos y como fruto también de la maduración político-social que ha significado el movimiento revolucionario que orienta el general Perón, no podemos demorar la adopción de las leyes que nos reclaman estos progresos en forma imperativa.

Omito en esta oportunidad la enunciación de propósitos ya expuestos en congresos similares. Muchos de ellos ya no son propósitos, sino realizaciones. Pero quiero señalar, como un hecho, que si la era industrial significó en todos los tiempos

un retroceso en materia sanitaria, hoy estamos en condiciones de hacer que ella sea el puesto de avanzada de la salud obrera, de la salud de la comunidad.

Las perspectivas del presente congreso

Los congresos científicos tienen su razón de ser cuando los temas de sus preocupaciones pueden alcanzar una inmediata aplicación. Si la única misión de un congreso de este carácter fuera la de repetir en cenáculo, en huerto cerrado, 108 conocimientos generales, no alcanzarían trascendencia social alguna. Por eso, la eficacia de los congresos está en razón inversa con su profundidad. Un congreso debe siempre interpretar, captar, un momento determinado, un “estatus” social, y brindar a la comunidad que lo anima las mejores experiencias.

País el nuestro que se abre a una era industrial, nada que interese a la medicina del trabajo deja de sernos grato. En tal sentido, pláceme destacar que el temario de este congreso que se abre hoy bajo los signos más promisorios, tiene puntos sobresalientes en los que he de adelantar mi juicio como universitario y como hombre de gobierno.

El problema del ausentismo, que figura como primero de los temas oficiales, debe atraer la atención de los señores delegados. Ya me he referido a él en una reciente oportunidad. El del ausentismo es un problema actual difícil de resolver aquí y en otros países, porque las masas obreras, con un erróneo concepto, se han habituado a invalidarse temporalmente. No por enfermedades, sino hasta por indisposiciones, cuyo límite con la enfermedad es difícil precisar. Este problema, sin embargo, tiene ya solución en otras naciones, mediante el seguro de enfermedad. Gracias a este se brinda al obrero asistencia médica en consulta externa durante todo el tiempo que lo necesite, y asistencia médica con ausencia del trabajo durante 26 semanas. Después pasa a las cargas del seguro de invalidez, si se prolonga su incapacidad. Pero lo interesante es que la experiencia en esta materia, en los países que la tienen, señala que en ningún caso el subsidio de enfermedad puede ser más del 50% del salario, y recién abonado a partir del cuarto día de ausencia. De tal manera, las indisposiciones comunes quedan a cargo único del obrero.

Los índices universales dan así por ausentismo un 2% de la población obrera que trabaja y no el 8% o el 10%, como se alcanza en diversos países en los últimos tiempos, aun con la protesta de las mismas organizaciones sindicales.

Alcances sociales de la Ley 9688

Sobre el tema quinto, referente al tratamiento y rehabilitación de los accidentados, la personalidad del doctor Reggi, eficaz animador de este congreso, puede llenar todo el cuadro porque es de su especialización.

Tampoco basta que haya profesores con estas inquietudes. Es indispensable brindarles los medios económicos para que puedan desempeñarse ampliamente. Conocida es la actuación que ya tuvo en esta materia el malogrado doctor Guillermo

Bosch Arana, prestigiando las prótesis cineplásticas. Su nombre es hoy conocido fuera de nuestro país y está considerado como un pionero de la medicina ortopédica argentina. Un argentino donó a Francia el Hospital Santa Isabel, situado cerca de París, y destinado a esos mismos fines.

Argentina no tiene aún un hospital similar, pero ese argentino obtuvo la Legión de Honor, en mérito a esa donación que no hizo a su patria de origen. Este tema podrá tener amplitud y alcances sociales cuando nuestra Ley 9688, de simple indemnización a los accidentados, se convierta en la Caja Nacional de Siniestrados, tal cual es el pensamiento del general Perón.

En vísperas de concluir el último período parlamentario, hubo una tentativa para ampliar las prestaciones de la Ley 9686, pero esa tentativa no tuvo en cuenta el principio social que expresa: "el dolor no puede ser artículo de comercio". No se puede continuar con una ley por la que se deriva el riesgo de accidentes hacia empresas comerciales privadas. Solo un organismo del Estado puede tener sentido social.

Es la única posibilidad de que agreguemos a las prestaciones, además de los subsidios y la indemnización, también la recuperación, la rehabilitación, la prevención y la asistencia económica al accidentado o a sus derechohabientes en caso de muerte o de incapacidad absoluta. Insisto en que este congreso estudie si una solución de tal naturaleza es o no adecuada.

El tema décimo, referente a neumoconiosis, es otro sobre el que tendremos que hacer nuestra escuela médica. No hay casos típicos en la industria minera de la cordillera y en el norte argentino. El catastro radiográfico de las poblaciones obreras allí radicadas permitirá encontrar la silicosis en el primer período de la enfermedad, pues ya sabemos que en el segundo es ya irreversible.

Pido a ustedes disculpas si he sido largo en este comentario sobre los temas oficiales del congreso. Lo he hecho para expresar hasta qué punto la autoridad sanitaria hállese interesada en vuestro éxito y para fijar los conceptos que tenemos al respecto.

Están ustedes abocados a largas sesiones de labor, a una controversia continua de pareceres, experiencias y estudios.

Quiero anticiparles, sin embargo, que todo este esfuerzo no llegará a cuajar en forma definitiva hasta que toda escuela médica cuente con un servicio especializado en enfermedades del trabajo y profesionales. Hay que llegar siempre a la especialización. Ejemplo de lo que digo lo tenemos en las grandes clínicas de EEUU, que concentran en un servicio determinado a todos los enfermos que le son enviados desde diversos puntos. Solo así se puede hacer escuela médica.

Nuestros enfermos del trabajo se pierden hoy en los cientos de salas hospitalarias de la república, por lo cual pocos son los médicos que se interesan en la que ya hemos denominado medicina tecnológica.

Como presidente del Departamento de Graduados, anticipo que en el nuevo edificio del Hospital Escuela y en el Hospital Tecnológico de Nueva Pompeya, destinaremos los pabellones y laboratorios necesarios, a los que los médicos de fábrica podrán derivar sus casos de difícil diagnóstico o de tratamiento especial.

Significado y fundamento de una nueva política social

Al iniciar en mayo del corriente año el primer curso oficial de medicina del trabajo, acorde con muchas de las preocupaciones de este congreso y con el magnífico espíritu del general Perón, expresé que deseamos suscitar en el médico el anhelo superior de adentrarse en el estudio de todos los problemas afines a la ciencia del trabajo, hasta llegar a la creación de la gran Escuela de Medicina Tecnológica. Este es un nuevo adelanto en nuestra labor y me place señalarlo.

Habremos fijado férreamente esta posición, si atendemos a los propósitos que guían nuestra acción y que son el fundamento de toda una política nueva en la patria.

Queremos que la salud del ciudadano se cuide para que el ser adquiera su más alta dignidad en la plena realización de los fines a que está destinado.

Queremos que la salud del ser se cuide, también, para que él logre su mayor capacidad, en beneficio propio, de los suyos y de la nación.

Queremos que la salud argentina se cuide para mantener y acrecentar el poder de producción de nuestra patria, que es, en última instancia, consolidar y hacer inexpugnable su libertad y su soberanía.

Queremos que todos los argentinos y los que conviven con nosotros seamos artífices de nuestro propio destino, según la gráfica expresión del presidente Perón, ya que está en nosotros acelerarlo y realizarlo en las mejores condiciones que nos sean dadas.

Queremos que en la formación y educación integral del hombre y de la mujer de trabajo, resida el secreto de su mayor potencialidad.

Y queremos, en fin, con voluntad y fervor patrióticos, llegar en salud, bienestar y medios, a transformar la pesadumbre del trabajo, en la alegría del trabajo, como corresponde a esta juvenil y potente patria nuestra que, impulsada por el esfuerzo sostenido del general Perón, se eleva cada vez más hacia los altos destinos que le tiene reservada la historia, esa historia que estamos escribiendo en estos días de fe y de esperanza.



NO SE HACE NINGUN CONTROL DE LAS
CONDICIONES SANITARIAS DEL MEDIO URBANO Y RURAL

PARA EL REGIMEN CAPITALISTA

LA SALUD ES UNA MERCANCIA MAS

Discurso del licenciado Ernesto Villanueva, rector interventor de la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires

Hasta el 25 de mayo, la relación existente entre el desarrollo científico y la actividad política en el seno de la universidad era bien clara. Esa relación se manifestaba en una cierta división del trabajo por la cual la actividad política estaba a cargo de una cierta elite dirigente que la monopolizaba, mientras la universidad tenía bloqueados los canales de participación política real. Este bloqueo no comprendía solo a la universidad, sino también a todos los niveles de la actividad cotidiana, partidos políticos, sindicatos, etcétera.

A partir del 25 de mayo, mejor dicho, ya desde el 11 de marzo en que comienza el tiempo popular y en especial desde el 12 de octubre, cuando se consolida la relación entre política y ciencia, comienza a adquirir un significado distinto. Esta intervención surge en un país que está empeñado en un proceso de liberación, un país que permite la participación política activa de cada uno de sus ciudadanos y en este marco es posible un desarrollo científico que contemple las necesidades del pueblo.

La relación explícita entre esta actividad política popular y el desarrollo científico, el desarrollo de una rama de la ciencia como es la medicina, y en este caso la medicina del trabajo, es lo que permite encauzar la actividad del conocimiento científico hacia los fines que necesita la nación, en esta etapa de reconstrucción y liberación nacionales.

Con esto quiero, de algún modo, marcar la diferencia sustancial y el corte definitivo que hay entre antes y después del 25 de mayo. Hasta el 25 de mayo la actividad médica, que en sí misma es una de las ciencias aparentemente de las más alejadas de lo ideológico y de lo político, se encauzaba al servicio de los monopolios y de la clase dominante. A partir del 25 de mayo toda esta actividad científica comienza a orientarse hacia lo que es el pilar de un gobierno popular, un gobierno peronista: poner sus estructuras al servicio de los trabajadores. En este sentido esta universidad no ha hecho otra cosa que recuperar, renovadamente, la primera práctica peronista, práctica que tuvo como eje directriz en el período 1945-1955 su inserción en las necesidades del pueblo.

La universidad, como les digo, ha tratado de ponerse a tono, de ponerse al día con este gobierno popular. Y en este sentido va a orientar todos sus esfuerzos a fin de que, del presupuesto nacional, los 60.000 millones de pesos anuales que recibe esta universidad, sean canalizados hacia toda aquella práctica de carácter científico y

tecnológico que redunde en beneficio directo de los trabajadores. De ahí primero la creación de un Centro de Estudios del Trabajo, luego del Instituto del Tercer Mundo, del Instituto de Estudios de la Realidad Argentina, institutos estos que aparte de profundizar en el conocimiento de la realidad nacional, tenderán a que los egresados se incorporen activamente a nuestra universidad estudiando e investigando todo aquello que está en relación con la problemática cotidiana de los argentinos. Un ejemplo de esto son las jornadas que hoy inauguramos. La medicina del trabajo se encarará desde una perspectiva exclusivamente popular, y por popular quiero dar a entender lo siguiente: que el médico se desmitifique de su papel paternalista, que abandone sus posturas puramente individualistas y que disponga sus instrumentos científicos al servicio del pueblo.

El concepto de solidaridad social tan caro al justicialismo, es un concepto imprescindible para el desarrollo, el real desarrollo de la medicina del trabajo. Este concepto de solidaridad social que adquiere validez cuando se toma directamente de sus fuentes nutricias que son los trabajadores, es el que va a permitir un desarrollo sostenido no solo de estas jornadas, sino también del Instituto de Medicina del Trabajo que las organiza, del Centro de Estudios del Trabajo y por ende de la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires.

Por esto, es que esta universidad ha creído necesarias estas Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo, porque entendemos que solamente con profesionales que además de su nivel de conocimientos estén en condiciones de brindarse a todos los sectores populares, principalmente a los trabajadores, este país podrá reiniciar la etapa de reconstrucción en la que está empeñado.

Con estas pocas frases quiero dejar inauguradas, en nombre de la UNPBA, las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo.

Discurso del doctor Mario Testa, delegado interventor de la Facultad de Medicina

Reconstruir el país, recuperar los valores del hombre argentino, ese es el programa de trabajo que nos señala el general Perón. Para ello es necesaria la liberación de la dependencia que hoy todavía nos sojuzga y que se concreta en el dominio de nuestro sistema productivo, por monopolios extranjeros y empresas multinacionales, con cómplices internos que les allanan el camino de la explotación. Etapa de reconstrucción nacional, en este marco se inscribe la tarea que el gobierno popular señala a todos los sectores del pueblo y a todas las instituciones del país.

Esta es la consigna que la universidad recoge, y por la que se siente convocada. En Buenos Aires, la Universidad Nacional y Popular entiende que no debe seguir siendo la isla que fue siempre, entiende que se tiene que poner a trabajar para el país, para su reconstrucción y liberación en pie de igualdad con los otros sectores que llevan adelante una lucha denodada, sin cuartel, con los claros enemigos que identifica el peronismo, que son el imperialismo y sus aliados internos. Nuestro conductor ha señalado con claridad que lo primero que tenemos que reconstruir es el hombre argentino. Y esa reconstrucción va a comenzar, necesariamente, por el máximo valor que el peronismo reconoce: el trabajo. No en vano una de nuestras máximas verdades reconoce en nuestro país una sola clase: la de los hombres que trabajan. Esa es la clase de los hombres que ha sostenido el peso de la lucha, que ha logrado a través de dieciocho años de resistencia, esfuerzos y combates, poner en la presidencia de la república a un líder que representa sus aspiraciones más sentidas, avalado hoy por el aluvión de votos que el 23 de setiembre marcó con incontenible fuerza la expresión incontrovertible de la voluntad popular. Desde esta universidad, los que hasta ahora tenemos la responsabilidad de instrumentar esa voluntad popular en nuestro ámbito, hemos conducido las casas de estudio con un propósito claro: servir los intereses del pueblo, que es nuestro único mandante. Por eso es que hoy renace en esta facultad el Instituto de Medicina del Trabajo; y digo renace porque ya en la primera época del peronismo, antes de 1955, una mujer, desde este instituto, dejó un Centro de Estudios del Trabajo en la Cátedra de Higiene, que cayó, junto con otras instituciones y con muchas personas, en la represión que se inició en 1955. La recreación de este instituto fue uno de los primeros actos de la intervención en esta facultad, no solo como histórica reparación de una injusticia, sino porque consideramos que la labor desarrollada desde allí es básica dentro de la concepción de la doctrina peronista y de su aplicación al campo de la salud.

Esa concepción considera al hombre como totalidad, en relación con sus semejantes y con su ambiente, rodeado por lo que es habitual en torno de él: su familia, su trabajo, el lugar donde se desarrollan sus actividades. Nosotros entendemos que la relación tradicional que ha existido entre el médico y la labor que desarrolla, ha estado fundamentalmente centrada en un personaje principal, “el médico”.

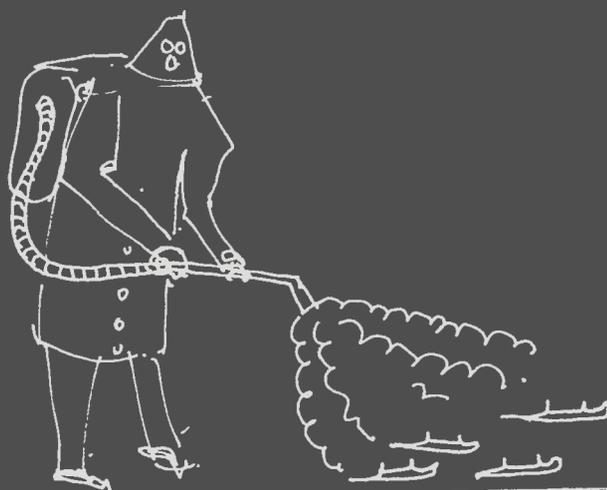
Entendemos que en un gobierno nacional y popular esto no puede seguir siendo así. Entendemos que el médico debe dejar de ser el personaje principal de salvación. Entendemos que se debe lograr la compatibilización de ese hombre con todas las relaciones que lo ligan: el lugar donde vive, el lugar donde trabaja, las relaciones con las personas que lo rodean, sus compañeros y su familia. Porque entendemos un Instituto de Medicina del Trabajo, repito, no solo como vivificación histórica, sino porque consideramos al trabajo como el valor principal. Pero esto no significa que dejemos de lado en esta concepción a los que no son trabajadores. Sabemos, sí, que cuando la salud de un trabajador se deteriora por las condiciones en que realiza sus tareas, todos sufren; sufren los que lo rodean y, en primer lugar, su familia. Este Instituto de Medicina del Trabajo es entonces una más de las constancias con las cuales nosotros tratamos de desarrollar nuestro trabajo desde esta facultad. Y una más digo, porque no es la única concepción global, que entiende a la salud como un fenómeno de relación totalizadora del hombre y su ambiente. Pero por lo mismo que señalaba antes, porque el trabajo es para nosotros el supremo valor, hemos querido empezar con la creación de este instituto. No puedo decir personalmente que tenga la conciencia tranquila.

Nunca he sido hombre de conciencia tranquila, porque entiendo que mientras exista injusticia, mientras exista hambre, mientras exista persecución, nadie tiene el derecho de fingir la conciencia tranquila. Pero sí quiero decir que para mí personalmente, como interventor en esta facultad es una enorme satisfacción ver que por primera vez después de muchos años, estamos en esta casa, en esta aula tan cargada de pesados acontecimientos académicos, rodeados por nuestros compañeros, los trabajadores, de quienes todavía nos separa una maldita concepción que categoriza, o nos categoriza a nosotros como intelectuales. Yo espero que el gobierno popular consiga que en el futuro no exista esa distinción y nos identifique a todos, a los que reconocemos ahora como trabajadores manuales y a los que nos reconocemos o nos reconocen como trabajadores intelectuales, como a una sola clase: la de esos hombres que trabajan, que es la que el general Perón reconoce como la única clase que puede realizar las transformaciones revolucionarias en las cuales nuestro país está empeñado. Señores, es para mí un extraordinario motivo de júbilo y así lo expreso con toda la sinceridad de que soy capaz, de encontrarnos en esta casa con los compañeros que están llevando y que han llevado siempre el peso de la lucha revolucionaria. Nada más...

Discurso del compañero Carlos Raúl Cabrera, secretario general de la Asociación Obrera Minera Argentina

Autoridades nacionales, autoridades provinciales, autoridades universitarias, compañeras, compañeros:

En nombre de los compañeros presentes en estas jornadas, y en particular en nombre de todos los trabajadores mineros de la República Argentina, a los que tengo el honor de representar, agradezco profundamente al señor decano interventor y al compañero director del Instituto, el tener la oportunidad como trabajador, de estar presente en este acto. Para los trabajadores argentinos, este gesto evidentemente representa el cambio; esto representa que tenemos un gobierno popular. Quiera Dios que estas jornadas tengan el éxito que se merecen. Después de dieciocho largos años, en los que la salud del trabajador, o el trabajador mismo era mirado solamente como una mercancía, esto, nos produce la satisfacción de ver que en el futuro nuestros trabajadores, nuestros compañeros, serán atendidos como corresponde. Nuestra organización desde un principio se dispuso a colaborar con estas iniciativas. Por eso nuevamente en nombre de los trabajadores, agradecemos estar presentes acá y deseamos evidentemente que estas jornadas tengan el éxito que se merecen dado la inspiración, que evidentemente significa el cambio que en nuestro país vamos a empezar a vivir. Voy a aprovechar para hacer entrega al compañero director del instituto, de un trabajo realizado por nuestra organización, como así también del Anteproyecto del Estatuto del Obrero Minero y de algunos estudios realizados sobre la neumoconiosis. Compañeras, compañeros, muchísimas gracias.



CAMPAÑAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL
PARA EL PERONISMO
LA SALUD ES UN DERECHO

Discurso del doctor Ricardo Saiegh, presidente de las jornadas y director del Instituto de Medicina del Trabajo

Estas jornadas, posibles tras el avasallante triunfo popular que instaura en el país y en la universidad el gobierno de las mayorías nacionales, tratan de retomar el camino iniciado durante el primer gobierno peronista que encabezaban el general Juan Domingo Perón y la compañera Eva Perón y que fueron respaldados en esta tarea, entre otros, por el ministro de Salud Pública doctor Ramón Carrillo, y por los pioneros profesores Germinal Rodríguez y Pedro Reggi, presidente honorario de estas jornadas.

Luego de 18 años de sojuzgamiento y opresión al pueblo trabajador, se trata de retomar este camino, conscientes de que aún no estamos en condiciones de profundizar sobre el estado de salud de los trabajadores argentinos y sacar las correspondientes conclusiones sobre cómo preservarla; pero dejando de lado la petulancia seudocientífica, hacemos esta aclaración inicial porque entendemos que esta carencia no es ni del que habla, ni del Instituto de Medicina del Trabajo de esta facultad, ni de estas jornadas, sino que es una carencia de nuestro país. No hay estadísticas ni estudios profundos sobre qué es lo que está ocurriendo actualmente en el estado de salud de los trabajadores; y no nos preocupa falsear estadísticas ni recopilar algunos casos para vanagloria de algún relator. Nos interesa más debatir en profundidad cómo replantear este problema para conocerlo y encontrar soluciones al respecto.

En esta tesitura de iniciar un camino para profundizar lo que está ocurriendo con la salud de los trabajadores habrá que dejar de lado una serie de pautas culturales y médicas que nosotros hemos heredado. En primer lugar, habrá que redefinir cuáles son las llamadas enfermedades profesionales. Nosotros entendemos que el primer problema a investigar debe ser lo que en nuestro criterio es el microtrauma diario del trabajo.

Los textos de medicina del trabajo ponen el acento en las llamadas “enfermedades profesionales”, que son la manifestación más evidente de los problemas ocasionados por el trabajo; lo que incuestionablemente desde el punto de vista jurídico o a veces incluso desde el punto de vista formal burocrático de algún legajo, se puede conceptualizar como enfermedad profesional. Sin embargo estas no son un reflejo del conjunto de problemas que le origina al trabajador su trabajo. Entendemos que hay un microtrauma sensorial y psíquico que es lo que hay que investigar.

Se trata de completar el estudio de las distintas dolencias clásicamente descriptas como patología laboral con la investigación del estado de salud de los siete millones de trabajadores argentinos; estudiar qué es lo que está ocurriendo con una porción muy importante de la población trabajadora que trabaja en un ambiente

de sobrecarga térmica y que, posiblemente, no se noten las consecuencias durante la vida activa del trabajador, pero posteriormente empezamos a ver y pensar en una serie de enfermedades descriptas como enfermedades de la vejez, que nunca quedan bien definidas, porque definir algo como enfermedad de la vejez es hacerlo por un momento presente y no por toda una vida, porque a la vejez se llega por distintos caminos, de modo que hablar de enfermedades de la vejez es dejar indefinido lo que ha ocurrido en un ser humano luego de estar 20, 30 o 40 años en un trabajo. Con el mismo criterio habrá que abordar el trauma acústico “leve”, la intoxicación profesional larvada, los accidentes de trabajo no graves o los problemas de psicopatología laboral.

Nos interesa estudiar no solamente el caso extremo de las neurosis o los cuadros psicopatológicos laborales. Eso entendemos debe ser estudiado y profundizado, pero nos interesa también repensar en ese estado de infelicidad de base que se le origina al trabajador por no tener una relación libre con su trabajo. Nos interesa estudiar qué ocurre con un trabajador que eventualmente fallece por un cuadro de deshidratación y que trabaja en una fábrica de acondicionadores, qué proceso mental se va produciendo, qué repercusión se va dando sobre la salud del trabajador, ya no en general, sino con la discordancia existente entre su trabajo y su vida; más en concreto, dentro del trabajo específico que él hace y cómo se refleja en su vida cotidiana.

En ese sentido nosotros pensamos que si en algunos aspectos ha sido positiva la existencia de una ciencia llamada medicina del trabajo, en otros creemos que ha sido negativa.

Posiblemente, si desde el viejo tronco de la clínica, con los viejos conceptos clínicos, se hubiera intentado profundizar en cómo incluir los problemas de origen laboral en esa vieja rama del arte médico, hoy tendríamos una ciencia mucho más sólida como medicina del trabajo.

Si en lugar de haber formado una rama menor de la vieja clínica le hubiéramos dejado a ella los problemas de las enfermedades cardiocirculatorias y las enfermedades digestivas, las enfermedades osteoarticulares, y haber hecho un ramal con lo que son las enfermedades profesionales; si en lugar de haber optado por ese camino se hubiera intentado repensar qué relación con el trabajo tiene toda esa patología, en este momento tendríamos una medicina mucho más sólida y médicos mucho más sólidos. Nosotros entendemos que este divorcio que se origina en la facultad donde no se enseña medicina del trabajo, nos parece grave, pero no tanto como que no se enseñe en los fundamentos de la carrera qué relación tiene el trabajo con lo que se va estudiando. Posteriormente está el hecho de que la medicina del trabajo sea una especialidad reducida a un sector que supuestamente tiene que controlar los problemas de salud de la población que trabaja, ignorando que hay siete millones de trabajadores y sus familias con una patología que en muchos casos refleja la condición del trabajador, no atendidos por médicos del trabajo sino por médicos generales, y en esos casos vale la pena la afirmación del viejo Ramazzini, el padre de la medicina del trabajo, quien decía que hay que preguntarle al paciente de qué trabaja. De modo que este es un problema que habrá que ir repensando: si se trata de hipertrofiar una medicina del trabajo que disocia al hombre de lo que es su

trabajo y lo que es él como ser humano, o si se trata de ir contribuyendo a un nuevo desarrollo de la medicina que tenga en cuenta el trabajo como factor patógeno. Y en este sentido habrá que pensar con mucho detenimiento, lo reitero una vez más, en las llamadas enfermedades degenerativas de la vejez. Habrá que pensar de qué muere la gente, habrá que pensar qué es la degeneración del cuerpo humano, habrá que pensar cuál es el ciclo biológico del ser humano, habrá que pensar por qué hay gente de 30 años que aparenta 60, habrá que pensar si ese hombre está teniendo una enfermedad de la vejez o una enfermedad del trabajo, habrá que repensar en las llamadas enfermedades psicosomáticas, habrá que repensar en toda la patología cardiorrespiratoria y su relación con el trabajo. Nosotros estamos más tranquilos y lo decimos francamente, que un trabajador sea revisado y atendido por un buen clínico que por aquel que intenta determinar lo que ciertas pautas culturales, bastante dogmáticas, por cierto, han prefijado como enfermedades del trabajo.

Entendemos que cuando acude a la consulta un paciente que trabaja es necesario conocer cuál es su situación real, cuál es su situación socioeconómica, cuál es su situación familiar. Nosotros hemos observado que en más de una oportunidad, cuando un paciente acude a la consulta con una coronariopatía, en general se dice, o normalmente no se dice, pero se está pensando en un ejecutivo, es necesario averiguar qué problemas tiene, qué angustias tiene. Sin embargo, no es común que cuando se atiende a un trabajador con una coronariopatía, se trate de rastrear qué relación tiene la coronariopatía con su trabajo. Tampoco es común que se trate de rastrear cómo está repercutiendo sobre la salud de un trabajador un salario insuficiente, una situación de inestabilidad en el trabajo, una prolongación en la jornada de trabajo de 10, 12, 14 o 16 horas. Una situación de ritmos de producción impuestos por incentivos que determinan un estado de tensión permanente.

La otra cuestión que entendemos que habrá que ir pensando: se ha dicho mucho que han sido 18 años de opresión del país, que han sido 18 años de entrega del patrimonio nacional. Eso es cierto; nosotros concordamos, formamos parte de todo aquel sector que ha sufrido todos estos 18 años de opresión y de entrega del patrimonio nacional. Pero como muchas cosas, de tanto decirlas empiezan a sonar a hueco. Se habla mucho de la penetración de capitales extranjeros en el patrimonio nacional. Sin embargo, no nos preocupa esto simplemente por falso nacionalismo ni por xenofobia; entendemos que cuando entra un capital extranjero, principalmente empresas multinacionales, en la realidad productiva nacional trae una serie de mecanismos tecnológicos de organizaciones industriales donde el hombre es esclavo de la máquina y no a la inversa.

Nosotros queremos afirmar que con muchas de esas fábricas viene no solamente el capital, viene un modelo de organización industrial, una línea de montaje, que tienen pocos márgenes de modificación luego de que se asientan en el país. Ustedes habrán visto la película *La clase obrera va al paraíso*; esa es una triste realidad de muchas fábricas que trabajan en línea de producción en nuestro país.

Hay un gran vacío que no sabemos bien cómo se ha de llenar: los médicos del trabajo. Salvo honrosas excepciones durante todos estos largos años no se han formado médicos del trabajo. Se han formado médicos del control del trabajo, que

es distinto. Se han formado médicos que tenían como tarea especial optimizar los costos de las empresas. Quizá alguno pueda pensar que esto, indirectamente, puede beneficiar a la salud de los trabajadores en la medida de que al haber una economía de costos pueda haber mayor producto nacional y eso va a influir sobre el trabajador; aunque en algún aspecto eso puede ser cierto, no pensamos que esa pueda ser la tarea esencial del médico del trabajo. Los médicos de fábrica, por su responsabilidad o por responsabilidad de las empresas o responsabilidad de la sociedad, no han podido o no han querido instrumentar planes integrales de la defensa de la salud del trabajador. Entendemos que en todo esto estuvo quebrado el principio básico de la vieja clínica: la confianza mutua entre el paciente y el médico. Estuvo quebrado ese pilar; por eso decíamos que estábamos más tranquilos si a un paciente-trabajador lo atiende un viejo semiólogo o un viejo clínico que un médico del trabajo. El paciente entra al consultorio de fábrica y es común que a veces hasta quede la puerta entreabierta; es común que entre y salga la enfermera; es común que un paciente se esté terminando de vestir y esté otro desvestiéndose, y nosotros empezamos a repensar en todo aquello que se decía de cómo tenía que ser el consultorio del médico, la calidez con que se debía recibir al paciente, la forma de ir encontrando un entorno de confianza entre el paciente y el médico y viceversa, y en todo ese contexto nos preguntamos: incluso con la mejor voluntad de ese médico del trabajo de fábrica, qué margen tiene cuando a veces debe atender un paciente cada tres minutos, o cada cinco minutos, o cada siete minutos; qué margen tiene para restablecer, para construir una relación de confianza con el paciente.

Eso está quebrado; está quebrado e incluso, para no hacer demagogia entre nosotros, afirmamos otra cosa más: el trabajador en muchos casos acude al médico sin tener padecimientos, para recibir uno o dos días de no trabajo. Sin embargo, nosotros nos preguntamos: muchos de los profesionales aquí presentes, cuántas veces en los 365 días del año no tenemos, por razones familiares, de trabajo, o personales, o porque estamos hastiados, porque somos seres humanos, necesidad de uno, dos o tres días de interrupción del trabajo. Entonces diría que quizá es doloroso que tenga que ser el médico de fábrica el que respete esa mentira piadosa de la enfermedad, nos preguntamos si no habrá que pensar también qué otros márgenes le quedan a ese trabajador para buscar un par de días de licencia por causa “injustificada”.

Entendemos que todo esto ha hecho muy difícil, incluso aceptando la buena voluntad de muchos médicos de fábrica, llegar a un diagnóstico. La otra cuestión, para hablar con franqueza, es que entendemos que se ha producido una deformación sobre el problema de la salud en la mentalidad de los trabajadores. Se ha introducido un concepto de monetización de la salud y notamos con tristeza dónde el trabajador está pensando en el ambiente de trabajo insalubre, más por equilibrar un salario insuficiente que por proteger su salud. Señores, en la Argentina se ha institucionalizado el comercio de la salud. Se trata del llamado trabajo insalubre, y si en la antigüedad había trata de esclavos, hoy hay comercio de la salud. El obrero que trabaja en un ambiente insalubre no se lo cura solo haciendo salubre ese trabajo, sino que trabaja seis horas, le pagan por ocho y sigue en el ambiente insalubre. De modo que por dos horas diarias de no trabajo pago está vendiendo parte de su salud;

lo mismo ocurre con las indemnizaciones por las enfermedades o por accidente. Nosotros no criticamos a ese compañero trabajador, sabemos que en más de un caso en esos pesos puede estar en juego su vivienda o una deuda que lo está acuciando. No nos referimos a esa crítica, nos referimos a todo un proceso cultural que llevó a esa situación, que llevó a que se acepte el cambio de la salud por dinero; cuántas fábricas siguen siendo insalubres desde hace 10, 20, 30 y 40 años. ¿Se puede pensar que, en 40 años, en que el hombre ha llegado a la luna, no ha habido un desarrollo técnico que permita que una tarea declarada insalubre hace cuarenta años pueda haber dejado de serlo? El hombre sigue trabajando seis horas, y con eso se lo resarce.

La situación está tan deformada que hay compañeros que buscan trabajar en empresas insalubres porque eso les permite trabajar en la misma empresa dos o cuatro horas más y resarcirse de un salario insuficiente. Toda esta cuestión de la monetización de la salud hace que sea bastante difícil lograr un cambio de fondo en los problemas de medicina del trabajo en las fábricas y bastante más fácil ganar un juicio por estas cuestiones, cuando los abogados las pueden demostrar, y es así que se ha transformado en una industria de lucro de la salud, con la cual especula mucha gente. La monetización ha ido mucho más allá. La medicina del trabajo no solo ha estado ausente en la resolución de los problemas que han afectado la salud de la población trabajadora, sino que se ha transformado en una importante fuente de lucro para un sector privilegiado de la clase médica. Se ha montado una serie de empresas que tienen como función el control del ausentismo. Nosotros preguntamos: ¿cuál es la rama de la medicina que tiene como función el control del ausentismo?, ¿quién la pensó?, ¿quién la creó?, ¿qué finalidad tiene desde el punto de vista del trabajador? Desde el punto de vista del juramento hipocrático de los médicos que se desempeñan en esas empresas del control del ausentismo y no de tratamiento, desde el punto de vista de lo que es el ejercicio de una profesión, ¿dónde se ubica eso? Lo dejamos como interrogante.

Para ir concluyendo queremos referir una cuestión que a nuestro entender es fundamental: el problema de la *participación de los trabajadores en el control de la higiene y la seguridad de la fábrica*. Vamos a intentar darle una breve fundamentación científica a esta cuestión. Queríamos que se pensara en términos de comparación, entre un oído humano y un decibelímetro. Queríamos que se pensara en términos de comparación, entre el conjunto de mecanismos de termorregulación que tiene el cuerpo humano y todos los aparatos que existen para medir la comodidad ambiental.

Queríamos que se piense en términos de comparación en las reacciones iniciales de tipo psicológico o sintomatológico que presenta un trabajador en relación con las muestras de contaminación ambiental. Nosotros pensamos que sigue siendo mucho más sensible el cuerpo humano y que el mejor detector de un ambiente de trabajo sigue siendo el trabajador, y que el conjunto de aparatos de medición del ambiente de trabajo debe complementar ese gran detector del ambiente del trabajo, que es el mismo trabajador. Eso indica, pura y simplemente, empezar a creer en lo que dice el trabajador y no basarse en que el obrero está mintiendo. Si empezáramos a hacer un estudio del ambiente de trabajo de las fábricas de la Argentina, tomando como parámetro principal el conjunto de reacciones psíquicas, sensoriales, sintomatológicas

que refieren los trabajadores de esa empresa, vamos a llegar a conclusiones muy interesantes.

Entonces habría que ir pensando, cuando un operario refiere una sintomatología o refleja un problema y cuando se hace el estudio del ambiente de trabajo no se encuentra ese problema... ¡qué ha ocurrido! ¿Ese problema no existe? Tal vez puede haber insuficiencia de la actual tecnología de control del ambiente de trabajo que no esté detectando los factores nocivos que hay en el ambiente y que están afectando a ese trabajador, que es el mejor detector de lo que está ocurriendo frente a la máquina. Sin embargo, ese hombre no siempre sabe referir lo que le ocurre. Ese hombre incluso no tiene parámetros “científicos” de lo que es salud y lo que es enfermedad.

No siempre entiende lo que es agotamiento y lo que es enfermedad. No siempre entiende cuando un dolor de cabeza es enfermedad o es “cansancio”.

No siempre entiende cuándo se está volviendo viejo o cuándo está sufriendo un envejecimiento precoz por su trabajo. Por eso, consideramos que el problema de la participación de los trabajadores en el control del ambiente de trabajo no es simplemente para invalidar los títulos universitarios. Decimos todo esto porque una serie de pautas culturales muy acendradas han de llevar a que haya un serio rechazo a todo esto. Hemos sido educados de tal modo que al paciente le ponemos la mano en el hombro, le decimos “*qué tal, che*”, lo tratamos de una forma paternalista para establecer una distancia, de modo que ese hombre tenga bien claro que él, sobre determinados temas, no puede opinar. Nosotros entendemos que esto, en la medida que el trabajador vaya conociendo y profundizando esta cuestión, no lo hará menospreciar el trabajo médico ni el trabajo del ingeniero, lo ha de complementar. Se enseñarán mutuamente, se intercambiarán experiencias, se irán complementando, irán profundizando en todos los órdenes; nosotros en el instituto hemos tenido algunas experiencias muy interesantes, donde incluso más de un trabajador en algunas cosas puede saber más que nosotros sobre algunos temas. Todo esto lo ubicamos también en torno a la legislación actualmente en vigencia sobre los problemas de higiene, medicina del trabajo y seguridad del trabajo. Entendemos que esta legislación tiene fallas, pero también tiene pasos positivos. Hay trabajos en estas jornadas especialmente dedicados a este tema, pero queremos señalar esta cuestión: en esa legislación, la participación del trabajador en el control del ambiente de trabajo brilla por su ausencia. La contemplación hecha actualmente se limita a la formación de unos comités de higiene y seguridad que se reducen a ponerle un casco de otro color al obrero, y a atribuirle funciones de emergencia. No ha de ser ese, a nuestro entender, el papel que deben jugar los trabajadores en el control del ambiente de trabajo.

Habrà que tratar que de estas jornadas surja un camino que posibilite hacer un relevamiento a fondo de la salud de la población trabajadora, que empiece a plantearse a nivel legislativo una defensa integral de la salud de la población trabajadora que contemple la participación de los trabajadores en el control de la higiene y seguridad y que contemple la posibilidad de la libre elección del médico por el paciente. Señores, cada vez que se ha hablado de socialización de la medicina, los sectores oligárquicos han dicho: “A mí nadie me impone el médico, porque el médico es un

aspecto privado”. Es un concepto que nosotros no compartimos. Sin embargo, en este momento lo tomo plenamente y digo: ¿Por qué ese derecho no se le atribuye también al trabajador? ¿Por qué ese principio de la más pura raigambre liberal no se le atribuye también al trabajador? ¿Por qué un sector de la población tiene la posibilidad de libre elección del médico y se han escrito decenas de folletos y de libros que son la apología de este método de organización de la medicina, cuyo pilar principal es que si el paciente no está conforme con el médico puede cambiar y eso representa una forma de control del paciente hacia el médico? Sin embargo, preguntamos: 7.000.000 de pacientes que son atendidos por médicos de la empresa, ¿qué posibilidad tienen de elegir libremente al médico que los ha de atender? Sí, señor; se le dice: “Usted, cuando está en su casa puede ser atendido por su médico particular”. Pero esas ocho horas son de ese hombre. En esas ocho horas él sigue siendo dueño de sí mismo, de modo que no se le puede cercenar un derecho en el momento de su trabajo. De modo, señores, que se socializa para todos, o se liberaliza para todos; pero no puede ser que haya un modelo de organización de la medicina liberal para los sectores pudientes y un sector “socializado” para los trabajadores.

Como dijera el poeta León Felipe: “Pese a todo esto, señores, no somos escépticos”. En algo creemos: creemos en el hombre trabajador y creemos que en el trabajo de ese hombre trabajador está la fuerza que va a liberar su propio trabajo y va a liberar a nuestra patria.

Nada más.

SALUD ES:

- TRABAJO DIGNO
- VIVIENDA CON AGUA, LUZ, CLOACA, etc.
- EDUCACION
- ALIMENTACION ADECUADA
- ESPARCIMIENTO
- PARTICIPACION POLITICA Y SOCIAL



AL FALTAR TODO
ESTO, LA GENTE
SE ENFERMA

ENTONCES HACEN FALTA

- HOSPITALES
- MEDICAMENTOS
- CENTROS DE SALUD
- MEDICOS
- ENFERMERAS
- REPOSO



COMO DE ESTO
TAMPOCO HAY

AUMENTAN:

- LA MORTALIDAD INFANTIL
- LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS
- EL ALCOHOLISMO Y LA DELINCUENCIA
- LA DESNUTRICION
- LA MORTALIDAD GENERAL



DISMINUYE:

- LA CAPACIDAD DE
LUCHA DEL PUEBLO
- LA CAPACIDAD
PRODUCTIVA DEL PAIS

Estado de salud de los trabajadores argentinos

Floreal Ferrara

Primero

Se requiere ordenar, en cuanto a enmarcamiento conceptual, las ideas de salud y de trabajo para reconocer el campo donde se desarrolla la actividad y el pensamiento en torno de la salud del trabajador argentino. Entonces *salud* es conveniente separarla de la tautología que la identifica con la idea de bienestar, y mucho más aún con el equivalente frecuentemente utilizado de adaptación.

Salud no es para nosotros igual que adaptación porque ello asimila la salud con el concepto de normalidad y mucho más con la idea de aceptar, sin más y porque sí, el mundo físico, psíquico y social que nos es dado.

Así, salud como adaptación a estas tres áreas, incluye el convencimiento de identificación con todo aquello que nos es impuesto y de esa forma nada es susceptible de ser modificado porque incurriríamos de tal forma en una evidente inadaptación y, en consecuencia, como enfermos, o dentro de la categoría de tales.

Se ve así que esta conceptualización de salud, como una adaptación inexorable a la realidad, al medio, a la situación psicosocial, resulta útil para una limitación clara en la idea del hombre creador, forjador de un nuevo destino y de un nuevo universo. Parecería una forma de la penetración ideológica que nos obliga a separar de nosotros la concepción dinámica de la salud como el estado óptimo vital que nos permite resolver conflictos, y recrear constantemente nuestro medio cada vez más parecido a nuestro ideal de libertad y felicidad.

Así, la salud deja de ser un simple adminículo unido al destino de situaciones *ajenas* a su acontecer. La salud adquiere sentido dinámico y es fuerza actora en la formulación del entorno en el que nos desarrollaremos.

De la otra forma, además de servir a una ideología estática y reaccionaria, señalamos la ajenidad, la alienación del concepto con nuestro destino humano y social, creador y forjador de un universo limitado, es cierto, pero en el que pueda darse la fabulosa perspectiva de la creación humana.

El *trabajo* debe ser concebido como la energía vital que el hombre debe poner a su servicio para crear los elementos que requiere su existencia, su bienestar y su libertad.

Se convierte en la fuerza más importante de la creación y su acumulación representa el sentido esencial del ser humano. Importa esta acumulación porque al entender al trabajo como el elemento básico para la creación de la riqueza, la forma como se administra dicha riqueza definirá un modelo de sociedad determinado.

Pero es evidente que, en el mundo capitalista, en ese mundo de acumulación despiadada, el trabajo y todo lo que a él se refiere le es *ajeno* al ser que lo hace factible.

Hace muchos años que ya ha sido demostrada esta ajenidad, que se ha podido señalar claramente, que aquello que el hombre produce con su trabajo, cómo lo produce y para quién lo produce le es totalmente ajeno; vale decir, se hace evidente la alienación que sostiene esta relación social. De tal forma, el encuentro auténtico con la verdad esencial del esquema humano del trabajo pasa por la imprescindible necesidad de colocar al trabajador en el centro de su producción, haciéndolo dueño de su creación y aportando soluciones para que los instrumentos con los cuales labora, sus resultados y las riquezas generadas puedan constituir parte de su propiedad, es decir, adherirse y constituir su propio ser, anulando esta situación alienante que lo liga a situaciones injustas que deben concluir.

Segundo

La salud de los trabajadores argentinos es idéntica a la salud del pueblo de la patria. Los trabajadores son parte de esa patria y cuando se los separa como una parcialidad, aunque más no sea para analizarlos, se suelen cometer los errores propios de las abstracciones o de las lateralizaciones.

Con la idea dinámica de salud y el concepto desalienante del trabajo nos vemos obligados a rechazar los encasillamientos groseros que hablan de una salud distinta para el trabajador que, para el ciudadano, o para el albañil o el sembrador, o para el obrero del plomo que para el de las oficinas. La salud del trabajador constituye así una abstracción parcializada que no aceptamos, porque creemos en la necesidad de totalizar su análisis y comprensión situando a cada hombre de trabajo en el contexto global que permita integrarlo al todo.

Se debe cuidar este criterio porque su olvido puede ocasionar serias desviaciones, algunas de las cuales se manifiestan en las tendencias cientificistas que estudiaron diferentes aspectos del problema sanitario del trabajo, y llegaron a concebir a cada medición, a cada experiencia, como el nivel máximo hacia el cual debe apuntar la preocupación de la ciencia médica dedicada a esta especialidad.

Así fue común pensar que la medicina del trabajo tiene que dirigirse hacia los contaminantes, a la detección de determinadas noxas o a la separación tajante del hombre trabajador y de dicho medio, del resto de la existencia humana; o lo que es peor aún, pensar que dicha medicina tiene que ver con el ausentismo y transformarse entonces en la fuerza protectora de los rendimientos y de los niveles de producción, configurando un cuadro más aberrante aún y que se ha constituido en el más cruel de los esquemas médicos, de una práctica lucrativa y deshumanizada.

Tercero

De toda forma y en cualquier órbita donde observemos la salud del trabajador argentino comprendemos que sumando a la resultante de una tarea determinada que puede tener algún elemento de patología particular el esquema multicausal, nos permite entender que sería lógico esperar una patología muy identificada con la miseria, con ese cuadro que alguna vez hemos llamado la “constelación de la miseria”, y por otro lado, las enfermedades del desarrollo, o del mundo industrializado, o de la era manufacturadora.

Ambas patologías, señalada la primera por las enfermedades transmisibles, alimentarias, alcoholismo, etcétera, y las segundas por los trastornos degenerativos, enfermedades cardiovasculares, tumores, etcétera, tiñen el panorama del mundo del trabajo y nos definen dos campos operativos que tienen que ser reconocidos a efectos de orientar y puntualizar las acciones para su solución.

No debe negarse la patología propia, sui géneris, de determinadas labores. Su conocimiento, además, es parte de la realidad del trabajo. Pero cuidado, porque es solo parte de tal realidad y esa parcialización ha producido tantos errores como aquellos clásicos del cientificismo, que identificó al hombre con los animales de laboratorio, o con determinadas situaciones de la investigación.

Deben recordarse, entonces, algunas premisas:

- 1) Superar la tendencia a identificar la “categoría trabajo” con una de sus manifestaciones particulares como es (trabajo físico, o manual) el del obrero asalariado.
- 2) Debe cuidarse del fácil trámite de la denuncia, o de llegar a la descripción de las tribulaciones y angustias económicas y sociales que sufre el trabajador y asignarle todo el deterioro de su estado de salud.
- 3) No debe confundirse el estudio de las relaciones entre trabajo y salud con el más circunscripto de las condiciones físicas en que se realiza el trabajo.
- 4) Trabajo y salud no implica solo analizar fatigas, ausentismos o parcialidades patológicas.
- 5) También debemos salvarnos del fácil trámite de buscar calmantes interpersonales para resolver los problemas colectivos de la conducta laboral.

Cuarto

La salud del trabajador argentino debe ser promovida, protegida, recuperada y rehabilitada a punto de partida de la participación obrera, en cada uno de los niveles que deben asumir la responsabilidad de su cuidado.

Esa verdad implica la necesaria proscripción definitiva de la medicina de lucro en el área de la medicina laboral, aceptando también aquí la verdad que hemos acuñado laboriosamente en el país y que define a la actividad sobre la salud como una

obligación ineludible del Estado soberano. Entonces medicina laboral se imprime en la atención de salud que el país debe ejercitar para todos sus habitantes desde su órbita, su responsabilidad, dándole posibilidad cierta de la participación obrera preeminente en todos los niveles de su planificación, ejecución y evaluación.

Aquí destacamos que, frente a dicha participación obrera, exquisitamente democrática, debe atenderse a la perspectiva contradictoria que aparece en su ejercicio y que se ha denominado “burocratismo”. El Estado es el responsable inexcusable de la salud del trabajador, es decir, de una medicina laboral nacionalizada. Y por esto en cada nivel operativo debe reafirmar la participación obrera para su ejecución; y alertar sobre la necesidad de reconocer la patología de esa participación en el seno del burocratismo, que suele enquistarse aun en las más nítidas formas de la democracia.

Salud y condiciones de vida del obrero en Jujuy

Alfredo Assef, Roberto V. Hernández, Enrique Tanoni, Juan Ruiz, Adrián Canelada

Dirección Provincial de Sanidad, Departamento de Saneamiento Ambiental, Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia de Jujuy

Introducción

Jujuy cuenta con 306.000 habitantes de los cuales casi el 50% habita en las zonas rurales. El nivel de vida y salud puede caracterizarse por los índices más altos del país en morbimortalidad infantil y general.

Las tasas de incidencia de enfermedades transmisibles superan a todas las demás provincias. Los índices de analfabetismo y deserción escolar son los más altos. La más corta expectativa de vida, que en 1947 era de 60 años para el total del país, en Jujuy era solo de 40 años (Tabla 1). Para 1965 alcanza una vida media de 50 a 51 años.

El panorama general, así evidenciado por la elocuencia de las cifras, nos muestra una zona devastada por la pobreza y la injusticia social.

Las grandes explotaciones agrícolas, industriales y mineras en Jujuy

La presente comunicación sobre las condiciones de vida del obrero en Jujuy se refiere a la situación observada en seis empresas que desarrollan su actividad económica en la provincia, cuatro en la explotación agrícola-industrial (azúcar) y dos en la minería.

Estas empresas ocupan a 20.000 obreros (Tabla 2) y en las grandes extensiones de sus predios habitan unos 100.000 habitantes concentrados en núcleos urbanos o rurales de 500 a 10.000 habitantes.

Se trata de núcleos de poblaciones *privados* donde todo el quehacer del hombre que allí vive está relacionado con la *empresa* en el clásico esquema colonial de contratación, reclutamiento y condiciones de vida, que partiendo de las tristemente célebres contrataciones masivas de poblaciones aborígenes que condujeron al genocidio de toda una cultura autóctona en el norte del país, llega hasta nuestros días con

el “uso” del ser humano de mayor marginación social y pobreza a que puede echarse mano en la zona (comunidades extranjeras, poblaciones aborígenes autóctonas o migrantes de otras provincias vecinas, Santiago del Estero, Catamarca, etcétera). Es esta la mano de obra que selectivamente se busca, pues con el menor costo, brindan una pródiga fuerza de trabajo para extraer de la tierra los 400 millones de kilos de azúcar y los 140 millones de kilos de mineral metalífero por cuenta de las empresas que motivan este estudio.

Tabla 1. Indicadores socio-sanitarios de la provincia de Jujuy y total país.

Indicador	Año	Jujuy	País
Mortalidad infantil (1.000 nacidos vivos)	1967	130,1	53,9
Expectativa de vida (años)	1947	40,1 – 43,6	56,9 – 61,4
Mortalidad por tuberculosis (10.000 habitantes)	1961	90,8	17,6
Analfabetismo (%)	1970	15 – 22	8,4
Mortalidad general (1.000 habitantes)	1961	15,6	8,7

Estas empresas con sus cuerpos directivos y de administración en Buenos Aires o fuera del país, realizan gran parte de su evolución financiera fuera de la provincia, quedando en nuestro territorio solamente el precio de la producción: inválidos, enfermos y muertos que nutren los índices de salud y nivel de vida tristemente conocidos por todo el país. Estas empresas constituyen por su potencia económica,

Tabla 2. Número de obreros y población estimada, ocupada en los seis establecimientos analizados. Provincia de Jujuy, 1973.

Establecimientos	Número de obreros permanentes	Número de obreros transitorios	Total	Población estimada
Ledesma SAAI	2.990	6.054	9.044	43.411
La Esperanza SA	1.177	1.100	2.277	10.929
Compañía Minera El Aguilar	1.689	46	1.735	8.328
Ingenio Río Grande SACAA e I	689	1.627	2.316	11.116
Calilegua SAAIC	653	2.873	3.526	16.924
Compañía Minera Pirquitas	507	30	537	2.577
Total	7.705	11.730	19.435	93.288

la magnitud de su capital y su poderío político, un importante factor de poder con el Estado provincial. La facturación de una sola de ellas supera el presupuesto total de la administración provincial.

De estas seis empresas dependen, en una relación obrero patrono, a veces de tipo medieval, *un tercio* de la población de la provincia.

Lo que caracteriza a estas explotaciones, aparte de la enorme reutilización de su capital, es el régimen laboral y las condiciones infrahumanas de vida a que son sometidos los obreros y sus familias, especialmente y en grado vergonzante, la masa humana de 60.000 personas que periódicamente se traslada para las cosechas o *zafras* y que durante ocho o nueve meses del año se hacinan en unos 35 campamentos (*lotes*) donde se ejerce el mayor grado imaginable de explotación e injusticia social. Uno de los condicionantes del nivel de vida y de salud es el régimen de subcontratos (*cuartas*) que permite a las empresas privadas entablar relación laboral, responsabilidad previsional, de servicios, etcétera, solamente con *la mitad o con un tercio* del volumen de brazos que realmente están afectados a las tareas extractivas.

No existe mejor esquema de explotación del hombre que este sistema de subcontratos y remuneración a destajo que obliga al obrero a emplear severos esquemas de subexplotación de sus pares. El “contratista” ocupa así de dos a cuatro hombres, niños o mujeres que producen para él por “montos fijos”, “por tanto” o cualquier otra pintoresca forma de cambiar vida por pesos, trabajando en jornadas de 12 a 16 horas diarias. Es así que siempre que nos referimos a obreros de las explotaciones agrícolas azucareras, debemos entender que un apreciable número de ellos (*cosecheros*) disimulan una cifra por nadie conocida de hombres afectados a la producción.

Las cifras aquí usadas son las provistas por las empresas y evidentemente estamos ante un subregistro apreciable.

La gran expansión económica de estas empresas nacionales o extranjeras, para alcanzar los volúmenes de producción actuales (Tablas 3 y 4) se efectuó a expensas y sobre la base del deterioro del hombre.

La inversión para mejorar la situación en que está sumergida su principal fuerza de trabajo es *nula*. Es así que contrastan poderosamente la tecnificación, la potencia de las fábricas y explotaciones con la miserable situación del minero y el obrero del surco.

Tabla 3. Producción de mineral en toneladas. Provincia de Jujuy, 1971-1972.

Producto	1971	1972
Plomo	359,00	665,00
Zinc	86.338,00	88.015,00
Estaño, plata M.L.	4.615,38	4.545,00
Plomo y plata	47.423,00	45.545,00
Total	138.735,38	138.770,00

Tabla 4. Producción de azúcar, papel y alcohol. Provincia de Jujuy, 1971-1972.

Producto	1971	1972
Azúcar (kilogramos)	280.004.073	382.382.271
Alcohol (litros)	28.451.747	27.587.710
Papel de obra (toneladas)	28.625	28.689

Basta decir que las explotaciones de mayor envergadura en el continente en la minería o la producción de azúcar y papel muestran esbozos rudimentarios en materia de seguridad e higiene del trabajo; la inversión en este sentido también es nula. El desprecio por la vida humana es flagrante. Sin embargo, el enorme despliegue propagandístico y el hábil manejo de las denominadas “relaciones públicas” encubre una cruda realidad con un manto mezcla de *eficienticismo* y *beneficencia*, que es la imagen que todo el país “consume” de las empresas que explotan las riquezas de nuestra provincia.

Las condiciones de vida de estas 100.000 personas que motivan esta comunicación fueron analizadas exhaustivamente en tres aspectos fundamentales por la Dirección de Sanidad y el Departamento de Saneamiento Ambiental de la Subsecretaría de Salud Pública:

- 1) El hábitat del obrero y las condiciones sanitarias del medio ambiente.
- 2) El sistema de atención médica y servicios de salud que protegen al obrero y su familia.
- 3) El nivel de salud.

Esto se realiza a ritmo acelerado desde junio a la fecha en virtud de una política claramente definida, que tiene como objetivo la implementación de la Ley 1655/46 (servicios de salud), y la Ley 1814/47 (vivienda para los obreros de las empresas que operan en territorio provincial).

El hábitat del obrero y su familia

Esquemáticamente describiremos el ambiente que rodea al obrero y su familia y que después de las anacrónicas relaciones laborales ya comentadas, es el más fiel espejo donde estudiar el régimen de opresión que se comenta.

De los seis establecimientos que estudiamos, dos (minería) se asientan a 4.500 m de altura en la enrarecida atmósfera del altiplano; el frío y la baja concentración de oxígeno someten allí al hombre a extremas condiciones de supervivencia. Las cuatro empresas agroindustriales (azúcar) están radicadas en el valle de San Francisco, al noreste de la provincia, el clima es cálido, subtropical, y las miserables condiciones de vida configuran un hábitat altamente agresivo para el obrero del surco.

Las 35 concentraciones humanas de estas empresas están caracterizadas por el aislamiento cultural y físico, constituyendo verdaderas islas en la demografía provincial.

La vivienda, los campamentos y los “lotes”

El sistema de urbanización es simple, elemental, y sirve a los intereses de la empresa exclusivamente, todo está en función del esquema de explotación. Se trata de aglomeraciones de “viviendas”, el 90% de tipo colectivo, apeñuscadas en el menor espacio posible. Cada “vivienda” es un cuarto de unos 10 metros cuadrados.

En nuestras inspecciones hemos podido comprobar hasta 16 personas alojadas en estas “viviendas”.

Según datos suministrados por las empresas el promedio es de 7-8 personas por habitación, o sea 1,75 m² por persona; si a esto agregamos que los subcontratados o *cuartas* también se hacinan en la misma habitación del obrero, podemos llegar a una cifra de 1 m² de superficie cubierta por persona. Casi siempre este ambiente único es usado como dormitorio, cocina y comedor en forma simultánea por las dos o tres familias. En galerías precarias instalan a veces comedor y cocina en las callejas.

Con respecto al material con que están construidas, es posible observar los típicos *vinchuqueros*, galpones colectivos de 10 a 20 piezas semitabicadas hasta media altura con entramados de cañas o maloja, paredes de *palo a pique* revocadas o *torteadas* en barro y piso de tierra, techos de cartón, sin ventanas, totalmente insalubres. No hay privacidad y la vida cotidiana se desarrolla a la intemperie y en la vía pública, la exposición a la endemia chagásica y la infestación de artrópodos es insostenible. El hacinamiento induce a la desintegración de la familia del obrero que en gran proporción deja su familia en los lugares de procedencia.

En los campamentos mineros la agresividad del clima retrae a la familia a la reclusión del cuarto único donde el descanso del minero de los turnos nocturnos se hace imposible.

Los elementos y espacios para recreación son desconocidos, salvo los basurales y zanjas con aguas servidas donde discurre el día del hijo del zafrero. Los dos tipos de explotaciones poseen sistemas laborales de ritmo ininterrumpido, la febril actividad en las minas y los cañaverales no se interrumpe nunca, de esta última actividad participa toda la familia. En las escuelas de la zona solo el 10% de los hijos de los zafreros asisten temporariamente a las escuelas. El trabajo de menores mantiene las tasas de analfabetos y semialfabetos. El trabajo de mujeres embarazadas o en lactancia es la regla, y las consecuencias sobre los nonatos son devastadoras.

Abastecimiento de agua

El suministro de agua se hace con grifos públicos, ni un tercio de los pueblos posee un sistema de potabilización adecuado. Las muestras bacteriológicas nos exponen

Tabla 5. Estudio de contaminación del agua de consumo de las empresas azucareras. Provincia de Jujuy, 1973.

Empresa	Número de muestras	Número de muestras no potables	Porcentaje no potables
Calilegua	135	45	33,33
Ledesma	128	69	53,90
La Esperanza	126	57	45,24
La Mendieta	152	142	93,42
Total	541	313	57,8

el grado de contaminación de las aguas (Tabla 5), un 57,8% de las muestras —bacteriológicamente no potables— evidencian claramente los orígenes de la endemia y epidemia de fiebre tifoidea, diarrea infantil y parasitosis que causan estragos en la población obrera. La situación se agrava cuando estudiamos qué sucede con el agua bacteriológicamente potable; el acarreo desde los grifos públicos y el almacenamiento en baldes y tarros en los ranchos provocan la contaminación del agua, elevando los índices de no potabilidad al 90% o 100% con peligrosas cifras de contaminación por bacterias colifecal.

Es por esto que Jujuy llegó a registrar el 50% de los casos de tifoidea que el país padecía, y asombra con brotes epidémicos de más de 500 casos de tifoidea en una localidad (Ingenio La Esperanza-San Pedro). La parasitación intestinal es del 90% al 100% en la población investigada. Jujuy en nueve meses de 1973 notificó 15.000 casos de diarrea. Esta es una de las primeras causas conocidas de muerte en los menores de un año.

Eliminación de excretas, basuras y aguas servidas

No existen para esta población baños con arrastre de agua, el sistema de eliminación de excretas es exclusivamente por letrinas de hoyo seco, de uso colectivo. El promedio es *de 80 personas por letrina*, distribuidas estas en las periferias de las poblaciones.

Las aguas servidas son arrojadas a la vía pública o en canales abiertos que corren por delante de las viviendas.

La recolección y disposición final de basuras en forma deficiente, la proliferación de moscas y el expendio antisano de alimentos completan el cuadro de la miseria sanitaria que posteriormente se describe en sus consecuencias sobre el nivel de salud y enfermedad.

El ambiente de trabajo

El hábitat laboral de las fábricas de azúcar, papel, minas y plantas de procesamiento de mineral también fue estudiado en algunas de estas empresas.

La actividad de higiene y seguridad del trabajo en estas riquísimas explotaciones es un fenómeno desconocido. Salvo aquellos esbozos rudimentarios y distorsionados conceptualmente que tratan de evitar un accidente o mejorar la eficiencia con el único propósito de evitar un gasto o mejorar la producción. El hombre no cuenta. De todas maneras, ningún intento va más allá del *eslogan*, vacío de intención, pintado en un *socavón* donde hombres, a 200 m bajo tierra, trabajan 10 y 12 horas en una nube de polvo y sílice.

Ninguna empresa dispone de recursos, normas de prevención ni programas de seguridad e higiene del trabajo, aun aquellas que en el *ranking* de producción alcanzan los máximos niveles nacionales o continentales.

El hombre con menor expectativa de vida en Jujuy es el minero, así como nadie paga más alto precio en vida de sus hijos que el zafrero en los cañaverales.

Puede resumirse la situación en las fábricas y minas como de alto riesgo para el hombre que en ellas trabaja, *por carencia de elementos de seguridad y elevada contaminación ambiental*. Los mínimos permisibles de contaminación por polvo, gases tóxicos, temperatura, humedad y presión sonora son superados habitualmente en todas las áreas estudiadas con la participación de los organismos técnicos de la nación y de la Universidad de Buenos Aires. Esto es agravado por todas las argucias laborales que conducen a la habitual *jornada prolongada* de trabajo.

El pago a destajo y el *cebo* de las horas extras, que pueden llegar a suplir un turno de trabajo, llevan inexorablemente a la trampa donde cada obrero de Jujuy deja, con respecto a sus pares del resto del país, 10 a 15 años de su vida promedio. Miles de años de vida de hombres y mujeres que tenemos la obligación de correlacionar trágicamente al precio de la producción en bienes o al ingreso per cápita en la provincia.

Si la vida humana carece de valor en Jujuy, mucho menos, obviamente, la preservación del equilibrio ecológico, los recursos naturales; el aire, suelo y cursos de agua y la preservación de ellos *pertenece al futuro*. Hasta ahora tuvo sin cuidado a los responsables de estas explotaciones y a los organismos oficiales.

Servicio de salud

Por ley provincial las empresas, desde 1946, están obligadas a prestar atención médica a la población que concentran en sus explotaciones rurales.

Aunque las empresas dieron cumplimiento parcial a esta obligación han impreso a los servicios de salud las deformidades propias del sistema que a menor costo trata de brindar un servicio. Luego de 20 años de deterioro conceptual llegaron a transformarse en fieles exponentes de la antimedicina con un marcado tinte caritativista.

Los seis hospitales de las empresas que enfoca el trabajo tienen en total 350 camas hospitalarias y 35 puestos de salud periféricos.

La atención médica tiene características tan similares que permiten la descripción en forma conjunta ya que las diferencias que existen entre ellos están relacionadas solamente con la magnitud de los déficits observados. Si analizamos algunas de sus particularidades, es necesario destacar:

- 1) Limitación en las prestaciones para tratar de disminuir el costo aun en deterioro de su calidad (bajos promedios de estada, escaso porcentaje de ocupación de las camas).
- 2) Segregación de los estratos jerárquicos inferiores (personal zafrero, temporario, *cuartas*, etcétera), definiendo distintos criterios de disponibilidad para gran parte de los obreros. Este sector que más servicios demanda por las precarias condiciones de vida, es rechazado y canalizado hacia el hospital público ya que tampoco interesa al sector privado con fines de lucro.
- 3) Subequipamiento (2-3 camas cada 1.000 habitantes).
- 4) Carencia de recursos humanos capacitados (un médico cada 2.500-3.000 habitantes, un enfermero cada 30 o 40 camas).
- 5) Falta de programas de prevención y educación para la salud. Solo un tercio de los embarazos y nacimientos se efectúan bajo control. El número de partos asistidos por médicos no excede del 5% al 10% según la empresa y el parto en domicilio atendido por comadronas asciende al 40% o 50%.
- 6) Encubrimiento de patología evidenciado por la subnotificación de enfermedades transmisibles.
- 7) Falta de programas o actividades prioritarias como el control pediátrico (Tabla 6) donde la relación consulta por año no alcanza al 0,37 consulta X niño X año a pesar de las altísimas tasas de morbilidad del área.
- 8) En general el accionar de los profesionales y la práctica médica de estos servicios responden a los intereses de la empresa y no del obrero y el enfermo.

Tabla 6. Número de consultas pediátricas en las empresas pivadadas (relación consulta/habitante). Provincia de Jujuy, 1972.

Empresa	Población infantil estimada	Consultas	Consultas por niño y por año
Ingenio Ledesma	20.500	9.287	0,45
Ingenio La Esperanza	5.330	3.873	0,73
Mina Aguilar	3.414	No hay atención diferencial	
Ingenio Río Grande	4.558	No hay atención diferencial	
Finca Calilegua	6.939	No hay atención diferencial	
Mina Pirquitas	1.057	2.643	2,50
Total	41.798	15.803	0,37

En síntesis, puede inferirse claramente que los servicios médicos, como en todo el país, no están en función del pueblo sino de intereses sectoriales y muestran una vez más su inutilidad ante la magnitud del problema de salud cuyos orígenes se deben reconocer en los problemas socioeconómicos y laborales del área.

Nivel de salud

El estado de salud de la población obrera concentrada en estas explotaciones agroindustriales es francamente deficitario y refleja fielmente las duras condiciones ecológicas que caracterizan la vida de estos grupos humanos.

El gran número de enfermedades infectocontagiosas constituyen la consecuencia inequívoca de un medio ambiente altamente contaminado potencializado por la mayor promiscuidad imaginable.

Al analizar la notificación de enfermedades transmisibles se evidencian las cifras realmente alarmantes de alguna de ellas (tuberculosis, neumopatías, diarreas, etcétera), hecho que se agrava en extremo si consideramos que las enfermedades notificadas representan solo una pequeña parte de la realidad sanitaria.

Podemos citar como ejemplos los 4.710 casos de diarrea notificados por las empresas estudiadas, desde enero a setiembre de este año y los 154 casos de tuberculosis en igual período.

Los graves déficits nutricionales que presenta esta población se transforman para el grupo infantil, en el condicionante inequívoco de la rápida evolución de las enfermedades hacia la muerte, dejando en los sobrevivientes profundas huellas que limitarán aún más sus posibilidades futuras.

Del análisis de las muertes surgen aspectos fundamentales de la vida; así vemos que la mortalidad infantil muy elevada en estas áreas (Tabla 7) es el resumen y la

Tabla 7. Tasas de mortalidad infantil por departamento de residencia de la madre. Provincia de Jujuy, 1968-1972.

Departamento de residencia	1968	1969	1970	1971	1972
Humahuaca	143,7	122,1	148,3	155,3	119,5
Ledesma	189,7	144,6	138,7	108,6	110,0
Rinconada	183,9	203,3	263,5	211,3	111,1
San Pedro	131,3	84,6	117,2	93,5	104,7
Santa Bárbara	162,5	68,3	157,9	105,1	127,0
Subtotal*	160,8	118,7	141,5	114,5	111,1
Otros departamentos	119,7	99,7	117,9	95,5	93,3
Total provincia	136,4	107,7	127,8	103,9	101,1

*Departamento donde asisten las seis empresas en estudio.

Tabla 8. Diez primeras causas de muerte en menores de un año según lista de 150 causas. Año 1970.

Número de orden	Causa	Número de muerte	% ¹
1	Sin atención médica	356	23,4
2	Otras neumonías	231	15,2
3	Síntomas de estados y morbosos mal definidos	190	12,5
4	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	157	10,3
5	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	106	7,0
6	Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas en otra parte	82	5,4
7	Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	66	4,3
8	Sarampión	61	4,0
9	Meningitis	39	2,6
10	Otras enfermedades bacterianas	21	1,4

¹Porcentaje sobre el total de muertes de menores de un año.

expresión final de las condiciones ecológicas en las que le toca vivir a los nuevos representantes de la raza humana en un área determinada. La muerte infantil representa precisamente la impotencia de un sistema económico-social para asegurarle a sus integrantes los requisitos mínimos indispensables para la supervivencia.

Cada muerte infantil evitable evidencia claramente el déficit del área en donde este hecho se produce: déficit de alimentación, de vivienda, de agua potable, de atención médica, etcétera. Si consideramos las causales directas de la mortalidad infantil (Tabla 8) observamos que las primeras causas de muerte son las producidas *sin atención médica*. Este hecho nos habla del déficit real de servicios y de los déficits relativos provocados por la no accesibilidad al servicio por parte de la población marginada, hecho determinado por un conjunto de medidas limitacionistas.

La segunda y cuarta causa, *neumonías y enteritis*, trasuntan la extraordinaria agresividad del medio. La tercera causa la constituyen las causas *mal definidas* que denuncian claramente la poca eficiencia de los servicios médicos.

Si bien este panorama es común en toda la provincia, debe destacarse que la situación se agrava marcadamente en algunas de las áreas de alta productividad donde las muertes sin atención médica o por causas mal definidas representan el 62,0% del total de *muertes infantiles*.

Cabe agregar que la mortalidad infantil en estas áreas (El Talar, Departamento de Santa Bárbara) es ampliamente superior a los niveles promedio de la provincia, llegando a extremos pavorosos *donde uno de cada cuatro niños que nacen mueren antes de cumplir el primer año de vida*. Donde la *muerte de un niño por semana* constituye un injusto tributo a la zafra del año 1973 (Tabla 9).

Tabla 9. Número de muertes infantiles. El Talar, 1973.

Periodo	Número de nacidos vivos	Número de defunciones de -1 año	Número de defunciones de 1 a 5 años	Total de muertes infantiles de -5 años
Enero a agosto, año 1973	91	21	12	33

Tasa de mortalidad infantil 230 por mil

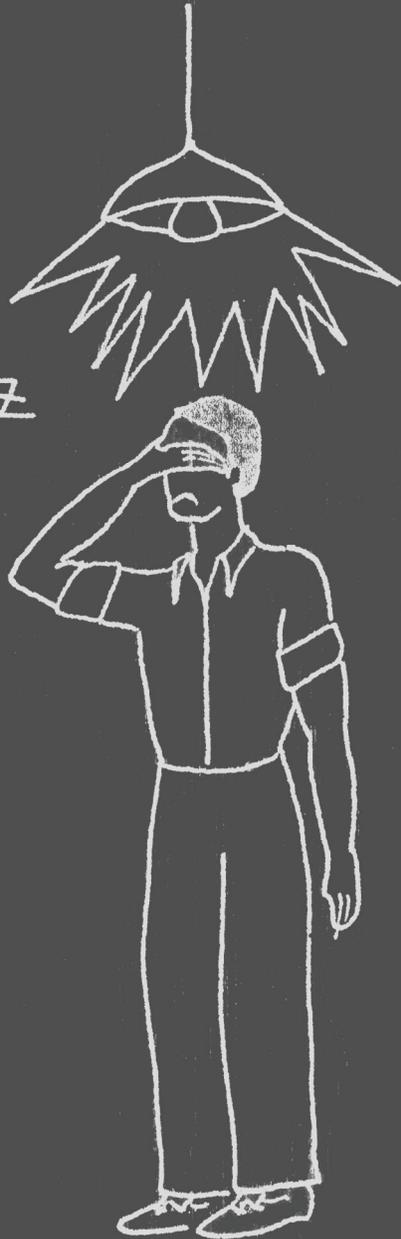
Esta cuantificación del riesgo de enfermar y morir solo es observable en los grandes desastres naturales o en las regiones asoladas por la pobreza.

Algunas empresas, ante la situación acuciante, se dirigen por un camino que a menor costo supuestamente puede disminuir el número de muertes. En vez de proveer lo indispensable para la vida, optan por el control de la natalidad.

EXCESO D
FALTA DE LUZ



FATIGA
VISUAL



El control de la seguridad y la higiene por parte de los trabajadores

Juan Sosa

Comisión de Control Obrero de la Higiene y Seguridad de un astillero

Se ha dicho muchas veces que por cada barco que se construye se produce la muerte de un compañero trabajador. También es cierto que las condiciones de salubridad e higiene en un astillero son considerablemente deficientes y no siempre conocidas. Nunca antes habíamos tenido esta oportunidad de relatar ante profesionales y trabajadores nuestra experiencia sobre estos problemas, y esperamos que a todos nos sirva el intercambio de opiniones que se realice en estas jornadas.

En primer lugar, quisiéramos explicar brevemente qué es un astillero. En un astillero como en el que nosotros trabajamos, se producen barcos de gran calado y se tarda nueve meses en terminar uno de ellos. Hay 450 trabajadores que cumplen una jornada de ocho horas. La construcción del barco comienza en un lugar llamado platón, al aire libre, donde se van cortando los trozos de hierro y armando las distintas piezas. Una vez armadas, son transportadas por grúas a un depósito llamado anguilera, adonde se trasladan para luego ser acomodadas. Así se va montando el barco, con tareas de soldadura, pintura, etcétera. Esta sección de montaje se denomina calderería, y los grupos de trabajo se componen del calderero, que corta las chapas y hace el montaje, de un ayudante y del oxigenista; además, están los soldadores, los pintores, los peones de baradero, los cañistas, los cobreros, los traza-dores, los carpinteros.

En este ambiente de trabajo, que últimamente vimos que en una revista era presentado como un modelo de seguridad e higiene, nosotros no nos sentíamos muy bien. Había compañeros que, por los gases, sufrían dolores de cabeza. Sentíamos cansancio y debilidad, y teníamos malestar digestivo, especialmente después de comer. Por otra parte, no confiábamos demasiado en el médico de fábrica; cuando íbamos al consultorio, nos daba alguna aspirina y hasta, en algún caso, nos permitía no trabajar ese día, pero de todas maneras seguíamos sintiéndonos mal. A veces nos atendía un enfermero, que demostraba mayor preocupación, pero tampoco nos resolvía los problemas. Poco a poco, empezamos a ir al médico simplemente para conseguir el día, es decir, para no trabajar un día. Como cualquier persona, necesitábamos un día de descanso, no porque tuviéramos que ir a dar sangre ni porque se nos hubiera muerto algún familiar, sino solamente por razones personales.

Fue entonces cuando comenzamos a luchar para obtener el insalubre: trabajar seis horas era una aspiración de todos los compañeros. Si se trabajan seis horas, se

puede tener otro trabajo, hacer alguna changa. Porque la verdad es que nadie se cura si, en lugar de trabajar ocho horas, trabaja seis. Además, cuando el salario es insuficiente, lo más común es que se trabajen seis horas más fuera del astillero, y eso hace un total de 12 horas. Lo cierto es que nosotros apelamos al insalubre para solucionar un problema que tiene poco que ver con mejorar nuestra salud. El insalubre tiene esa trampa, que es la de hacernos cambiar nuestra salud por dinero. Nuestra salud se iba deteriorando día a día, como si fuera una cosa natural, como si fuera normal que, la perdiéramos por el trabajo. Esto lo apreciábamos muy bien con los accidentes. Veíamos que un compañero se moría por un accidente de trabajo y a veces un barco se llevaba la vida de tres trabajadores, y todo pasaba sin pena ni gloria. Los que seguíamos manteniendo contacto con la familia de algún compañero muerto, veíamos que se le indemnizaba y todo seguía como si nada hubiera ocurrido.

En la fábrica hay un equipo de técnicos de seguridad, que supuestamente tenían que preocuparse por todos estos problemas. Pero nosotros notábamos que no lo hacían.

La muerte de uno de nuestros compañeros provocó una situación de gran preocupación para todos los trabajadores del astillero. Surgió así, en todos nosotros, la decisión de impedir que siguieran las cosas como hasta entonces. ¿Qué era lo que profundamente nos estaba pasando? Lo que nos pasaba podía aparecer como una cuestión natural, si se lo miraba superficialmente. Pero piensen todos ustedes lo que ocurre en la cabeza, en los sentimientos de un trabajador cuando se da cuenta de que una cosa tan valiosa para todo el mundo, como es la salud, no le pertenece. Cada uno de nosotros nos veíamos como posibles víctimas.

Hasta entonces creíamos, porque nos lo habían hecho creer, que cuando había un accidente en la fábrica, era porque el compañero accidentado no prestaba atención a su tarea, o porque no miraba los carteles que ponía la empresa con las normas de seguridad, porque no se accionaba algún dispositivo de seguridad. Pero eso era lo que se decía; lo que pasaba era, por ejemplo, que un compañero se murió porque, soldando en el doble fondo de un barco —que son una serie de celdillas de 1,20 m por 80 cm— se juntó la llama del soplete con la manguera que traía el oxiacetileno inflamable y se produjo una explosión que lo mató. De eso nosotros, sin ninguna duda, no teníamos la culpa. Estas cosas suceden, y los primeros que deberían tratar de evitarlas son la empresa y los técnicos de seguridad, porque ellos saben de qué se trata y tienen conocimientos técnicos y científicos como para poder solucionarlas. No es posible que se superpongan tareas en la producción, que entrañen un riesgo a veces mortal, y esto depende de los que organizan la producción.

Además, es cierto que muchos no miramos los carteles de seguridad o nos descuidamos; esto ningún trabajador debería ocultarlo. Ninguno debería empezar por tratar de explicar que lo que pasó no ocurrió porque desatendió la tarea; cualquier persona, en cualquier trabajo, se puede distraer, puede estar preocupada por algo. Todos los hombres del mundo se distraen, y los que trabajamos junto a una máquina, o manejamos un soldador, también nos distraemos porque somos hombres. La diferencia es que muchas veces eso nos cuesta una mano o un brazo o la propia vida. Y esto no se resuelve, entonces, con carteles, como si fuéramos

animales, enseñándonos cómo se va a la máquina como se enseña al perro dónde hacer sus necesidades. Esto se resuelve haciendo máquinas para hombres, hombres que se distraen, y no adaptando los hombres a las máquinas.

Lo mismo pasa con otras cosas; en el astillero se utiliza una máquina que se llama calafate, que es un martillo neumático. Se la usa para cortar el metal, para sacarle la escoria, que es el residuo de la soldadura, para que de esa manera la pieza quede lisa. Este calafate produce un ruido infernal, ya esto se agrega que se usa en espacios muy reducidos, como los camarotes, los tanques de combustible o el doble fondo. Entonces pasa que estamos usando una máquina que nos está dejando sordos: hay ya muchos compañeros que no oyen bien. Pero más grave aún es que nosotros notamos que algunos tienen alterado el sistema nervioso: gritan y corren cuando van de un lado a otro, sin ninguna necesidad. Lo que más nos llamó la atención es que se portan como chiquilines, hacen bromas infantiles, hombres grandes de 35 o 40 años; se ríen de cualquier cosa. Esta es una cuestión que también se dice que se resuelve con los protectores para el oído. Pero a nosotros eso no nos resuelve mucho, porque el protector sirve para que se oiga menos el ruido, pero lo que realmente molesta es que cuando el calafate funciona, el ruido nos entra por la cabeza; es como si nos temblaran los huesos de la cabeza. Cuando alguien sale de trabajar con esa máquina, está como aturdido, atontado, pero también nervioso. Esto no se elimina con el protector del oído. Es común escuchar que lo que pasa es que no usamos el protector; es cierto. Muchas veces no lo usamos. ¿Por qué? Porque nos molesta. El protector de oído es muy molesto, porque cualquier cosa que uno se meta en el oído es molesta. Además, porque entre el protector y el ruido, que igual se oye, no podemos hablar con los compañeros que están al lado. Y si uno tuviera que elegir entre una cosa muy buena y otra mala, se comprendería, pero tenemos que elegir entre la molestia del protector y que nos tiemble la cabeza, o que nos siga temblando, nos vayamos quedando sordos, pero por lo menos podamos hablar con el de al lado, aunque sea a los gritos.

Tenemos otro problema, que también es muy común, pero no nos extendemos mucho sobre él. En galvanizado, se produce un humo blanco que nosotros aspiramos, y todos los compañeros que hacen esa tarea tienen dolor de cabeza.

En fin, todos estos problemas deben ser resueltos; ocurre, sin embargo, que hay muchas dificultades. En muchos casos, no es que no se sepa cómo hacerlo, pero lo que pasa es que resolver alguno de ellos cuesta mucho dinero, o resulta más barato pagarle a un accidentado la indemnización que cambiar la forma en que se trabaja. Pero nosotros creemos que eso no es justo: no se puede encarar esto según si la solución es más cara o más barata; el problema tiene que resolverse teniendo en cuenta la salud del trabajador. Nosotros no podemos permitir que lleguemos a los 40 años y parezcamos hombres de 50 o más. Porque, además, de nosotros depende toda una familia, que cuando nos enfermamos o no podemos trabajar más, se queda sin el sustento. Pero sobre todo el problema es que nuestra salud, como la de cualquier persona, tiene que depender de nosotros mismos. Cualquier persona tiene el derecho de elegir a su médico, porque así se va atender con confianza. El médico nuestro lo designa la empresa, y a veces ocurre que, como está a sueldo de

la empresa, le preocupa más lo caro que sale que haya ausentismo que resolver a fondo el problema que traiga el trabajador. Entonces, uno le pierde confianza. Es así que cuando pasó el último accidente, cuando murió el compañero, creamos una comisión integrada por doce de nosotros, de control de la salubridad y la higiene.

Esta comisión se ocupa especialmente de estos problemas, pero lo importante es que todos los compañeros se preocupan; todos los compañeros del astillero decidimos que los dueños de nuestra salud somos nosotros mismos, y nadie más que nosotros. Entonces, sí que cambiaron las cosas. Se consiguió que se declarara insalubre casi todo el barco. El doble fondo quedó clausurado durante un tiempo hasta que se cambiaran las condiciones de seguridad. Con estas cosas, incluso hemos pasado por encima de normas internacionales que rigen para los astilleros navales, pero que tienen poco que ver con la realidad. Lo más importante que conseguimos es, sin embargo, que todo el mundo está muy contento, porque dimos un paso muy importante, que es la conciencia de que nosotros somos los que tenemos que ocuparnos. Entonces, la comisión de control de la salubridad recorre toda la fábrica durante todo el día y recibe los problemas que presente cualquier compañero. Ahora estamos tratando de encontrar soluciones, y sobre la base de nuestra experiencia, elaboramos nuevas normas de seguridad; para esto, es imperioso que los trabajadores tengamos nuestros propios asesores médicos y técnicos. Hay que comprender que para poder avanzar en todo esto tenemos muchas dificultades; necesitamos capacitarnos, estudiar, porque nadie nos puede reemplazar en el control, ya que los que sentimos las cosas somos nosotros. De ahí que necesitemos cursos accesibles para el trabajador; necesitamos también nuestros propios aparatos de medición, para medir el ruido, el polvo, los gases y necesitamos aprender a manejarlos. Necesitamos médicos y técnicos en seguridad, para que nos asesoren y que quieran emplearse en las fábricas, para que ahí, conociendo el terreno, nos ayuden. Es decir, nosotros estamos empeñados en una gran lucha para controlar el estado de salud de los trabajadores. Y sabemos que esto tiene mucho que ver con que podamos conocer y controlar cómo se organiza la producción, para que esta no se haga a costa de nosotros y de nuestras familias.

Comisión sobre enfermedades profesionales: criterios diagnósticos en medicina del trabajo

Armando Dragún, Roberto Donalisio, Omar Glezer, Silvio Schnek, Liliana Pérez, Raquel Colombo y María del Carmen Scorziello.

Equipo clínico del Instituto de Medicina del Trabajo

Los actuales criterios diagnósticos en medicina del trabajo consideran fundamentalmente los parámetros objetivos para detectar las posibles patologías presentes en las distintas industrias. Sin embargo, creemos que eso no es suficiente; tales parámetros aislados representan una concepción tecnicista que niega los aportes subjetivos del trabajador, que es quien se siente enfermo. No solo están dirigidos a objetivar trastornos y a cuantificarlos, sino que, una vez reconocida la enfermedad, estos criterios se refieren al paciente totalmente aislado del medio y del agente contaminante. Se da así la paradoja de calificar como preintoxicación, por los exámenes de laboratorio, a un padecimiento con trastornos clínicos francos, lo que constituye una forma de negar y dudar a priori de lo referido por el paciente.

De esta manera se priva al trabajador del derecho a sentirse sano o enfermo, porque quien determina la enfermedad es el médico, sobre la base de patrones cuya fijación está sujeta a normas en ocasiones bastante distantes del hecho médico en sí mismo.

En otras palabras, el trabajador no está enfermo mientras no se cumplan ciertos requisitos técnicos, y por añadidura, cumplidos estos, se enfoca su enfermedad como perteneciente a un *individuo*, y se la trata independientemente de las condiciones de trabajo y de vida, recuperando al hombre solo para que vuelva al trabajo.

El trabajador se enfrenta diariamente, y durante largos años de su vida, con todo tipo de noxas emergentes del ambiente de trabajo. Esas noxas se manifiestan de distintas formas e inciden sobre la salud a través de diversos mecanismos, ya sea por la contaminación ambiental —responsable de las llamadas enfermedades profesionales— o de agentes físicos, como ruido, calor, etcétera. Asimismo, otros mecanismos, resultantes de la manera en que se desarrolla el trabajo, operan, en un principio, como agresores psíquicos: tiempos y ritmos de producción acelerados, y falta de creatividad de determinadas tareas, motivada por su excesivo fraccionamiento, lo cual trae como consecuencia monotonía y, fundamentalmente, pérdida de la relación entre lo trabajado y el producto final que se obtiene.

Tales mecanismos actúan sobre la salud mental del trabajador íntimamente ligado a agresiones aparentemente externas al medio de trabajo (salario insuficiente, inestabilidad en el trabajo, fatiga), pero directamente relacionados con él, conspirando contra el buen aprovechamiento del ocio, aumentando la insatisfacción y llevando al desequilibrio de sus mecanismos de defensa, con el consiguiente desarrollo de distintos tipos de neurosis.

Esta es la realidad que debemos conocer como punto de partida para llegar al diagnóstico correcto y oportuno de la enfermedad laboral. Los criterios diagnósticos no deben limitarse a actuar como detectores de la enfermedad de un individuo, sino como posibles indicadores de la patología del grupo sometido a similares condiciones de trabajo. Del mismo modo, la enfermedad laboral no se detiene con la devolución del obrero al trabajo, sino, principalmente, con la eliminación o neutralización, de la o las noxas que lo agreden.

Cabe preguntarse, entonces, qué elementos debemos emplear para el diagnóstico. En este sentido, tres conceptos nos parecen fundamentales como aportes.

1. Valoración de la sintomatología referida por el paciente

Si la medicina clínica, cuando estudia al hombre enfermo, sustenta, como soporte válido y principal para su diagnóstico, una correcta historia clínica, la medicina laboral, que se ocupa de la enfermedad del hombre trabajador, debe apoyarse sobre los mismos elementos. Una buena historia clínica comienza con un exhaustivo interrogatorio. Para lograrlo, es indispensable una correcta relación médico-paciente, basada en la confianza mutua y en una situación en la que tanto el paciente como el médico se hallen libres de presiones que inhiban la comunicación, único medio que permite al paciente relatar lo que realmente siente, y al médico, valorarlo en forma adecuada. Si el médico presupone que el paciente a quien está interrogando es un simulador, o el paciente piensa que el médico que lo atiende no cree en su enfermedad, la relación estará totalmente distorsionada. Otro hecho que atenta contra la buena relación médico-paciente es la forma de atención que se practica en la mayoría de los consultorios laborales: poco tiempo, trato despectivo, enfoque sintomático de los padecimientos, etcétera. Todas estas consideraciones giran alrededor del concepto de que el trabajador es el indicador más sensible de su estado de salud.

2. Manejo correcto de los exámenes complementarios

Como su nombre lo indica, sirven precisamente para complementar el diagnóstico. El progreso de la medicina, en todos sus aspectos, ha posibilitado obtener un mejor manejo de los exámenes complementarios, incorporando nuevos elementos útiles para el diagnóstico. Sin embargo, los datos de laboratorio, que cuando son positivos adquieren gran valor para complementar el diagnóstico, lo pierden cuando son negativos, ya que no nos permiten descartar la existencia de enfermedad.

Hay una extensa gama de alteraciones de la salud, quizá sutiles, que cobran para nosotros la mayor importancia; son los casos que no están convenientemente contemplados en la legislación laboral, a pesar de tener estrecha vinculación con el trabajo. Síntomas y signos que no corresponden a una enfermedad bien definida y en los que los exámenes complementarios no aportan datos muy específicos. Debemos entender —y esto lo vemos diariamente en la práctica— que estos síntomas y signos pueden corresponder a alguna enfermedad del trabajo a cuyo diagnóstico podremos arribar con más precisión a través del conocimiento y la relación con el ambiente de trabajo. Esto nos lleva a una tercera pauta para elaborar los criterios diagnósticos.

3. Evaluación del medio laboral

Se refiere a la patología de los compañeros de trabajo y de las condiciones laborales. Nuestra formación médica tradicional, en el sentido de la atención individual del paciente extraído de su lugar de vivienda y trabajo, conspira contra este enfoque. A continuación, para ejemplificar estos criterios, nos referiremos a algunas de las enfermedades profesionales más comunes:

- En la intoxicación por inadecuada absorción de plomo, nuestra experiencia nos ha permitido observar que el cuadro de saturnismo clásico con sintomatología florida no es muy frecuente. Pero sí es muy frecuente el cuadro de lo que podríamos llamar saturnismo larvado, en el cual tienen relativo valor la plumbemia, plumburia, ALA-D, como elementos diagnósticos, que, en cambio, lo adquieren, sumados a la clínica y a la evaluación del ambiente de trabajo, tanto en el diagnóstico como en el control del tratamiento.
- En el campo de la patología respiratoria, observamos cuadros infecciosos crónicos del tracto aéreo superior, cuadros de insuficiencia respiratoria progresiva, en los que la radiografía impone diagnósticos diferenciales con neoplasias broncopulmonares y tuberculosis, que pueden llegar a provocar alteraciones cardiovasculares.

Todos estos cuadros son difícilmente diagnosticables si no se tiene en cuenta la profesión del trabajador. Los tóxicos e irritantes presentes en el ambiente de trabajo, como, por ejemplo, gases sulfurosos, tienen la capacidad de favorecer el desarrollo de procesos inflamatorios producidos por microorganismos.

De la misma manera, la aspiración de polvos de origen mineral provoca reacción neumofibrosante, generando el cuadro de las llamadas neumoconiosis, presentes en los mineros y operarios de molienda. Los polvos de origen vegetal son vehículos de infecciones micóticas; en nuestro país, el cultivo y cosecha del algodón favorece la transmisión de blastomycosis. A todo esto, se suma el hecho de que estas agresiones facilitan la instalación de infecciones crónicas como la tuberculosis.

Igualmente difícil, es el diagnóstico de enfermedades psicosomáticas y neurosis, originadas por la manera en que se desarrollan las tareas laborales. Por ejemplo,

la parcialización de ciertos trabajos crea monotonía, por el carácter repetitivo y la automatización del movimiento; tensión emotiva, por el miedo a equivocarse o a no mantener los tiempos establecidos. Asimismo, el horario de trabajo, con turnos rotativos, perturba las costumbres físicas y psíquicas del individuo y requiere un esfuerzo de adaptación deteriorante. Dificulta también la relación familiar y, socialmente, desvincula al trabajador de su comunidad.

Estas situaciones de conflicto (deseo y necesidad de trabajar-miedo a trabajar; trabajar de noche-dormir de día; cariño-odio a la máquina) crean un estado de ansiedad crónica que determina, a largo plazo, un deterioro físico con alteraciones psicósomáticas (disturbios neurovegetativos, cefaleas, gastritis, úlceras, colitis, disturbios de la presión arterial, taquicardia, infarto) y un deterioro psíquico con fenómenos de tipo neurótico.

En estos casos, si no aplicamos correctamente los criterios diagnósticos, tendremos un enfermo que será tratado sintomáticamente, y que después de muchos años, incapaz de recuperarse, será relegado a los márgenes de la vida laboral, sufriendo un mal del cual no se reconoce ni siquiera el origen.

Cabe recordar, sin embargo, que lo que hemos dado en llamar nuevo enfoque de la medicina del trabajo reconoce un antecedente que se remonta a más de dos siglos atrás. En el año 1701, Bernardino Ramazzini expresaba: "El médico que se acerca a un enfermo buscará enterarse de muchos pormenores por el enfermo mismo o sus cuidadores, acatando las normas del divino Preceptor: Cuando te llegues a un doliente, conviene preguntarle de qué sufre, por qué causa, desde cuántos días, si ha movido el vientre y qué alimentos ingirió". Tales términos emplea Hipócrates en su libro sobre afecciones. Habría que añadir "¿cuál es su oficio?"; dicha interrogación puede muy bien conducir hacia las causas ocasionales de su proceso, y juzgo oportuno, más aún, necesario recordarla si se atiende a hombres del pueblo; compruebo, no obstante, que casi nunca ella es puesta en práctica, aunque le conste, por otra parte, al médico que no la tuvo bastante en cuenta, cuando de haberla observado, hubiera contribuido a obtener una curación más feliz.

Condiciones de trabajo, salud e higiene en una empresa metalúrgica del Gran Buenos Aires

Compañeros trabajadores de la sección “material de fricción” de una empresa metalúrgica

Se trata de una empresa dedicada a la fabricación de cintas de freno, forros de embrague, pastillas de freno, zapatas para ferrocarriles, bloques de freno, bujías, chasis, acoplados, llantas, etcétera. En nuestra sección trabajan aproximadamente 130 operarios en tres turnos y se denomina “material de fricción”, donde se producen cintas de freno, forros de embragues, zapatas, bloques de freno, pastillas de freno, etcétera, para las cuales se utilizan los siguientes materiales: plomo, caucho, litargirio (o sea óxido de plomo), grafito, negro humo, azufre, baritina, durex (o sea carbonato de calcio), talco, cobre y bronce molido, amianto molido, resinas fenólicas, solventes, etcétera.

La sección ocupa un espacio de 120 x 30 m aproximadamente, dividido en varios sectores, sin separación alguna, motivo por el cual, los contaminantes de un sector se distribuyen por los demás sectores. Hacemos notar que el 90% de estas mezclas son de tipo seco y pulverizado, por lo cual son muy volátiles. Estas tareas comienzan en un sector donde se preparan las fórmulas con la materia prima antes mencionada, y por medio de envases abiertos que luego se vuelcan en un molino compuesto por dos rodillos que procesan el material durante 20 minutos, en los que se levanta mucho polvo, a pesar de que hay una aspiradora, que de ninguna manera alcanza a absorber de forma suficiente el polvo. El proceso siguiente es muy riesgoso puesto que se comienza a retirar la goma pegada al rodillo en movimiento cortándola en tiras con un cuchillo para seguir elaborándola hasta dejarla en condiciones.

En este molino al que salud pública hace aproximadamente tres años declaró salubre, trabajan compañeros en el retiro del material que este procesa y que, según ese organismo y la empresa, desempeñan tareas insalubres. Es de hacer constar que cuando los compañeros señalaron, en reiteradas oportunidades, a la patronal de este criterio tan dispar, hace más o menos tres o cuatro meses, comenzaron a abonar como tareas insalubres también a los compañeros que trabajan directamente en el molino. Esto demuestra la arbitrariedad en cuanto a las aplicaciones de las normas sobre el tema y la falta de sensibilidad de todos aquellos que deben aplicarla. De este sector salen otros materiales preparados en otras máquinas que pasan a otro sector transportados en carros abiertos algunos, otros con tapas. Dichos materiales

son muy volátiles y llegan hasta el sector donde se elaboran cintas de freno; otro sector, horneado, que trabaja a 300° C que larga vapores tóxicos; otro sector, prensas, donde llegan los materiales antes mencionados que luego se llenan en recipientes, son extraídos con una pala tipo almacén. Por el peso, debido a la mezcla, el obrero se debe inclinar sobre los carros aspirando involuntariamente el polvo que se levanta con el manipuleo, y otro tanto ocurre al volcar el mismo material en unos moldes.

A su vez, al retirar la pieza del molde ya cocinado, esta desprende gases fenólicos. Luego de este proceso se derivan a otros lugares para su mecanizado, como ser corte de placas, rectificadas con distintos abrasivos, agujereadas, selladas, etcétera.

Todo este proceso desprende gran cantidad de polvos que están continuamente en el ambiente a pesar de que hay aspiradoras que son insuficientes. El polvo que se derrama es barrido con escobas comunes provocando una nueva suspensión de polvo en el aire.

Esto es, en síntesis y sin profundizar en detalles técnicos, el tipo de tareas que nosotros realizamos y que quisiéramos que todos ustedes conocieran. Hasta hace aproximadamente nueve meses la empresa cambiaba de sección a varios compañeros que se enfermaban y cuyas causas ignorábamos.

También desconocíamos que la materia prima, los polvos y los gases que absorbíamos permanentemente podrían ser nocivos para nuestra salud, cosa que nunca nos previnieron ni se nos dieron los elementos necesarios para nuestra protección.

Por estos motivos no tomábamos ningún tipo de precaución, o sea, tomábamos leche, agua, se comía y se fumaba dentro de la sección, en el lugar de trabajo, en completo estado de falta de higiene.

A raíz de que varios compañeros presentaban síntomas de dolor de cabeza, cansancio, dolores musculares, problemas digestivos, problemas nerviosos, planteamos estos problemas que surgieron a raíz de que un compañero se hizo atender particularmente en el Hospital de Niños, que comprobó cierto grado de intoxicación que luego nos comunicó a los demás, por lo cual decidimos exigirle a la empresa una revisión y un análisis completo sobre plomo. Ante la elevada cantidad de exámenes patológicos informados por la clínica contratada por la empresa, esta decide cambiar de laboratorio, siendo los resultados totalmente diferentes. Desde ese momento nos hemos movilizado y luchado por cambiar estas condiciones de trabajo. En lo referido a nuestra salud hemos conseguido algunos éxitos parciales, como por ejemplo anulación del plomo que no sabemos si va a ser definitivo o no. En parte más limpieza, otra aspiración que todavía no sabemos si va a dar resultado. Vestuarios y baños que todavía no están habilitados. Consideramos que si bien los éxitos han sido parciales es la lucha conjunta de todos los trabajadores la que va a permitir modificar profundamente las condiciones de trabajo y las repercusiones sobre nuestra salud. Es por todo esto que nuestra presencia en este congreso se hace necesaria para que de aquí en adelante podamos recoger las directivas y los consejos que el cuerpo médico laboral estime para nuestros problemas de salud. Queremos, por último, agradecer a todos los médicos y especialistas del Instituto de Medicina del Trabajo de esta facultad por el cariño y empeño con que se han volcado en la atención de todos nosotros tomando el problema como propio y hacemos un llamado para que haya más médicos e ingenieros que nos ayuden. Muchas gracias.

Criterios diagnósticos en la intoxicación por plomo

Roberto Donalizio, Hernando Sala

En la intoxicación por plomo los parámetros diagnósticos se manejan con distintos criterios. Algunos consideran las manifestaciones clínicas, otros las bioquímicas y otros ambas.

En un consultorio donde concurren operarios gráficos más o menos expuestos al plomo, nos propusimos estudiar a los mismos con el objeto de hacer una correlación entre la anamnesis y los datos bioquímicos y electromiográficos, y de esta forma establecer nuestros propios parámetros diagnósticos.

Se estudiaron 48 trabajadores gráficos con exposición directa al plomo, todos del sexo masculino. Estos llegaron a través de la citación ordenada de los delegados sindicales pertenecientes a un grupo de talleres gráficos seleccionados al azar, con los que se dialogó acerca de los riesgos de la intoxicación crónica por plomo y se les explicó cuáles eran los síntomas de observación más frecuentes: astenia, parestesias, impotencia funcional, cólicos abdominales, trastornos de conducta, trastornos del sueño e impotencia sexual. Se les solicitó que transmitieran esta información personalmente a los compañeros más expuestos: fundidores, tipógrafos, maquinistas y linotipistas, para que concurrieran a la consulta.

Se confeccionaron las historias clínicas, consignándose específicamente catorce síntomas, cada uno de los cuales debía ser evaluado por el examinador de cero a cuatro de acuerdo con la intensidad con que se presentaban.

Posteriormente, se clasificó a los pacientes en: clínicamente sanos y clínicamente enfermos, siendo los primeros los que manifestaron sintomatología mínima o atípica y los segundos quienes tenían un cuadro clínico compatible con la intoxicación por plomo.

Se dosó en cada grupo: plombemia, plomburia, ALA-D, ALA, coproporfirinuria, y se les efectuó a todos electromiograma.

Se descartaron cuadros clínicos concurrentes mediante el examen clínico, análisis de rutina, electrocardiograma, radiografía de tórax y de columna lumbosacra practicados sistemáticamente, y otros exámenes especiales de acuerdo con el caso.

Hemos tomado como base los datos de las historias clínicas, que, aunque subjetivos eran los únicos que nos permitieron efectuar una pesquisa precoz de la intoxicación.

Dichos datos se jerarquizaron debido a *nuestro convencimiento de que los trabajadores no tenían especial interés en evidenciar enfermedad alguna*; por el contrario, observamos

que la gran mayoría sobrellevó durante bastante tiempo una notable sintomatología ante la imposibilidad objetiva de manifestarla, por las implicancias socioeconómicas que ello trae aparejado: ausentismo prolongado, justificación limitada y, consecuentemente, disminución de sus ingresos.

Pero al motivarlo convenientemente y libres de las presiones psicológicas a las que se veían sometidos al concurrir al consultorio de la fábrica, se presentaban a la entrevista y relataban espontánea y fluidamente su sintomatología.

Los resultados obtenidos en el estudio pusieron de manifiesto la relación directa entre la jerarquía de los síntomas y la lesión de motoneurona inferior, objetivada por el electromiograma. Por el contrario, los parámetros bioquímicos no demostraban diferencias significativas entre los considerados clínicamente sanos y clínicamente enfermos, encontrándose en ambos grupos inhibición de la ALA-D, con frecuencia similar. La similitud de los valores bioquímicos promedios entre el grupo clínicamente enfermo y el clínicamente sano, avalaría la hipótesis de que dichos valores bioquímicos serían expresión de exposición al plomo y no sirven para discriminar lesión orgánica.

Creemos que la actividad enzimática del ALA-D no permite distinguir entre los clínicamente demostrables y los latentes en población expuesta. Es por eso que sostenemos que el eje del criterio diagnóstico pasa por el relato que el trabajador expuesto hace de su enfermedad, siendo indispensable la obtención del electromiograma para evaluar la lesión neurológica, al mismo tiempo que el dosaje de la ALA-D, plumbemia y plumburia como aval diagnóstico, control y evaluación del tratamiento.

Se ha observado, además, una evidente correlación entre la intensidad de exposición medida en número de horas de trabajo y enfermedad, siendo aquella un elemento agravante en el desarrollo de la misma junto con factores individuales aún no aclarados.

La aparentemente alta incidencia de la intoxicación por inadecuada absorción de plomo sería en nuestro país el resultado de los altos índices de exposición y de las deficientes condiciones ambientales en las que el trabajador realiza sus tareas.

Estado de salud y seguridad de los trabajadores en las plantas de Caseros y Palomar pertenecientes a una empresa automotriz

Compañeros trabajadores de la empresa

A partir del año 1955 el país fue invadido, paulatinamente, por empresas extranjeras de neto corte monopólico debido a las facilidades que les brindaron los gobiernos que actuaron durante esos años. Dichas empresas emplearon diferentes métodos de explotación de la clase obrera y del pueblo en general.

Una de esas empresas fue y sigue siendo Fiat Concord, verdadero pulpo industrial, que siempre supo aplicar una política de explotación de acuerdo al momento político imperante. En el marco de esta tesitura empleó distintos planes de producción según se tratase de las plantas de Córdoba o de Buenos Aires; esto es debido a la diferente respuesta que dieron los obreros ante la explotación a que eran sometidos. En relación directa con las plantas de la provincia de Buenos Aires y con conocimiento directo de causa, se relatarán en forma general, pero no por ello menos concreta, las condiciones de salud y seguridad a que están sometidos los obreros de dichas fábricas, en las que se realizan los siguientes procesos de producción: estampado de las chapas, preparación de sub grupos y unión de las carrocerías, pintura de las carrocerías, montaje de las autopiezas y terminación final, los que se efectúan en las secciones correspondientes, teniendo cada una sus problemas particulares de salud y seguridad aunque a la postre se pueden reducir a dos o tres que afectan en general a todos los obreros de las plantas.

Pero para dejar establecido con una precisión mayor se hace necesario plantear las cuestiones esenciales por sección.

Sección estampado

En esta sección, en la que se emplean prensas y balancines de distinto tipo, ocurrieron varios y diversos accidentes, casi todos con consecuencias graves para los obreros ya que terminaron en amputaciones totales o parciales de los miembros superiores.

Lógicamente para la empresa la culpa es netamente de los obreros, cosa que es refutable totalmente. Los accidentes allí ocurridos son consecuencia lógica y cruel

de una planificación inhumana de la producción ya que la misma se realiza a ritmos verdaderamente infernales. En ellos no se considera algo que es fundamental en las tareas que allí se realizan: la monotonía de las operaciones, factor importantísimo que lleva a un cansancio mental y físico que aumenta en proporción geométrica a medida que transcurren las horas.

Otro factor agravante de esta situación es el ruido producido por las prensas, en especial cuando trabajan en línea, lo que repercute monótona y rítmicamente en los oídos de los obreros.

Con respecto al sistema de seguridad en las prensas y balancines su estado fue siempre deficiente, si bien ahora se toman ciertas medidas para solucionarlo, ya que la seguridad industrial en Fiat no ocupa un lugar preponderante en sus planes. En definitiva, los culpables de los accidentes no son los obreros descuidados o negligentes sino los elevados ritmos de producción y una seguridad deficiente.

Sección chapistería

Es esta la sección que produce una cantidad numerosa de accidentes como ser, heridas cortantes en distintas partes del cuerpo, incrustación de cuerpos extraños en los ojos (efecto de las chispas que se producen al soldar las partes), quemaduras, etcétera; esto se podría evitar si funcionase un sistema de seguridad que fuera prioritario a la producción, cosa que no ocurre.

Ahora bien, además de los accidentes mencionados existen dos problemas que, si bien no se ven como las heridas, dejan secuelas que difícilmente se pueden superar. Uno son las enfermedades ocasionadas por las posiciones incómodas en que se desarrollan las tareas que conjuntamente con los dispositivos antiguos empleados y el alto ritmo de producción, originan enfermedades a nivel de la columna vertebral y en general a todo el sistema óseo: el otro es el alto ruido existente en esta sección ocasionado por las distintas herramientas neumáticas empleadas (martinetes, perforadoras, pulidoras) que llevan al obrero a un estado de hipoacusia de mayor o menor grado, afectándolo en su vida de relación.

Existe aún otro problema, que, si bien todavía no ha sido esclarecido del todo, es dable pensar que afecte a la salud del operario. Este es el humo que se desprende de las soldaduras, en especial de las a punto, el que no es combatido ni en mínimo grado, siendo aspirado en forma permanente por el operario debido a que el sistema de ventilación es ineficaz, en especial en invierno, ya que no se usan, como es lógico, los ventiladores, único elemento utilizado para una supuesta renovación de la atmósfera, aparte de los portones y tragaluces.

Sección pintura

Si bien es cierto que la empresa Fiat posee un moderno sistema de terminación de la pintura, no es menos cierto que los pasos previos a ese se realizan de una manera

anticuada, facilitando así la contaminación ambiental y en particular del obrero que la realiza, llevándolo a una intoxicación paulatina.

Esto aún no tiene vías de solución ya que parece ser que este procedimiento es bastante redituable para la empresa.

Sección montaje

Esta sección presenta determinados problemas sanitarios que se asemejan a las demás secciones, en especial con chapistería en lo referente a las posiciones que tiene que tomar el obrero para desempeñar su tarea además del factor generalizado en toda la fábrica que es el ritmo de producción elevado.

Estos son los rasgos generales del sistema sanitario y de seguridad adoptado por la empresa. Pero resulta un deber ineludible denunciar algo que no tiene calificativo, la intoxicación de por lo menos 400 compañeros con plomo proveniente del estaño empleado, hasta hace poco tiempo atrás, en la sección chapistería, en especial en la planta de la localidad de Caseros.

En dicha planta funcionaba la sección estañado, haciéndolo sin ningún tipo de seguridad contra el plomo, tanto sea individual como para evitar la contaminación ambiental. Es esta la prueba más concluyente de la explotación a que está sometido todo el personal de fábrica, ya que, sabiéndose, desde años atrás, que la intoxicación proveniente del plomo, elemento incluido en la “barra” de estaño, es sumamente peligrosa para la vida normal del ser humano, se lo empleó indiscriminadamente, se llegó a fomentar a los obreros para que vayan a trabajar en esa sección, con un incremento en el jornal.

Ahora esa sección desapareció, pero... surgió otra: las piletas de desengrase de las chapas en las que se utiliza el *tricloroetileno*, sumamente tóxico. Esta labor se realiza sin ninguna medida de seguridad tanto sea para evitar la contaminación ambiental, producida por el desprendimiento de los vapores del tricloroetileno, como individual, ya que escasamente se emplean mascarillas para filtrar el aire aspirado por el obrero.

Para finalizar esta reseña no pueden quedar de lado las condiciones ambientales de calefacción y refrigeración necesarias para poder trabajar en un ambiente agradable, las que prácticamente son nulas, con los consiguientes perjuicios en la salud de todos los que trabajamos allí.

Todo lo anteriormente dicho demuestra fehacientemente, aunque se reduzca a una sola fábrica, las condiciones de explotación a que están sometidos los trabajadores argentinos. Condiciones estas coherentes con el sistema de producción capitalista del que Fiat es un exponente claro.

Ante este estado de cosas la crítica no tiene validez si no se dan pautas para hacer frente a esa situación que llevarán a la solución de los problemas en cuestión.

Concretamente, de las empresas no se puede esperar mucho, sino que, tenemos que ser nosotros los obreros los que tengamos a cargo la seguridad y la salud que nos corresponde por derecho natural, y esto se instrumenta a través de comisiones de

seguridad y salud dirigidas por los obreros mismos (caso ASTARSA) en combinación con los médicos conscientes de su tarea, conformando un núcleo de compañeros en el cabal sentido de la palabra puesto que en la etapa abierta, luego de 18 años de lucha popular, al asumir el teniente general Perón la conducción directa del gobierno popular en la reconstrucción nacional para marchar al socialismo nacional, que será el único sistema que barrerá con todo este estado de cosas, la única clase reconocida será la de los que trabajan.

Las enfermedades profesionales en la República Argentina (síntesis de conjunto)

Bernardino Sumiacher

Exponer el tema con extensión y profundidad escapa al objetivo de esta breve comunicación. Nuestra intención responde —simplemente— a mencionar con carácter genérico algunos de los problemas que gravitan fundamentalmente al trabajador argentino. Para ello debemos tener en cuenta no solamente ciertos compuestos de sofisticada tecnología, sino —específicamente— aquellos que representan una rutina habitual. Más aún en ciertos tipos ocupacionales observables en grandes y pequeñas industrias.

Las enfermedades profesionales se originan en relación al trabajo. Dicho de otro modo: el trabajo es una etiología. Es el criterio que los autores españoles, como Juan Dantin Gallego, vienen sosteniendo desde hace veinte años. El concepto resulta claro: las manifestaciones biológicas y clínicas del saturnismo —tomado como caso— se reproducen equivalentemente (salvando diferencias de labilidad) entre un operario que trabaja en el empastado, pulido o armado de baterías (enfermedad profesional) y un niño que juega durante determinado lapso con pilas viejas de linterna.

Baste recordar la extensa nómina de enfermedades que Ramazzini ya en 1701 atribuía a determinadas profesiones o hábitos de trabajo. Un poco más y nos encontramos con Strindberg que cree en la homosexualidad como típica enfermedad profesional de los marineros.

El portador responde sobre la base de la edad, sexo y taras psicofísicas preexistentes. La frecuente subestimación de la salud de la mano de obra —con determinadas excepciones— engendra problemas que van más allá del clima de tensión multicompartido. En este orden es fundamental evaluar el gran parámetro socioeconómico. Las enfermedades profesionales se proyectan incluso al hogar del trabajador cuando las condiciones preventivas en la industria acusan falencias o son mal orientadas. Es que en nuestro país existen condiciones negativas fruto de una cultura tecnológica socialmente inmadura todavía.

Además, geográficamente las variantes regionales permiten establecer algunas diferencias. Es así porque la medicina del trabajo, actividad interdisciplinaria por excelencia, responde a factores ecológicos y tecnológicos de distinta naturaleza. La zona que va desde La Plata hasta la ciudad de Santa Fe y el área que circunda la ciudad de Córdoba, ofrecen similitudes en cuanto a fisonomía socioeconómica,

tecnologías y riesgos subsecuentes. Sectores aislados del noroeste, Cuyo y Patagonia pueden poseer similitud de rubros industriales. Tal es el esquema nacional.

Clasificar las industrias mediante un planeamiento de riesgos específicos constituye un hecho eventualmente arbitrario. En efecto: la industria textil algodonera se maneja en etapas sucesivas mediante sus incidencias de polvo, calor y humedad. Pero en las etapas finales existen otros agresivos del orden preferentemente químico (álcalis, anilinas, solventes, etcétera). La industria metalúrgica es tal vez la más heterogénea como grupo de proceso donde intervienen la injuria térmica, polvos, ruidos y efluentes gaseosos tan dispares como el monóxido de carbono, el ácido crómico, vapores de ácidos y álcalis, cianuros o empleo de solventes de la más diversa estructura: hidrocarburos aromáticos del tipo benzol xilol, toluol, diversos alcoholes, aldehídos y cetonas o ésteres que se emplean mezclados para tipos de thinner; o compuestos clorados como el tricloroetileno, etcétera.

La industria química es, por definición, la fuente potencial toxicológica por excelencia como injuria profesional. La preservación de la salud se funda en rigurosas exigencias propias de la higiene y seguridad industrial. Habitualmente los procesos se hacen en sistemas herméticos manejados por limitado número de personal que controlan tableros de mando electrónico. Pero el problema es más grave en ciertas etapas como el ingreso (a veces el egreso) o también la mezcla de materiales, y la forma primitiva con que aún se comprueba el modo operacional en plantas industriales de magnitud. Empero la industria casi de tipo familiar o la pequeña industria representan proporcionalmente el mayor índice de enfermedades profesionales. Se explica por razones económicas, improvisación empresaria, falta de ilustración sanitaria que se traduce por falta de protección en el conjunto ambiental y personal.

Las enfermedades profesionales por compuestos macromoleculares, es decir, los polímeros sintéticos, son el gran problema que afronta el portador que trabaja en la industria de los plásticos, aquí, una vez más, se trata de un complejo sintomatológico proveniente no solo de algunos monómeros sino por la acción individual o por adición toxicológica de cargas, plastificantes, pigmentos, solventes.

Parece obvio señalar que en las enfermedades profesionales —vista esta revisión de conjunto— no deben contemplarse en función de la sintomatología y signología del período de estado. Por ello es necesario enfatizar sobre el valor de la medicina preventiva clínica mediante:

- a) Investigación clínica temprana. Materias primas, procesados, efluentes, productos manufacturados pueden, por ejemplo, ser tóxicos enzimáticos o de ciertas actividades vitamínicas. Es así que interfieren bloqueando las co-enzimas I y II, y la co-carboxilasa el fósforo y el plomo. Destruyen por inactivación de la apoenzima también el plomo, el mercurio, arsénico. Inhibiendo la holoenzima (es decir, enzima más su soporte proteico) el monóxido de carbono, el ácido cianhídrico y muy verosímilmente solventes del grupo de los glicoles. Otros son inhibidores del sustrato enzimático como el tricloroetileno, el flúor o fluoruros y el cloro. Rutina bien conocida son las investigaciones enzimáticas o paraenzimáticas en la impregnación plúmbica, con o sin manifestación saturnina.

- b) El cateo permanente del microclima de trabajo para cuantificar polucionantes: gaseosos, sólidos (polvos) y acústicos, así como carga térmica, estudio lumínico y también las radiaciones ionizantes. La habilitación de la central de Atucha crea un interrogante propio de planta, de sus desechos como industria, y de la comunidad circundante.

En la vastedad correspondiente a las enfermedades profesionales están las determinadas por agentes biológicos, de especial interés en nuestro país. Ciertas zoonosis han declinado como el carbunco. Otras como la brucelosis, virosis hemorrágica, hidatidosis, son de actualidad permanente, sea en el trabajo urbano o rural. Las enfermedades conióticas parecieran no tener una expresión crítica tal como sucede en países mineros. El error surge por subestimación. La silicosis representa un “estrés” real en industrias muy diferentes donde intervienen mezclas que contienen variable proporción de anhídrido silícico libre. Nosotros hemos presentado en Rosario con el profesor Carlos M. Villafañe un estudio casuístico sobre algunos casos de silicosis autóctona (manufactura de porcelana, molienda de cuarzo). Enfermedades profesionales por trastornos actitudinales, incluyendo la bipedestación, son comunes en una miscelánea muy amplia y variada de trabajos.

En suma, como medicina del trabajo es medicina toda (excepto pediatría), las enfermedades profesionales conciernen también —en diferentes gradaciones— a todas y cada una de sus disciplinas. A su vez, distintos grupos de conocimientos asociados a la medicina del trabajo le otorgan su especial carácter interdisciplinario.

○ ~~LA~~ PARTICIPACION EN LA
DISCUSION Y DECISION ACERCA
DE LOS PROBLEMAS DE LA
COMUNIDAD TODA



Contribución al estudio de los valores normales de plomo en sangre (plombemia) en nuestro medio

Manuel A. Guatelli, Nilda A. Gallego Gándara de Fernícola

Orientación Toxicología y Química Legal, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires

Las variadas y permanentes fuentes de contaminación que inciden sobre el sujeto normal avalan el aporte exógeno del elemento plomo (Kehoe, 1960; Ter Haar, 1970; De Treville, 1964), calificado como biológicamente no esencial, y justifican la existencia, en sangre y orina, de un contenido o tasa cuya expresión cuantitativa adquiere significación bioquímica-clínica de conjunto.

Las innumerables contribuciones investigativas relacionadas con este aspecto señalan una discrepancia de posiciones, derivadas de las causales determinantes (hábito alimentario, condiciones de vida, características de los centros urbanos, etcétera) que impiden fijar un valor común de aceptación universal (Stopps *et al.*, 1966; Goldwater & Hoover, 1967; Singerman, 1970; Goldberg *et al.*, 1963). En consecuencia y acorde con el criterio admitido, cada país debe establecer sus propios valores en los medios biológicos de la población normal, no expuesta, puesto que, aparte de traducir modalidades de hábitos regionales, permiten disponer de referencias cuantitativas para la ajustada interpretación de los casos preclínicos presuntivos o con fines de control periódico profiláctico-preventivo en la exposición al plomo y/o derivados.

A los efectos enunciados se ha procedido a determinar el plomo sanguíneo en sujetos no expuestos, todos del sexo masculino cuya edad oscila entre 18 y 50 años, empleando la técnica enunciada en una publicación anterior (Fernández *et al.*, 1970), con lo cual se aportan nuevas referencias que, agregadas a las existentes, ofrecen una información analítica de valor para establecer la cifra límite en nuestro medio, valor normal o plombemia.

Resultados obtenidos

En la Figura 1 se detalla la frecuencia porcentual de los contenidos de plomo en sangre obtenidos en individuos no expuestos al plomo, todos del sexo masculino y edades entre 18 y 50 años.

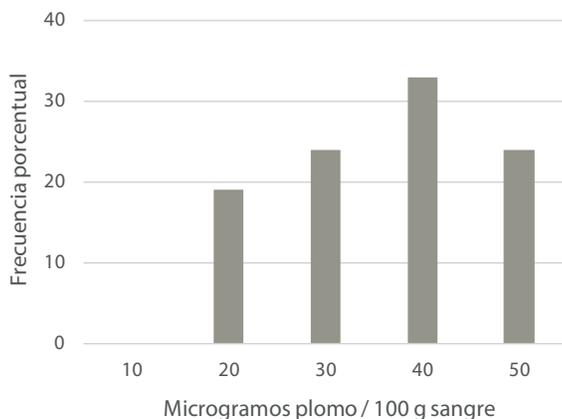


Figura 1. Frecuencia porcentual del contenido de plomo en sangre en individuos de 18 a 50 años de sexo masculino.

El valor promedio de 47 determinaciones es de 31.0 microgramos por 100 gramos de sangre total con una desviación estándar de ± 3.4 microgramos.

Es de agregar al respecto que las determinaciones efectuadas con muestras de sangre obtenidas en personas no expuestas en nuestro medio (WHO, 1966) revelaron un valor promedio de 25 microgramos por 100 ml de sangre para la mujer adulta y 14 microgramos de plomo por 100 ml de sangre para el hombre.

A su vez Goldwater y Hoover (1967) consignan que en nuestro medio se anotan cifras de 16 microgramos por 100 ml (valor medio), con una desviación estándar de ± 10 y que desciende, en el ámbito rural, a 9 microgramos por 100 ml (valor medio). Las observaciones de igual carácter efectuadas por Singerman (1970) señalan una cifra, para el sujeto normal, no expuesto, de 21.6 microgramos por 100 gramos de sangre total, con una desviación estándar de ± 10.3 .

Si bien los distintos registros que se anotan en nuestro medio muestran ciertas oscilaciones, en general puede admitirse que la plumbemia normal varía, en el medio urbano, entre 14 microgramos por 100 ml y 31.0 microgramos por cien gramos.

Los registros anotados por nosotros mediante valoración con ditizona revelaron un valor promedio superior a los consignados precedentemente, si bien guardan coincidencia con los especificados por otros investigadores.

Al margen de estas variaciones cuantitativas es de observar que los valores convencionales aceptados por algunos autores y que exceden de 50 μg por 100 gramos de sangre total para el sujeto no expuesto tienden a reducirse para ubicarse dentro de límites inferiores y coincidentes con la magnitud que reclaman otros investigadores (Goldberg *et al.*, 1963; Gibson *et al.*, 1968).

Entre la voluminosa información sobre el particular es de destacar que Zurlo *et al.* (1970) en similares estudios realizados en la población adulta, no expuesta, de los alrededores de Milán, registraron un valor promedio de 30 microgramos por 100 ml de sangre total para individuos de sexo masculino, utilizando la variante titrimétrica con ditizona.

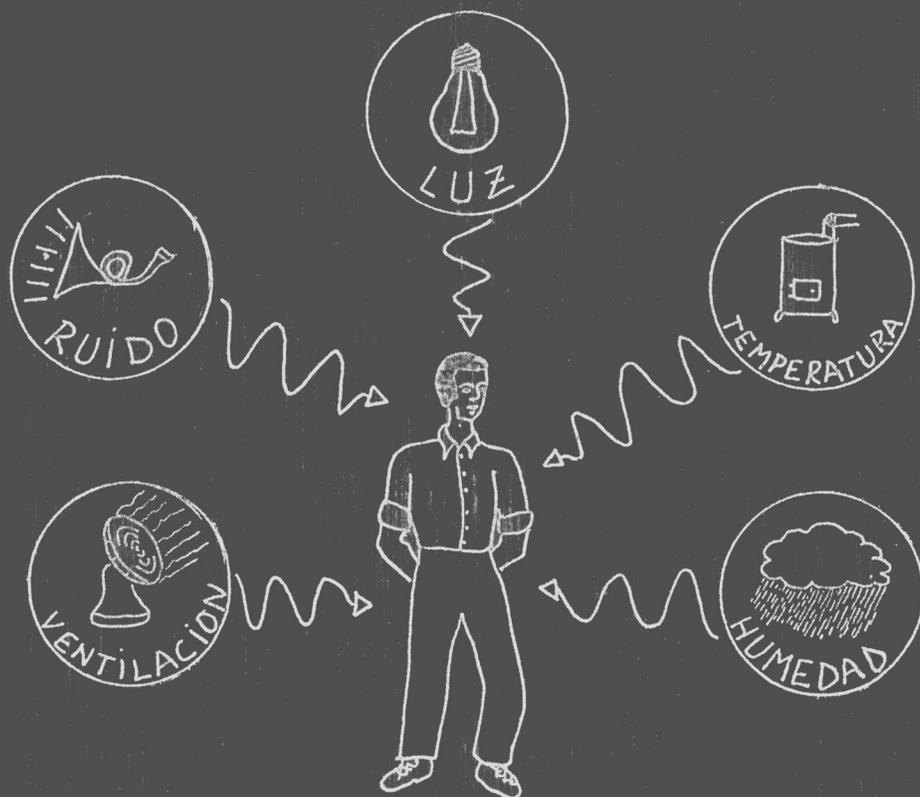
Conclusiones

Los registros analíticos que se ofrecen configuran una contribución investigativa con miras a establecer los valores de plomo en la sangre en la población no expuesta de nuestro medio.

El valor normal registrado, plumbemia, es de 31,0 microgramos por 100 gramos con una desviación estándar de ± 3.4 .

Si bien las referencias analíticas existentes señalan para nuestro medio un tenor inferior al anotado por nosotros, es de consignar que investigaciones de variado origen muestran un valor coincidente con el obtenido en nuestras observaciones.

MICROCLIMA



Calor y ruido en la industria: desarrollo tecnológico

Remigio Sánchez, Eduardo Ortiz, Horacio Kujnitzky

Equipo de Ingeniería Ambiental. Instituto de Medicina del Trabajo

A fines del siglo XVII comienza en Inglaterra la transformación económica conocida como Revolución Industrial. Fue el resultado de la adopción de una serie de innovaciones tecnológicas que se aplicaron a la organización del taller y al trabajo productivo del obrero, momento a partir del cual tal organización comienza a llamarse fábrica.

Esto lleva directamente a acelerar la concentración industrial y a aumentar la producción. Este fenómeno se extiende por el resto de Europa y con efecto multiplicador provoca en sus países el inicio de su revolución capitalista.

Paso seguido la concentración de capital y las formas de competencia de mercado no se hacen esperar y en esta batalla son desplazadas aquellas empresas que debido a sus mayores costos de producción no pueden vender en el mercado interno y solo le quedan tres caminos: cerrar, malvender o buscar nuevos mercados, para vender la producción o su inadecuada maquinaria o herramienta.

Las enormes fuerzas productivas y los medios de producción concentrados en las manos de la burguesía monopolista necesitan rebasar las fronteras nacionales y volcarse a conquista de mercados en el mundo entero. De esta forma el capital imperialista somete a los países atrasados, con la ayuda de las oligarquías nativas, explotando a su vez a las masas trabajadoras de estos países independientes. En ellos el imperialismo invierte capitales en las ramas de la producción que necesita controlar y las ganancias obtenidas son remitidas a los mismos que gracias a su enorme poderío financiero, dictan la política a minorías cómplices de los países atrasados.

Los estados imperialistas, de este modo se convierten en estados rentistas. Vemos, además, que a partir de la Segunda Guerra Mundial (nervio motor del capitalismo), EEUU se puso a la cabeza del imperialismo mundial, incorporando a países coloniales y semicoloniales (como el nuestro), a sus necesidades de dominación cerrando el paso al desarrollo capitalista autónomo y por lo tanto a sus fuerzas productivas y a su emancipación nacional.

Es por todos conocido el hecho que han cerrado en el país entre 15.000 y 20.000 industrias, producto de la crisis impuesta por los monopolios internacionales y en algunos casos por monopolios nacionales.

Para tener una idea global del advenimiento de capitales multinacionales a la Argentina, diremos que, considerando las cien mayores empresas, según su volumen

de ventas, en 1957 solo 14 de ellas eran extranjeras y representaban el 30% del total de ventas de esas 100. Doce años después, en 1969, el porcentaje de empresas extranjeras había subido al 62%, con el 76,3% de las ventas de las 100 mayores. A mediados de la década de 1960 el 72,8% de las ventas de las 40 firmas extranjeras más importantes del país se encontraban en los sectores más dinámicos de la economía (vehículos y maquinarias 32,7%; derivados del petróleo 7,8%; caucho 7,5%, y metales 4,1%), frente al 27% de los denominados sectores vegetativos.

Hablando de utilidades, la Argentina exportó entre 1966 y 1971 en concepto de servicio de las inversiones extranjeras, una suma equivalente al 7% del producto bruto interno, o a todo el esfuerzo de la exportación de un año, o casi el 80% de los saldos favorables de intercambio comercial entre 1966 y 1970, o a las casi dos terceras partes de todas las inversiones directas extranjeras que hay en el país. Podemos decir que representa, en todo este período, el valor de más de cuatro Chocones.

En términos más explícitos, en este período la Argentina exportó en servicio de capital extranjero 2.127,2 millones de dólares. Como en el mismo período los ingresos provenientes de inversiones extranjeras alcanzaron solo 150 millones, la simple comparación de los ingresos y de los egresos revela que por cada dólar que ingresó salieron de la Argentina 14 dólares como mínimo. Con estas cifras damos una idea aproximativa del carácter expoliador a reinvertir en nuestra tecnología.

Podemos afirmar que la necesidad de expansión de los poderes imperialistas y la reafirmación de su inserción en las estructuras económicas de los países ya dependientes, conformaron un estilo de penetración a través de la sustitución de importaciones, mediante la reducción *in situ* de esos mismos productos.

Así se disfrazaron con una forma pretendidamente de industria nacional, pero que estaba instrumentada sobre la base de la falta de divisas y la necesidad de importar maquinarias, lo que obligaba a afianzar el lazo económico al recurrir a la financiación externa, cuyo peso sobre la economía obligaba, a la postre, a caer en el consabido círculo vicioso de las refinanciaciones que acarrearán un aumento del endeudamiento y la consolidación de la dependencia. Asimismo, tal importación se basaba en maquinaria ya obsoleta en su lugar de origen, que, por efectos de modernas tecnologías de producción, como así de medidas de higiene y seguridad para los trabajadores (siempre dentro del ámbito de los países imperialistas), eran marginados de línea y del mercado interno y antes que eliminarlas definitivamente, resultaba más económico ubicarlas en las subsidiarias radicadas en los países que controlaban. En ellos, la presión ejercida por las fuerzas del trabajo, consciente ya de su ubicación como columna vertebral de la sociedad, de su potencialidad de masa y de su beligerancia en la lucha por sus propias reivindicaciones, manifestada a través de un constante e incisivo accionar por vías de movilizaciones, asambleas, huelgas, etcétera, obligó a las estructuras dominantes, tras la máscara de falsa nacionalidad, serviles del poder usurpador, a arbitrar los medios de emergencia para satisfacer sus exigencias, bajo formas de leyes, decretos y/o normas que es necesario decir no contemplan, en su real medida, la preservación de la salud de los trabajadores, siendo solo un paliativo de los problemas que a diario se les presentan.

Esa importación tecnológica, ya amortizada en los países de origen, arrastra consigo los problemas emergentes de los agentes contaminantes que ellos mismos producen, entre los que podemos mencionar el ruido y calor, objeto del presente trabajo.

De acuerdo al resultado de las encuestas sobre higiene y seguridad industrial realizadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública, el Instituto de Tecnología Industrial y la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Buenos Aires, con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana (OMS), en Capital Federal y 19 partidos del Gran Buenos Aires (noviembre de 1968), Córdoba (julio de 1970) y Mendoza (julio de 1970), podemos observar que:

- *Capital Federal y 19 partidos del Gran Buenos Aires:* De la población trabajadora estimada el 8,43% está expuesta potencialmente al ruido y el 6,05% a temperatura, ocupando el segundo y tercer lugar, respectivamente, de todos los riesgos considerados. El índice más alto se observa, para el ruido en la industria textil, con un 29,7% de su población afectada y para la temperatura, en la industria de minerales no metálicos, con un 33,7%.
- *Córdoba:* De la población estimada, el 7,7% está expuesta potencialmente al ruido y el 4,8% a la temperatura, ocupando el primer y segundo lugar, respectivamente, de todos los riesgos considerados. El índice más alto se observa, para el ruido, en la industria textil, con un 62,1% de su población afectada, y para la temperatura, en la industria del papel, con un 46,2%.
- *Mendoza:* De la población trabajadora estimada el 5,3% está expuesta potencialmente a la temperatura y el 4,5% al ruido, ocupando el primer y segundo lugar, respectivamente, de todos los riesgos considerados. El índice más alto se observa, para la temperatura, en la industria de minerales no metálicos, con un 12,7% de su población afectada, y para el ruido, en la industria de materiales de transporte, con un 40,8%.

Estas encuestas representan el único documento obtenido sobre la amplia gama de contaminantes que afectan la salud del trabajador y nos ha permitido, en esta primera instancia, actuar sobre dos de ellos. Tal determinación está avalada por la posición que han tomado en la escala de porcentuales de todos los riesgos en las encuestas, sin considerar su grado de peligrosidad, que no ha sido su objeto aparente.

Calor

El mantenimiento de un adecuado balance térmico es una necesidad biológica para el trabajador, en la preservación de su salud y de su bienestar. De modo tal que la dirección de nuestros estudios y proposiciones está encaminada a cumplir con la premisa anteriormente expuesta.

El hombre es un ser homotermo, esto significa que posee mecanismos compensatorios para mantener la temperatura interna, dentro de ciertas constantes, aunque varíen las condiciones climáticas exteriores, dentro de ciertos rangos.

Ahora bien, el obrero está sometido durante su trabajo a dos fuentes de calor que constituyen la carga térmica:

- A. El calor generado en los procesos metabólicos.
- B. El calor proveniente del ambiente denominado carga térmica ambiental.

El punto A tiene importancia porque remite a la actividad desplegada por el trabajador y es función directa del oxígeno consumido en su respiración y en esto tiene fundamental importancia el grado de alimentación del operario. El punto B serían las tensiones que recibe un organismo en sus distintas formas: como calor convectivo y radiativo.

Lógicamente el organismo reacciona ante este ataque dando respuestas adaptativas ante la carga térmica, pero, debido a las reiteradas y prolongadas exposiciones, el organismo va agotando su capacidad de adaptación y se empiezan a producir los trastornos fisiológicos.

No pretendemos en esta charla hacer un desarrollo demasiado técnico pues ello se puede encontrar en la bibliografía específica del tema, sino que es nuestra pretensión abrir la discusión con referencia a la necesidad de buscar las formas de evaluar técnicamente lo que realmente le ocurre al hombre que está soportando una tensión calórica, y las formas de preservar al individuo, tanto controlando el ambiente de trabajo (cuestión fundamental), cuanto estudiando los parámetros referidos al hombre en sí: adaptaciones fisiológicas, tiempos de exposición mínimos y máximos, elección de lugares de descanso, régimen de vacaciones, alimentación, etcétera.

En este trabajo nos vamos a referir a los métodos de evaluación y a posibles soluciones a tener en cuenta en caso de presentarse un problema de carga térmica en un ambiente de trabajo.

Han sido varios los métodos y/o índices estudiados para evaluar las condiciones de los ambientes laborales, muchos de los cuales se aplican en la actualidad con relativos aciertos, pero lo importante es que todos ellos han sido producto de estudios hechos con trabajadores de otros países que, por las características particulares de cada región, su régimen de vida, su alimentación, hace que no puedan ser trasplantados a nuestro caso sin un análisis previo. Algunos de los métodos más importantes entre los considerados se detallan a continuación.

Índice de temperatura efectiva corregida

Son líneas de igual comodidad y han sido deducidas de numerosas experiencias en que los sujetos de ensayo pasan de un ambiente a otro indicando su impresión subjetiva de “más caliente” o “más frío”. Los sujetos referidos son trabajadores estadounidenses. Es importante señalar que este índice toma en cuenta sensaciones instantáneas, dejando de lado una parte esencial que es la sensación que acompaña a la permanencia en un determinado lugar que se extrae del balance térmico global del hombre y sus ropas. Además, iguales temperaturas no significan iguales respuestas fisiológicas.

Los índices de Yaglou simplificados y el gráfico de Mosher

Suponen homogeneidad de la situación, es decir, que el operario no cambie mucho de lugar, cosa que en la industria no se da en su total medida. Por lo tanto, se adopta solo en algunas situaciones.

Índice de Mc Ardle – P4SR (tasa de sudoración prevista en cuatro horas)

Este sería el índice que más se ajustaría a la respuesta fisiológica, pero no engloba a todos los componentes del calor y por lo tanto no es aprovechado para el diseño y control del ambiente del trabajo. Esto nos lleva a considerar:

El *método de balance energético*, sobre el cual Belding y Hatch elaboraron el índice de esfuerzo calórico o índice de tensión térmica.

Es interesante la concepción del método, ideado sobre la base de un balance térmico sobre el hombre expuesto, posibilitando gran extensión teórica aplicable a este en sus relaciones con el microclima que lo rodea.

Nos inclinamos a profundizar la investigación de este método ya que permite un gran aporte teórico racional y posibilita encarar al hombre y al ambiente de trabajo como una unidad. Podríamos señalar además otras ventajas:

- 1) Permite superar situaciones no homogéneas o sea aquellas en que la velocidad del aire para determinar las contribuciones por radiación y convección sean distintas, caso bastante frecuente.
- 2) Poder determinar si resulta conveniente o no para los operarios el uso de ropas. Incidentalmente señalamos que, si bien no podría ser de otro modo, no deja de llamar la atención el hecho de que los obreros se ponen siempre en las condiciones convenientes desde el punto de vista de la vestimenta.
- 3) Posibilita la determinación de los máximos tiempos de exposición y los necesarios de recuperación, con un gran margen de seguridad, que en ocasiones es otro factor que puede ayudar en el control del riesgo.

Como desventaja del método podemos señalar que: se hace un balance entálpico considerando al hombre como un objeto que gana o pierde calor según leyes físicas. Esta concepción es de real utilidad, pero no revela el carácter subjetivo del operador cuando se siente cómodo o no. Lógicamente habrá que tener en cuenta otros factores que influyan en el confort como, por ejemplo, salud, sexo, ropa, alimentación, posición del trabajador con respecto a la máquina, etcétera.

Lo importante de todos estos estudios es cómo encarar, de la mejor forma posible, la solución de los problemas que se presentan en fábrica. Al respecto no son muchos los estudios inherentes al tema, pero queremos enfatizar la necesidad de comenzar líneas de investigación aplicada en la gama de las posibles soluciones que

plantea el problema. Ese es uno de los objetivos a los que se abocará el Instituto de Medicina del Trabajo.

Igualmente existen ya algunos aportes técnicos que son necesarios aprovechar y que citamos a continuación.

Fuente de calor: aire a alta temperatura - ganancia de C (convección). Método de control

- 1) Aislamiento del equipo caliente, generalmente solo aplicable para equipos con baja temperatura superficial, a causa del grosor del aislamiento requerido para ser efectivo.
- 2) Mejoramiento por ventilación: a) Ventilación general: la entrada de aire fresco debe ser dirigida sobre el hombre antes de alcanzar el equipo caliente. b) Aberturas para canalizar el aire caliente producido por los equipos hacia afuera. Puede ser complementado con equipos de extracción con ventiladores y campanas de captación. c) Ventilación localizada sobre el hombre. Cuidando de calcular perfectamente la velocidad y la temperatura del aire que le llega al operario.
- 3) Refrigeración: impracticable, excepto en espacios confinados a causa del alto costo de instalación y condiciones de operación de una fábrica.
- 4) Trajes ventilados, cuando las condiciones son extremadamente rigurosas.

Fuente de calor: Alta temperatura en la superficie de los sólidos circundantes (equipos). Ganancia de R (radiación)

- 1) Aislamiento del equipo caliente, igual consideración que para el 1° mencionado.
- 2) Protección. Uno o más protectores pueden ser interpuestos entre el origen de la radiación y el personal: a) Reflectivo: superficie altamente pulida, tal como chapa de aluminio, sobre un material aislante liviano. La superficie en todo momento debe mantenerse limpia. b) Absorción: con un material absorbente a la radiación que expulse el calor por convección. A estos materiales se los puede enfriar por ventilación o por circulación de agua.
- 3) Ropa protectora: superficie reflectiva de metal pulido o pintado. Trajes ventilados para cargas excesivas de calor radiante.
- 4) Pintar la superficie del equipo caliente, o el protector o la ropa con: a) Color blanco para longitud de onda corta (radiación solar, por ejemplo). b) Pinturas aluminizadas para radiación infrarroja.

Fuente: alta humedad - restricción sobre pérdida por evaporación

- 1) Protección de las cañerías de vapor u otros orígenes de contribución de la humedad al ambiente.
- 2) Mejora de la ventilación general.
- 3) Deshumidificación: con deshumidificadores calculados en función del volumen, del espacio confinado y el contenido de humedad.
- 4) Trajes ventilados para condiciones de humedad excesiva.

Ruido

“El ruido es un lento agente de la muerte”, observa el Dr. Vern O. Knudsen, fundador de la Sociedad Acústica de EEUU, país en el cual, sobre 205 millones de habitantes, entre 7 y 17 millones de personas (entre el 3,4% y 8,3%), están perdiendo su capacidad de audición debido a ruidos correspondientes a sus ocupaciones (Ruido: estallido de nuestra civilización, *Clarín Revista*).

Nuestro país no está alejado de esta realidad y, aunque la experiencia conocida no es muy amplia, podemos anotar valores característicos tomados en distintas actividades. En la Tabla 11, se señalan con una cruz aquellos valores que superan los 90 decibeles A para ruido continuo (no se leyeron valores que superen los 140 decibeles C para ruido de impacto). Estos valores son considerados como máximos permisibles según el Decreto 4160, reglamentario de la Ley 19587 de Seguridad e Higiene en el Trabajo. La Tabla 11 es de por sí lo suficientemente elocuente como para denunciar estos ámbitos laborales que en su inmensa mayoría son producto esencial de la obsolescencia de la maquinaria.

Pero los niveles leídos están comparados con cifras reglamentadas y basadas en un criterio de daño auditivo que cuestionamos, por lo que el problema se agrava.

Para ruidos continuos, la legislación en vigencia adopta, como nivel máximo permisible, 90 decibeles en red de equalización A y respuesta dinámica lenta (Art. 150 y 159). Para ruidos de impacto o impulso, 140 decibeles medidos en red de equalización C y respuesta dinámica rápida (Art. 163).

La adopción de estos valores máximos permisibles está basada en el criterio seguido por la American Conference of Governmental Industrial Hygienists (Jones, 1968), que define deterioro auditivo como lo define la American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology (AAOO), como la elevación del nivel del umbral auditivo en 15 decibeles (USASI Z24.12-1952), promediados en las frecuencias de 500 Hz, 1000 Hz y 2000 Hz.

Este deterioro está asociado a la pérdida de la habilidad para oír el lenguaje (palabra hablada). Es, en fin, condenarlo a una vejez prematura, a una pérdida del contacto con los sonidos de la naturaleza, de la música y de todas las manifestaciones de la riqueza espiritual del hombre. Esta inhibición recrudece tras su arribo a otro de los

Tabla 11. Nivel de presión sonora según industria.

Industria	Nivel de presión sonora		Superan 90 dBA
	dBA	dBC	
Textil (funcionando 26 telares)	103		x
Automotriz (forja)			
según norma IRAM 4079	127		x
según Decreto 4160		130	x
Cabina conductor subterráneo	100		x
Fábrica de papel			
sala compresores	92-96		x
sala bombas	90-97		x
sala lavadores	89-94		x
sala mezcla productos químicos	91-92		x
mesa de fabricación	94-99		x
Azúcar			
turbinas	91-100		x
volcadores trapiche	94-96		x
trapiches	89-91		x
demeduladores	91-93		x
Cabina conductor locomotora Diesel			
25 vagones, 1500 toneladas	83-94		x
Taller de reparaciones cuerpo metálico			
ferrocarriles (fondo)	96		x
cortadora chapa 1/2	113		x
piedra circular rebabando marco Fe	103		x
cortadora chapa 1/8	118		x
Astillero			
calafateo a 2 m	110		x
martilleo	104-106		x

estigmas castrantes de esta sociedad, como es la jubilación, recibiendo como premio un certificado de inutilidad y migajas por haber entregado su salud en aras de la producción. Es decir que todo el criterio de protección de la audición se basa en que el trabajador puede perder cualquier otra capacidad de audición, menos la de la comunicación por vía de la palabra (léase recibir órdenes).

La situación es lo suficientemente crítica como para obligar a un enfoque más claro del problema. EEUU, con su grado de evolución tecnológica, en momentos en que sus maquinarias están a la orden de los más modernos requerimientos y bajo su propia estructura conceptual del trabajo y producción, utiliza un criterio de daño que amputa parte de la vida de sus trabajadores. Nosotros adoptamos como salvavidas el mismo criterio (con alguna variación de aplicación). Por consiguiente ¿qué camino nos queda si estamos sometidos a una mayoría de maquinaria de resaca y

si mientras tanto se sigue enfatizando en el uso de protección personal, lo que es solo un paliativo que no resuelve el problema y que no hace más que transferírsele al trabajador, basado en que de todas las soluciones posibles es la de menor costo?

Es evidente que la solución que se está manejando es de compromiso, puesto que el frenar esta carrera de deterioro, obligaría a un inmediato cese de actividades de los sectores cuestionados, hasta su solución definitiva, lo que llevaría a la paralización de la producción y, por consiguiente, a la posibilidad del cierre de fuentes de trabajo. No obstante, y ya conscientes de la gravedad del problema, debemos luchar por todos los medios posibles para conseguir el equilibrio estable de trabajo-salud.

Frente a este planteo de situación, cabe la urgente necesidad de reubicar urgente los valores y establecer la nueva estrategia de poder para esta lucha frontal en defensa de los intereses de la clase trabajadora.

Los viejos conceptos científicistas llevaron a dilapidar nuestro potencial científico poniéndolo al servicio de intereses extraños y lo obligó a volver las espaldas al país y mirar a las potencias extranjeras como única posibilidad salvadora.

Así y específicamente en nuestro tema, debemos arbitrar las medidas tácticas reorientando las tareas de nuestra técnica en el más completo y consciente estudio del agresor. Desde el punto de vista de la ingeniería al servicio de la salud, entendemos que deben concretarse tres líneas de actuación de iniciación inmediata, a saber:

- 1) Como *medida paliativa*, para que el daño real de la audición del trabajador no se agrave, *utilización racional de la protección individual*.
- 2) Estudio de las cuatro etapas de la agresión: *Generación. Emisión. Trasmisión. Recepción*.
- 3) Determinación del criterio argentino de umbral de audibilidad y su consiguiente proceso de deterioro, natural, cotidiano y/o por trabajo, con el fin de *definir el criterio verdadero de daño auditivo*.

En cuanto a esta tercera línea de actuación, se está elaborando un plan de trabajo para llevarla a cabo en el Instituto de Medicina del Trabajo, para lo cual, y como primera instancia, se firmó un convenio con la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Buenos Aires, con el fin de garantizar la colaboración de ambas casas de estudio, y en particular el uso del instrumental, materiales y laboratorio de la Cátedra de Electroacústica de esa facultad.

Conclusión

Del análisis parcial de los temas en cuestión, surge como necesidad inmediata un replanteo en la orientación productiva de las ramas profesionales y técnicas actuantes en el área de la producción industrial. El mismo consiste en remarcar la importancia que tiene el camino que liga la generación del agresor y su recepción por el trabajador.

Del análisis parcial de los temas en cuestión, surge como necesidad inmediata un replanteo en la orientación productiva de las ramas profesionales y técnicas

actuantes en el área de la producción industrial. El mismo consiste en remarcar la importancia que tiene el camino que liga la generación del agresor y su recepción por el trabajador.

El estudio deberá centrarse en la solución en el generador (máquina, equipo, herramienta, etcétera), que es su fuente de origen y sucesivamente en orden de importancia, en la emisión, en la trasmisión y, por último, agotadas todas las instancias anteriores, deberá actuarse sobre el trabajador con sistemas de protección personal.

Dada la situación actual, la protección personal se entiende como medida de emergencia (paliativa) hasta que surjan los primeros resultados de los estudios a iniciarse.

Evidentemente, el hecho es revertir el proceso hasta ahora seguido, orientado realmente hacia un derecho inalienable del hombre, que es su salud.

Un enfoque de las relaciones entre tránsito y medicina

Isaac Miguel Glizer

Es habitual, al establecerse relaciones entre el tránsito y la medicina, que las primeras aproximaciones desde el campo de la salud se refieran a los estados patológicos o deficiencias psicofísicas que se supone pueden afectar la aptitud conductiva. En este enfoque se han basado los múltiples estudios hechos en todo el mundo desde hace unos 40 años, y muchos de los que se realizan en la actualidad. El objetivo de este trabajo no consiste en hacer un aporte más fundado en dicho esquema, sino en realizar un análisis crítico del mismo, buscando el esclarecimiento de su marco conceptual; en último término, buscar posibles respuestas al porqué, cómo y para qué de la ciencia médica en función de la seguridad en el tránsito.

Para ello es necesario referirse primero al tránsito. Podemos comprenderlo como un sistema integrado por personas, vehículos, caminos y normas, cuyo objetivo final es posibilitar el traslado de seres humanos y cosas. Definir el tránsito como un sistema implica básicamente que su funcionamiento es resultado de la interrelación estrecha de todos sus componentes, y que como totalidad se desarrolla en un lugar y momentos determinados, lo que llamamos su contexto social.

El accidente de tránsito constituye una expresión de mal funcionamiento de este sistema. Han existido muertos y lesionados por este sistema desde su mismo origen, con un aumento paralelo al incremento del parque automotor. Esto significa que actualmente fallecen en distintos países entre 20 y 30 personas por cada 100.000, por año, víctimas de accidentes de tránsito. En nuestro país ello implica alrededor de 5.000 muertos por año, constituye, entre los 5 y 34 años de edad, la primera causa de defunción.

Esta situación ha sido comparada a una epidemia, y la epidemiología ha posibilitado que mediante su método se analicen científicamente los accidentes, llegando a catalogarlos como el resultado final de una compleja integración de circunstancias humanas (el huésped), mecánicas (el agente) y ambientales (el medio). Como resultado de los citados estudios, se ha terminado achacando al conductor y al peatón, con una llamativa uniformidad, una participación causal en más de un 80% de los accidentes.

La participación humana en el tránsito puede esquematizarse según un enfoque cibernético que compara al hombre con un sistema receptor de información y ejecutor de acciones. En otros términos, el conductor percibe la realidad, decide una conducta, y acciona los mandos de su vehículo en concordancia, determinando su

desplazamiento, proceso que es de tipo circular. Es por lo tanto el elemento decisor y movilizador del tránsito, y cualquier resultado del mismo, como los accidentes, por ejemplo, pueden ser resumidos en su causalidad a la formulación siguiente: su origen fue algo que hizo o algo que dejó de hacer un conductor.

En esta posibilidad humana de percibir, razonar y actuar, es fácil injertar especulativamente todas aquellas alteraciones temporales o permanentes que pueden interferir su correcta secuencia, y sabemos que la dinámica del tránsito no siempre permite errores o dilaciones. En este campo los resultados que se presentan responden casi sistemáticamente a la secuencia lógica siguiente: 1) se produjo un accidente; 2) se comprueba que el conductor tenía un padecimiento determinado; 3) esta circunstancia es automáticamente categorizada como causa del accidente. Aun aceptando la falencia conceptual apuntada, que simplifica la realidad al punto de suponer posible una relación lineal de causa-efecto, las estadísticas reflejan que los padecimientos de orden médico figuran entre un 0,2 a un 6 como máximo, citados como hallazgos en accidentados. Distintamente sucede con el alcohol y la fatiga. Técnicamente, sería necesario determinar:

- a) Si la afección tuvo realmente participación en el mecanismo accidental.
- b) Las circunstancias en que conducía el conductor en cuestión (el riesgo que corría habitualmente).
- c) Cuántos conductores en similares condiciones no tienen accidentes (el grupo testigo).

El fundamento de esta necesidad es el de tener la posibilidad de comparar, ya que podremos decir, por ejemplo, que los conductores con déficit auditivo tienen más probabilidades de tener accidentes si establecemos que de una población de conductores con esa característica surgen más accidentados que de otra población normal de igual tamaño, suponiendo que conduzcan el mismo tiempo y en similares condiciones. Una de las teorías que merecieron numerosos aportes y canalizan corrientes de opinión es la de la predisposición a los accidentes. Supone que hay personas que por características individuales incurren en más accidentes que el resto, dando lugar a la expresión: “el hombre conduce como vive”. Merece las mismas críticas que se hicieran previamente.

A través de este desarrollo introductorio en el núcleo del tema, podría suponerse que el objeto de este aporte es cuestionar la participación médica en el estudio y solución de los problemas del tránsito; el fin es completamente opuesto.

Si sabemos que la mayor parte de quienes intervienen en accidentes no tienen afecciones médicas o psicológicas diagnosticables que los determinen, puede pensarse que la participación de la ciencia médica en el tema tiene una importancia relativa. En cambio, si aceptamos que el accidente constituye solo el resultado culminante o trágico de una alteración funcional del tránsito, que constantemente genera situaciones parecidas que no llegan a tal extremo por distintas circunstancias, podríamos decir entonces que el accidente es solo la culminación dramática de una situación latente que es más amplia. Gráficamente, podemos comparar la situación

con un témpano: lo que emerge de la superficie es una mínima parte de su estructura y equivale al accidente fatal; la parte sumergida son los accidentes menores, los casi accidentes, los errores y acciones peligrosas en el tránsito, etcétera, hasta llegar al tránsito “normal”.

Si actuamos sobre el accidente, estamos haciéndolo sobre la fiebre, sobre el dolor, no sobre sus condicionantes, ya que el accidente podría ser comparado con el síntoma, mientras que la enfermedad estaría en el tránsito, y hasta que no la diagnosticamos y tratemos el accidente se seguirá repitiendo.

De acuerdo con este enfoque la mira se traslada de un análisis individual a uno general, pasándose a una visualización macroscópica del problema. Lógicamente cuando hacemos este cambio el papel del médico ya no aparece tan nítido y tradicionalmente definido como antes, cuando se planteaba el enfoque de los “casos”. Poniendo un ejemplo, es como si nos planteáramos que la tuberculosis es originada básicamente por un déficit nutritivo, y secundariamente por el bacilo de Koch, lo que nos llevaría a analizar las causas de esa desnutrición y a enfocar las medidas que la eviten, las que trascienden el esquema cerrado médico-paciente. Qué nombre le podríamos poner a ese papel del médico y cuáles son sus límites constituye un problema secundario, siendo lo importante su fondo conceptual.

Trasladado este enfoque al tránsito, veamos qué implica. En primer término, el planteo tradicional que se analizara previamente supone que el médico cumple o debiera cumplir la función de controlar aquellos aspectos de su competencia que pueden alterar el funcionamiento del sistema. El proceso inverso, adaptación del tránsito al hombre, solo se ha dado parcialmente, desde hace poco tiempo, con escasa participación médica y no siempre por motivos relacionados con las necesidades del usuario.

Nuevamente es necesario resaltar, que este proceso es semejante en muchas características al que se da con la participación médica en otras áreas, por ejemplo, en fábricas. Básicamente, esas características se relacionan con la aceptación pasiva por parte del médico del funcionamiento del sistema, donde él se integra como un engranaje más que posibilita el logro de su fin último, sin plantearse la opción de un papel distinto, que jerarquice en primer término las necesidades del destinatario final de su actividad médica: el hombre que trabaja o se traslada.

Volviendo a este planteo en relación al tránsito, el mismo no significa en absoluto la no necesidad del control del estado de salud de los conductores, o la investigación de estados morbosos como distorsionantes temporales o definitivos de su aptitud. Significa que, además de preguntarnos cómo puede afectar la salud del individuo al tránsito, nos planteemos cómo puede afectar el tránsito a la salud de los individuos. La respuesta surge no solo de los accidentes: contaminación atmosférica, ruido, conflictos; son también resultados del tránsito que influyen sobre la salud. Por todo lo analizado, entiendo que los problemas que plantea el tránsito a la medicina son de una gran complejidad y exceden los enfoques parciales de sus distintas especialidades, requiriendo una atención particularizada.

Estas consideraciones adquieren particular significación cuando pasamos a considerar la actividad de la conducción de vehículos automotores como una profesión.

Como un simple enunciado de algunos problemas concretos vinculados en nuestro medio a tal actividad, señalamos en el ámbito urbano (taxistas, transporte público de pasajeros) a los derivados del estado de permanente tensión en un medio ruidoso y con elevados índices de contaminación atmosférica; en los transportes de pasajeros de larga distancia a los vinculados con la monotonía, posición física y fatiga en períodos críticos; en el caso de transporte de carga a grandes distancias, los que se citaron más el derivado del desarraigo del núcleo familiar, con toda una secuela de consecuencias médico-sanitarias relacionadas estrechamente con la manera cómo se desarrolla la actividad (enfermedades venéreas, conflictos familiares, etcétera).

Factores que condicionan el consumo energético en el hombre

Jacobo Sabulsky, Luis José Battellino

Facultad de Química, Universidad Nacional de Córdoba

Todos los individuos cumplen continuamente funciones que implican un consumo de energía. Para atender esas demandas y asegurar con ello que las actividades tanto de la vida vegetativa como de relación ocurran a un ritmo y con una intensidad adecuados, sin que se produzcan modificaciones en la masa corporal ni que se resientan ninguna de tales funciones, el hombre necesita disponer de una fuente energética externa. En condiciones normales el organismo utiliza la energía potencial contenida en los nutrientes (glúcidos, lípidos, proteínas), que ingresan en los alimentos, después que consigue liberarla mediante los diversos procesos metabólicos. Parte de esa energía se dispersa como calor, mientras que el resto se conserva en forma de energía química, de donde puede ser recuperada más tarde para realizar diversas formas de trabajo o invertida en la síntesis de sustancias propias de los tejidos.

No todos los alimentos poseen el mismo valor energético; unos aportan más energía que otros cuando se realiza la degradación de sus nutrientes. Esa capacidad que poseen los alimentos de producir energía cuando sus nutrientes son sometidos a oxidación constituye su valor calórico. Corrientemente se lo expresa como el número de kilocalorías liberadas por la combustión completa de un gramo de alimento (Tabla 12).

Tabla 12. Valor calórico de algunos nutrientes orgánicos.

Nutriente	Valor calórico determinado en la bomba calorimétrica	Valor calórico asignado para el organismo
Glúcidos	Promedio = 4,0	Promedio = 4,0
Glucosa	3,7	3,7
Almidón	4,2	4,2
Lípidos	Promedio = 9,3	Promedio = 9,3
Proteínas	Promedio = 5,6	Promedio = 4,0

El conocimiento de las necesidades energéticas de un individuo permite establecer la naturaleza y cantidad de alimento que debe ingerir diariamente con el objeto de mantener al organismo en correcto estado de funcionamiento. Las necesidades energéticas del organismo responden a varios procesos de consumo:

- 1) *Consumo de base*: Es indispensable para mantener la actividad fisiológica básica (metabolismo basal).
- 2) *Gastos de funcionamiento*: Comprenden por lo menos tres factores: a) trabajo muscular; b) acción calorigénica de los alimentos; c) regulación térmica.

Consumo de base o metabolismo basal

Representa la energía que el organismo consume para asegurar el funcionamiento de los órganos indispensables para mantenerse con vida. En el metabolismo basal están comprendidos la trasmisión del impulso nervioso, el mantenimiento de la temperatura corporal, la respiración, la secreción glandular y la síntesis intracelular de sustancias. Se lo expresa como la cantidad de calor producida por unidad de tiempo (hora) y de superficie corporal (m²) por un individuo colocado en condiciones especiales que suprimen el efecto de cualquier otro factor capaz de ocasionar un consumo energético (condiciones basales). Estas condiciones implican un completo estado de reposo físico y psíquico de alrededor de 14-18 horas, período durante el cual se debe reducir al mínimo la ingestión de alimentos. En un individuo adulto se consideran normales aquellos valores del metabolismo basal que oscilan alrededor de 40 kcal por hora y por m² de superficie corporal, admitiéndose una dispersión de hasta el 10% por encima y por debajo del promedio (36-44 kcal/h/m²). Las cifras aceptadas como normales varían de acuerdo al sexo y la edad.

La superficie corporal no se calcula directamente, sino que se obtiene a partir del peso y la talla del individuo en estudio, utilizando tablas que se han confeccionado para tales fines o mediante fórmulas como la que se expresa a continuación:

$$\text{Superficie (m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso (kg)} - \text{Talla (cm)} \times 0,425 - (0,725 \times 71,8)}{100}$$

El metabolismo basal constituye una cuota energética constante y representa en general cerca del 50% del gasto calórico total en situaciones normales. Se encuentra incrementado durante la gestación, la lactancia, estados febriles, aclimatación a ambientes térmicamente desfavorables y en condiciones patológicas diversas. Por el contrario, disminuye en los estados de hipofunción endocrina y en la desnutrición; en este último caso a consecuencia de la restricción y ahorros calóricos que se impone el organismo para mantener el equilibrio energético.

Trabajo muscular

En condiciones de salud, el trabajo muscular constituye la variable más importante a tener en cuenta en la elaboración de una dieta individual por cuanto en los seres humanos representa la actividad fundamental en la generación de calor. Los requerimientos se incrementan a medida que el tipo de trabajo implica mayores gastos energéticos, por las condiciones, características y tiempo en que se desarrolla. En la Tabla 13 se ofrece una clasificación aproximada de las actividades más comunes según el gasto energético que demanda cada una de ellas.

Tabla 13. Consumo energético producido por el trabajo muscular.

Actividad	Kcal/hora
Trabajo habitual: Comprende una actividad común a todos los individuos. Se incluyen en el trabajo habitual actividades tales como vestirse, bañarse, comer, leer, etc.	40-50
Trabajo profesional: Deriva de la necesidad del hombre de obtener los elementos necesarios para vivir, a cambio de su trabajo. Pueden considerarse	
<i>Trabajo sedentario:</i> oficinista, modista, dibujante, etc.	50-70
<i>Trabajo liviano:</i> médico, carnicero, ama de casa, etc.	75-150
<i>Trabajo moderado:</i> realizado en lugares excesivamente fríos o calientes: albañiles, carpinteros, metalúrgicos, etc.	150-300
<i>Trabajo intenso:</i> herreros, estibadores, hacheros, mineros, etc.	más de 300

Acción calorigénica de los alimentos

A consecuencia de los diversos procesos metabólicos a que son expuestos los alimentos (digestión, absorción, síntesis, etcétera) se estimula la actividad de la célula y aumenta la producción de energía, en una magnitud que está en relación con la naturaleza y cantidad de los mismos. Este fenómeno se conoce con el nombre de *acción dinámica específica (ADE) o acción calorigénica de los alimentos*.

Se considera habitualmente que en una dieta mixta el gasto energético ocasionado por la acción dinámica específica de los alimentos corresponde aproximadamente al 10% del total de calorías producidas diariamente; en una dieta rica en proteínas esas cifras se incrementan considerablemente.

Regulación térmica

La disminución de la temperatura ambiente a valores que están muy debajo de las condiciones óptimas de vida induce a una intensificación del metabolismo tendiente a contrarrestar las condiciones desfavorables del medio exterior. Cuando la

defensa contra el frío no se logra por los medios corrientes (vestimenta y vivienda confortables) el organismo recurre a un aumento en la producción de calor interno, merced a la combustión de los nutrientes provistos por la alimentación o de aquellos principios que normalmente mantiene en calidad de reserva. Como las inadecuadas condiciones de vivienda y abrigo de grandes sectores de la población se acompañan corrientemente de dietas energéticamente insuficientes, el organismo pierde su capacidad de protección contra el frío y solo la disminución de la actividad muscular, con prolongados períodos de reposo, permiten mantener en forma relativa el equilibrio energético. Las consecuencias de orden económico y social originadas a partir de esta situación, que configuran en conjunto un verdadero círculo vicioso, son de honda trascendencia.

Gasto calórico total

Se calcula a partir de los gastos parciales enunciados anteriormente. Como ejemplos ilustrativos, en la Tabla 14 se desarrollan los cálculos correspondientes a dos individuos sanos, de 30 años de edad, de sexo masculino, de 1,75 m² de superficie corporal. Uno de ellos se desempeña como médico; el otro es un obrero metalúrgico. Las diferencias en los ejemplos analizados en la Tabla 14 revelan claramente la dependencia que existe entre la actividad física determinada por el trabajo profesional y los requerimientos calóricos. Esas diferencias deben ser consideradas cuando se cumple con la función de elaborar una dieta individual, en particular atendiendo a la circunstancia de que esos sujetos que tienen mayores demandas calóricas en virtud de su intensa actividad física son los que están económicamente menos posibilitados de satisfacerlas.

Tabla 14. Cálculos correspondientes a dos individuos sanos, de 30 años de edad, de sexo masculino, de 1,75 m² de superficie corporal.

Metabolismo basal	$(40 \text{ kcal/h/m}^2) \times 1,75 \times 24$ 1680 kcal	$(40 \text{ kcal/h/m}^2) \times 1,75 \times 24$ 1680 kcal
Trabajo habitual	$(50 \text{ kcal/h}) \times 8$ 400 kcal	$(50 \text{ kcal/h}) \times 8$ 400 kcal
Trabajo profesional	$(100 \text{ kcal/h}) \times 8$ 800 kcal	$(250 \text{ kcal/h}) \times 8$ 2000 kcal
Total parcial	2880 kcal	4080 kcal
Acción dinámica específica (10% del total parcial)	288 kcal	408 kcal
Total definitivo	3168 kcal	4488 kcal

Leyes de la nutrición

Para cubrir sus necesidades energéticas y mantener el ritmo normal de funcionamiento, el ser humano requiere del aporte de alimentos que contengan nutrientes y sustancias que hagan posible su aprovechamiento. En consecuencia, la alimentación no debe quedar librada exclusivamente al instinto o a los hábitos que posee un determinado

individuo, familia o comunidad: debe responder a reglas científicas sobre la base de las cuales sea posible realizar una adecuada selección de alimentos. En otras palabras, es necesario aportar una dieta (conjunto de alimentos ingeridos en distintas proporciones y combinaciones) cuyas características están regladas por leyes específicas:

Primera ley o ley de la cantidad

La cantidad de alimentos debe ser suficiente para cubrir todas las necesidades orgánicas y mantener constante el equilibrio dinámico. Si la energía no es provista por los alimentos, se movilizan las sustancias de reserva y son utilizadas como materiales energéticos, con la consiguiente reducción de la masa corporal.

Segunda ley o ley de la calidad

El régimen alimenticio debe ser completo en su composición para asegurar al organismo todas y cada una de las sustancias que necesita. Esta ley señala la necesidad de diversificar la dieta para lograr el aporte de todos los nutrientes. El organismo es capaz de superar una privación temporaria de estos principios recurriendo a sus reservas, pero si esta situación se prolonga indebidamente se produce una deplección de los depósitos y finalmente se pueden alterar las funciones orgánicas.

Una *dieta equilibrada* se consigue manteniendo una adecuada relación entre los nutrientes con función esencialmente energética (glúcidos y lípidos) y aquellos que se utilizan principalmente para la formación de tejidos (proteínas y algunos minerales). En cuanto al aporte de calorías, se recomienda que en condiciones normales aproximadamente el 60% de las mismas provengan de los glúcidos, un 25% de los lípidos y el resto por las proteínas (15%).

Tercera ley o ley de la armonía

Las cantidades de los diversos principios que integran la dieta deben guardar una adecuada relación de proporción entre sí. Por tal razón, los alimentos no solo deben contener todos los nutrientes en cantidades suficientes, sino que estos deben mantener una correcta relación que asegure su normal utilización. Por ejemplo, se recomienda que, en cuanto al aporte de proteínas, entre el 30% y el 50% sea de origen animal (leche, huevos, carnes, etcétera). No es suficiente que la dieta contenga la cantidad necesaria de proteínas, si no se asegura que una parte de ellas provenga de fuentes animales. Estas son las proteínas de mayor valor biológico, las más escasas y por cierto las de mayor costo.

Cuarta ley o ley de la adecuación

Los requisitos exigibles a la alimentación están condicionados por la especial situación en que se encuentra el individuo. En otras palabras, se debe adaptar la dieta a las necesidades de cada caso en particular y no a la inversa. Así, por ejemplo, el embarazo,

la lactancia, los períodos de recuperación de enfermedades febriles, implican una demanda adicional de principios energéticos y plásticos.

Esta es una de las leyes esenciales de la nutrición humana, de la cual se deriva que la preparación de una dieta no es una tarea que pueda plantearse en abstracto, sino fundada en el real conocimiento del individuo a quien se destina y del medio en que ese individuo vive. Por lo tanto, se debe evitar el empleo de normas dietéticas aplicadas en forma masiva e indiscriminadamente. Es preciso recordar que en un individuo sano la dieta debe estar destinada a conservar la salud y prevenir la enfermedad y que en uno enfermo se propone recuperarla.

En la Tabla 15, se expone un ejemplo de la composición, características y costos de una dieta calculada para un individuo que realiza trabajos moderados (por ejemplo, un obrero metalúrgico). Para ello se ha tenido en cuenta que los glúcidos, lípidos y proteínas se obtienen de las cuatro categorías principales de alimentos, cuyas raciones diarias recomendadas son:

- Grupo de la leche y derivados: dos raciones
- Grupo de las carnes: dos raciones
- Grupo de las frutas y verduras: cuatro raciones
- Grupo del pan y de los cereales: cuatro raciones

Los cálculos se efectúan sobre la base de un gasto calórico total de 4.500 kcal, valor muy aproximado al establecido en el ejemplo del obrero metalúrgico.

Tabla 15. Composición, características y costos de una dieta calculada para un individuo que realiza trabajos moderados (costo total \$1.335 pesos).

Costo aproximado (en \$ pesos)	Alimento	Raciones	Gramos totales	Gramos proteínas	Gramos lípidos	Gramos glúcidos
80	Leche	2	490	34	20	24
240	Carne	2	240	50	32	2
50	Huevo	1	50	7	6	0,3
100	Frutas	2	200	2	0,2	17,6
30	Papa	2	200	4	0,4	42
80	Pan	4	250	25	1,8	165
400	Cereales	2	200	12	10	150
50	Manteca	2	30	0	30	0
50	Queso fresco	2	50	10	7,5	2,2
15	Aceite	2	30	0	30	0
40	Azúcar	4	100	0	0	100
200	Dulce	2	200	0	0	170

Nota: de acuerdo con la composición de la dieta, el aporte de calorías se realiza mediante: 1) Proteínas: 12,8% (576 kcal); 2) Lípidos: 28,4% (1.278 kcal); 3) Glúcidos: 59,8% (2.676 kcal). Los precios de costos se basan en los datos establecidos al 30/10/73. No se incluyen aquellos costos derivados de la preparación (combustibles, condimentos, etc.) o del consumo adicional de alimentos (bebidas, postres, etc.).

Psicopatología del trabajo

Rubén Efrón, Guillermo Bigliani, Sylvia Bermann, Gilou Royer de García Reinoso

Equipo de psicopatología. Instituto de Medicina del Trabajo.

Introducción

La incorporación del enfoque psicopatológico a la medicina del trabajo data de épocas relativamente recientes. La exclusiva preocupación, por una parte, por la capacidad física del obrero en relación con su productividad, el tradicional rechazo a las enfermedades mentales, por otra, han sido los factores fundamentales de este divorcio que hoy tratamos de allanar. Su misma evolución no fue, pues, fácil. Como expresa Sivadon, en sus primeros planteos, “la psicología del trabajo sencillamente basada sobre nociones de previsión estadística, se interesó casi exclusivamente en las probabilidades de adaptación, dejando de lado lo excepcional o imprevisible y más especialmente, lo patológico y lo anormal”.

Bien pronto se vio, con el extraordinario avance de los conocimientos psicológicos y de psiquiatría, que los problemas de la medicina del trabajo y de la salud mental tenían mucho en común y que las aplicaciones de la psicología dinámica, grupal e institucional, podían fertilizar un campo hasta entonces no elaborado, planteando un nuevo enfoque: el de las relaciones del hombre con su trabajo.

El problema no es simple. Proviene de la contradicción implícita en el decir que la naturaleza del trabajo es inseparable de la condición social de la que surge: factor de autorrealización, es también factor de alienación, tanto desde el punto de vista socioeconómico como psicológico. Sin duda, este último es válido para la inmensa mayoría; de ahí el incremento en la sociedad industrial, en las perturbaciones psicopatológicas del trabajo: del 30 al 40% de los asalariados presenta alteraciones afectivas y nerviosas, neurosis, trastornos psicósomáticos, accidentes, alcoholismo, etcétera.

Para esclarecer el origen de este fenómeno, merece un breve análisis la historia de las relaciones industriales, ya que esta tiene ligazón con las condiciones con que se ha enfrentado el problema de la salud mental de los trabajadores. El movimiento de las llamadas “relaciones humanas” surgió como reacción a la “teoría clásica” de la “administración científica”, suerte descarnada de ingeniería humana que solo reconocía en el trabajador motivaciones económicas, afirmando que, lo bueno para la administración, sería bueno para los trabajadores, que la organización más eficiente

sería la más satisfactoria. Combinaba, en fin, “un estudio de las capacidades físicas de un trabajador”, dadas (primariamente por ingenieros) en estudios de tiempo y movimiento, con un enfoque economicista que considera al hombre como impulsado por el miedo al hambre y a la “búsqueda de ganancia”. La escuela de las “relaciones humanas”, trata de tomar en consideración los factores emocionales e inconscientes, el significado de las relaciones de grupo y afectivas entre los trabajadores y sus superiores dentro de la empresa, denominados aspectos informales de la organización. Con hacer feliz al empleado la organización ha de obtener el máximo de cooperación y eficiencia de parte de sus integrantes. Hay muchas páginas, casi líricas, en la literatura de las relaciones humanas que pintan al trabajador como “ansioso de no faltar un día a la fábrica o no llegar demasiado tarde con el fin de no dejar de pasar algún tiempo con sus amigos, e incluso igualmente ansioso de no decepcionar a su capataz, que es para él como un padre cálido y comprensivo”.

Esta imagen idílica e interesada, ignora los intereses contrapuestos de patronos y obreros, cuya mano de obra está enajenada por los medios de producción y del producto de su trabajo. Pero describe y explota cierta verdad: el individuo vive en estos casos como elección propia, lo que es en realidad imposición y modelaje. Esto es sobre todo válido para los trabajadores de los países de alto desarrollo, en sociedades de consumo, o incluso en países de menor desarrollo en industrias de alto nivel para el personal intermedio: capataces, jefes de sectores, técnicos, etcétera. La contraparte de esta situación es la del trabajador de nivel inferior en escala social, que, si bien no logra sentirse feliz, no lo cuestiona viviendo ilusoriamente sus malas condiciones de vida como “naturales”, como fatalidades dependientes de condiciones inamovibles.

Estas dos maneras de experimentar su condición de trabajador, aunque aparecen como opuestas, tienen un mismo origen: la ideología dominante. A esta situación coadyuvan *dos factores* que se enfrentan y entran en complicidad. El orden social (injusto) para mantenerse necesita de dos procesos complementarios: *coerción y consenso* dice Gramsci. A la *coerción* contribuyen todas las medidas explícitas de represión y opresión de las que se vale el estado a través de las instituciones del “orden”: desde la tolerancia y (contribución) de la sociedad a la coerción que ejercen los padres sobre los hijos, hasta las medidas policiales y judiciales de represión, pasando por las condiciones de trabajo que para la mayoría de la población constituyen —aunque más no fuera por la presión económica que ejercen— un cerco opresivo constante.

Al *consenso* contribuyen todas las medidas tendientes a obtener del individuo su consentimiento y su complicidad, en mantener su propia coerción o la de sus semejantes. Estas medidas, más sutiles, se despliegan de lo manifestado en todo lo que sea aparato de propaganda destinado a promulgar la ideología del sistema y de esta manera a mantener en su lugar, con la colaboración de todos (o del gran número), el orden que las actividades diarias de cada una —específicamente las modalidades de trabajo—, reproducen. Su papel es mantener la oscuridad acerca de este proceso: impedir que los trabajadores puedan percibir cuáles son las características de su actividad y cuál es el papel que se les hace desempeñar en la perpetuación de sus condiciones opresivas.

Efectivamente, ya sea que el individuo viva como “naturales” sus condiciones de vida o bien que se crea un forjador por elección propia, identificándose con los intereses de quienes lo explotan, ello significa un encubrimiento de la verdad: que la realidad y la responsabilidad de sus injustas y alienantes condiciones de vida corresponden a una organización social opresiva que se apropia de su trabajo y su consentimiento para mantenerse y reproducirse.

De esta manera, y en este renglón, el de la creación del consenso, pensamos que el nivel de lo psicológico como mediación, es de suma importancia. Esta presión de la ideología ejerce su acción desde la infancia, por intermediación de las relaciones familiares: la estructuración de la personalidad sirve de sostén y de base a las operaciones ulteriores (educación, propaganda). El individuo se hace agente inconsciente de la perpetuación del orden represivo. La condición primera de la enfermedad es un conflicto con el medio, lo propio de la enfermedad es una reacción de defensa inadecuada y específica: se trata de descifrar su significado y alcance, descubrir, detrás del síntoma el conflicto oculto y cuestionar su origen: origen histórico, origen social.

Los factores de cada historia personal que participan tanto en la estructuración “normal” (mejor sería decir normada) como de sus perturbaciones (psicopatología), contribuyen a impedir que el individuo tome conciencia del verdadero sentido de su trabajo y de sus padecimientos. La alienación social tiene su cómplice en la alienación psicológica: la culpabilidad inconsciente y las defensas patológicas contra la ansiedad permiten y favorecen el sometimiento y la dependencia en todos los niveles, así como impiden el conocimiento de una realidad que estructura al hombre sobre el modelo de la dominación. Reprime su origen, que es origen represivo; interioriza la organización social y la división del trabajo como racional, como pura división técnica, encubriéndose de esta manera su verdadero sentido de explotación.

Las organizaciones laborales son organización de las relaciones sociales; como tales hay que analizarlas. Las perturbaciones (especialmente las psicopatológicas) que aparecen en los individuos que la integran no deben ser enfocadas como centradas en sus condiciones propias (individuales) sino como la revelación a través de ellas, de las condiciones que son compartidas en silencio por todos.

La especialización y la fragmentación creciente de la tarea la transforma en monótona y repetitiva; la falta de oportunidades para la creación y la autoexpresión condiciona que, de los movimientos de la organización “científica” del trabajo hasta la escuela de las relaciones humanas, solo se obtengan resultados parciales o decepcionantes en cuanto al bienestar, la salud física y mental del trabajador. De ahí surgen las condiciones neurotizantes del medio industrial “normal”, tal como ha sido revelado reiteradamente por diversas investigaciones. Los trabajos clásicos de Russell Frazer, por ejemplo, hallaron que el 9,1% de los trabajadores hombres y el 13% de las mujeres presentaban una franca neurosis invalidante y que el 19,2% de los hombres y el 23% de las mujeres presentaban trastornos neuróticos menores, esencialmente psicósomáticos. Cifras coincidentes con las del holandés Alihen de Veer (quien en la fábrica Philips halló un porcentaje de neurosis del 30 al 40%); esta elevada proporción no encuentra en las organizaciones industriales los medios adecuados de diagnóstico y tratamiento. Así ha podido expresarse, “fácil sería encontrarse con la profusión de

textos sobre la llamada 'psicología industrial' y las formas de hacer óptimo el rendimiento del trabajador, pero difícil será encontrar escritos sobre el martirologio de quienes padecen cuadros psicopatológicos de origen laboral”.

En nuestro país la preocupación por la salud mental del trabajador tiene antecedentes interesantes, aunque escasos. Gregorio Bermann, en 1938, se ocupó del tema señalando los efectos *nocivos* sobre la salud mental del trabajo insalubre.

El Segundo Congreso Argentino de Psiquiatría, realizado en 1960, dedicó una importante sesión del mismo al estudio de los problemas del trabajo y la salud mental. Allí se presentaron diversos aportes que encaraban desde los aspectos teóricos hasta algunas investigaciones aplicadas de higiene mental industrial y de higiene mental del trabajador psiquiátrico. Posteriormente se encuentran algunas investigaciones aisladas.

Elementos teóricos

El trabajo en su origen fue trabajo creador: transformador de la naturaleza, pero también creador del hombre como ser social, diferenciándose a partir de ello del mundo animal. El hombre trabajó para sobrevivir como animal, pero en ese proceso se fue transformando a sí mismo, produciéndose como hombre con características particulares según cual sea el modo por el cual la producción se fue realizando.

En nuestra época el trabajo se limita para el obrero a ser un acto de sobrevivencia: ganarse la vida se dice, venderse la vida sería a menudo más exacto. Porque el trabajo ya no es creador, es trabajo alienado y alienante, mal remunerado, significa que no solamente el hombre vende su tiempo de trabajo, sino que su vida entera queda entregada: trabajo y descanso; este último se recorta sobre el fondo del anterior: el tiempo libre desaparece. Es trabajo, o bien descanso del trabajo, pero para poder volver a trabajar.

Alienación, entonces, del trabajo en sí, por sus características, pero también alienación por el trabajo que absorbe toda la vida, dejando poco espacio para vivir. Pues vivir ya queda separado de trabajar: se trabaja para vivir, pero trabajar no es vivir, sino que es una tajada de tiempo quitada a la vida, para no perderla entera, para no “morirse de hambre”.

Pero hay una trampa: 1) se trabaja para vivir y resulta que trabajando no se puede vivir, sino solo sobrevivir, ya que el trabajo no es vida, sino repetición y alienación en vez de creación y realización; 2) el trabajo exige que uno descansa para poder seguir: y descansar no es equivalente a vivir; 3) el trabajo perturba más allá de las fronteras de la fábrica las relaciones con el mundo en el que uno vive: se trabaja para los hijos, para los familiares pero entonces estos se transforman en una carga y no en una gratificación. O sea, en la fábrica el trabajo del obrero pertenece a la empresa: extraño a él, alienado. En la casa su trabajo exige descanso y su producto pertenece a la familia que es vivida como ajena y como carga.

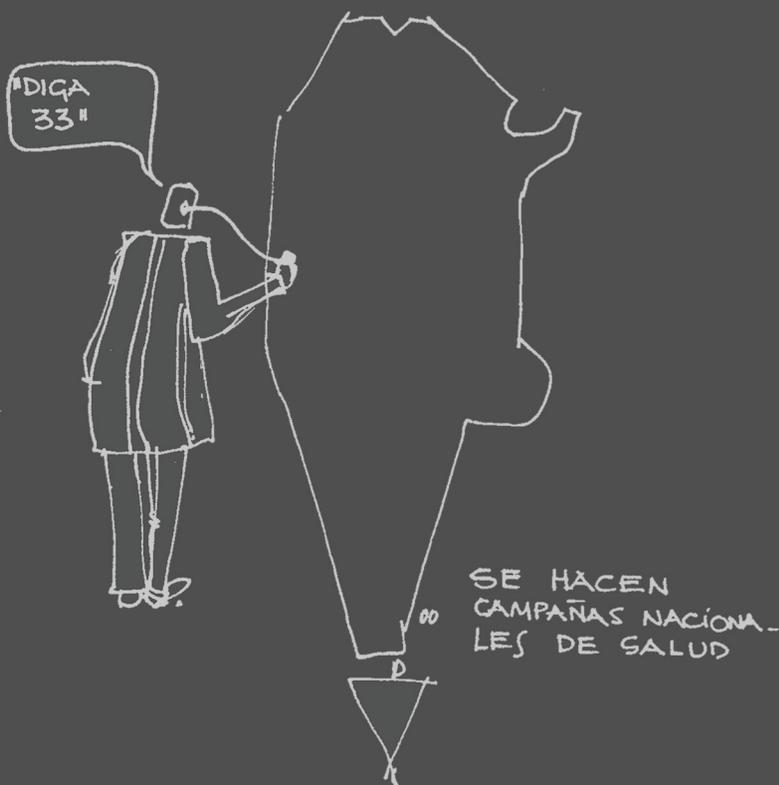
Ni el trabajo le pertenece, ni los vínculos le son propios. El obrero no es más que un intermediario: ni vida propia tiene. Todo le es ajeno y lo enfrenta; le saca horas de trabajo, horas de sueño, horas de diversión, horas de vida.

En algunos casos individuales el obrero logra con un sobreesfuerzo organizar una actividad creadora o que le permitirá modificar sus condiciones de trabajo y de vida: aprendizaje, estudio, pero la excepción individual no dice nada acerca de las posibilidades a escala social, ya que las características del trabajo obrero corresponden a características sociales de modo de producción y no serán modificadas por ninguna iniciativa individual.

El trabajo como actividad cotidiana organiza todas las actividades del hombre: el tiempo libre, las relaciones familiares, la inserción en el proceso cultural y político. Es necesario entonces que todo estudio sobre las condiciones de trabajo abarque todas las condiciones de vida en general, sin recortes artificiales o ideológicos.

Si bien desde el punto de vista específico se puede hacer un recorte con fines operativos de los aspectos psicopatológicos en la esfera del trabajo, es importante no cerrar el análisis ni tampoco hacer una simple extensión de este.

Así enfocado el trabajo que se plantea el Instituto de Medicina del Trabajo, es un aporte a la medicina de prevención de las enfermedades psicopatológicas y una colaboración a la salud mental de la población. Por lo tanto, el proyecto de la sección psicopatológica no se propone contribuir simplemente a la eficacia en el funcionamiento de la realidad laboral tal cual existe sino a su transformación. Transformación que los propios trabajadores llevarán a cabo. Hasta el presente la psicología laboral con sus criterios tendientes a aumentar la eficacia como meta más importante, ha sido instrumento de las empresas en contra de los intereses económicos y humanos de los trabajadores. Nos proponemos revertir la situación y que todos los conocimientos adquiridos en nuestra labor en común sean instrumentos de transformación en manos de los trabajadores.



Emergentes de un grupo de emergencia psiquiátrica

Irma René Granea, María Luisa Argáin

Equipos de enfermeras en representación de la Asociación Trabajadores del Estado

Esta experiencia que vamos a relatar nace de una curiosidad que nos surgió cierta vez que pensamos cuál sería la manera de entendernos más en nuestras reacciones y recíprocamente entender más a quienes nos rodean. Entonces nos reunimos y comenzamos a pensar para ver qué nos pasa específicamente cuando estamos frente a un enfermo mental. De dichas reuniones se extrajeron algunas conclusiones que vertiremos en nuestro trabajo.

Como pensamos que todo ser humano se halla implicado de algún modo en todo lo que hace, por eso nos reunimos una vez por semana para poder dialogar sobre los inconvenientes intra y extragrupal ocurridos durante la semana. Nuestra reunión grupal tiene como finalidad que quienes la integramos comprendamos el qué, el porqué y el cómo de nuestras conductas. Siguiendo a Thelem, diríamos que el “clima” con que nos manejamos es “libre”, en el siguiente sentido: 1) que, si bien existen límites de expresión, por o dentro de estos límites puede expresarse todo sin temor a represalias; 2) existe un análisis de los sentimientos expresados que es una importante contribución sobre lo que hay que reflexionar y comprender.

Todos aquellos que alguna vez trabajamos en contacto con pacientes y sobre todo con pacientes psiquiátricos bien sabemos que la ansiedad es un factor importante no solamente de los pacientes sino también de quienes de una u otra manera estamos en relación con ellos.

El grupo de enfermería es quizá quien más sufre este fenómeno y también el que está menos protegido frente a él. Nosotros recibimos diariamente toda la carga de diversas emociones expresadas a través de conductas verbales o no verbales del círculo de pacientes que concurren a estos consultorios externos.

Este solo motivo hace tambalear en circunstancias frecuentes la estabilidad y concordancia de los grupos humanos.

Partiendo del postulado que: “para poder definir los problemas que deseamos resolver es necesario tener conciencia y saber interpretar nuestros propios sentimientos en una situación dada. Pensar acerca del problema es un proceso de ensayos de posibles acciones en nuestras mentes” (Herbert A. Thelem).

Por eso pensamos nosotros que los problemas fundamentales que la gente debe solucionar surge de conflictos y ansiedades de integración de grupos, y dentro de

la integración grupal observamos etapas como procesos de sentir, pensar y actuar. “Sentir es un estado de cosas en el interior de una persona o grupo, evocado por situaciones o parte de situaciones”.

Los sentimientos son en sí mismos no específicos, son reacciones generalizadas e involuntarias. Si tuviéramos en cuenta este análisis del sentir (otros de los procesos son el actuar y el pensar) nos podríamos dar cuenta que gran parte de nuestras conductas frente a los pacientes son producto de esas reacciones generalizadas e involuntarias que hacen que a veces en vez de comprender que frente nuestro está alguien que necesita ayuda, nos sentimos invadidos de ansiedad o paralizados de miedo, y que nuestro lenguaje puede transformarse en un lenguaje de acción. Solo entramos en actividad por los hechos frente a los sentimientos experimentados. Si nuestros sentimientos nos agradan, deseamos mantener la situación y no modificarla. “Por cuanto estos nos resultan penosos probablemente actuamos si podemos enfocar algún modo de hacerlo”.

Todos esos sentimientos resultan a veces difíciles de manejar, engendran reacciones violentas, malos entendimientos, etcétera. Frente a todos esto nosotros nos preguntamos qué hacer; esta reflexión también implica movilizar nuestro pensar y nuestro sentir. Nosotros creemos necesario abrir el diálogo de nuestro grupo a otros grupos, para poder hacer un intercambio más amplio, para poder aprender de la experiencia, que quizá es el aprendizaje más difícil y doloroso, pese a que parece el más sencillo. Nuestro mensaje implica algo más que esto y es también llenar necesidades de formación que tenemos, para poder también por medio del conocimiento enriquecer nuestra experiencia.

La intención de nuestro aporte no es simplemente relatar nuestra experiencia, sino mostrar un viejo enfoque dentro de las relaciones humanas, entendernos más. ¿Quién no anhela lograr una mejor comunicación con sus semejantes? Pero bien sabemos que para eso es necesario arriesgarse a exponer nuestros sentimientos, y esto no es nada fácil, pero reporta en cambio la posibilidad de nutrirse en el intercambio con otros. Y en nuestro caso específico, entender mejor nuestra conducta frente a la ansiedad que nos despiertan los pacientes.

El tratamiento psicológico como factor importante en la rehabilitación de los accidentes del trabajo

Omar Adrián Gómez, Rosa Amalia Gómez

Tanto la readaptación, la reeducación y las prótesis son métodos empleados en los tratamientos de los traumatismos provenientes de los accidentes de trabajo. Dichos métodos llevan involucrado el fin de la *rehabilitación del accidentado en el orden socioeconómico*, lo que implica decir que la finalidad perseguida es la de rehabilitar al accidentado en una función o trabajo útil, de suerte tal que la víctima de un accidente de trabajo no se vea predeterminado, como en una especie de determinismo fatalista a ser un inválido sino un individuo útil y posibilitado para ingresar nuevamente en el ciclo productivo para beneficio de la sociedad y del Estado.

Rehabilitación

Dice Watson-Jones al tratar el tema: “Constituye una obligación del cirujano tratar tanto el cuerpo como la mente”. En los tiempos antiguos se limitaba el tratamiento al aspecto físico, descuidando por completo el terreno psicológico; y cuando el paciente llegaba a la conclusión, aparentemente evidente, de que había una incapacidad residual y permanente que le imposibilitaba retornar a sus tareas, se volvía al único refugio que le quedaba y que más de una vez le era aconsejado como solución por los abogados “de la industria del despido” —porque solo acudían a reclamar indemnizaciones, en vez de procurar conservar la fuente de trabajo—, se volvía, decíamos, hacia la reclamación y posible obtención de una compensación en dinero, momento en que se alzaban contra él todas las voces para increparlo acusándosele de “simulador”. Los simuladores de enfermedades se hacen, no nacen. El desorden funcional es una complicación dentro del tratamiento del traumatismo que de ninguna manera puede escapar al control del médico y de su equipo integral. Con una actitud mental correcta, un equipo puede practicar rehabilitación en un cobertizo; sin ella, fracasará aun en el gimnasio más pródigamente equipado.

Al respecto es interesante citar un ejemplo que refiere John Buchan. Cuenta este autor que un obrero, víctima de un accidente, hace un traumatismo de rodilla, es internado en un medio hospitalario y recibe una correcta asistencia traumatológica: inmovilización, masaje, calor, ejercicios, etcétera; pero sucede que el enfermo no progresa, pese a su tratamiento, es acusado entonces de “individuo falto de interés y poco aprovechable”.

Ciertamente, el paciente se hallaba profundamente deprimido, pero no sin motivo, ya que en sus diez meses de internación la incapacidad era mayor que el día de su admisión en el hospital, causa esta que —a nadie se le escapa— es más que suficiente para generar preocupación.

Esto sucedía porque se le había ocultado que el nervio de su rodilla estaba seccionado, incapacitándolo de esta forma también mentalmente, ya que al no comprender por qué no avanzaba en su terapia se le quitaba toda posibilidad de cabal entendimiento de su situación, lo que lo podía haber ayudado a sobrellevar mejor su terapéutica y de este modo colaborar más eficazmente a su restitución orgánica.

Trasladado a un centro de rehabilitación ortopédica, en el que desapareció el ambiente hospitalario, se anularon las rigideces del tratamiento y se le dio una adecuada explicación de su problema, dado que el tratamiento fue tomado por un equipo, en el que se le dio un enfoque médico-psicológico; el hombre recuperó en siete semanas el funcionalismo casi total de su rodilla accidentada, pudiendo asimismo reintegrarse a su anterior trabajo.

Tratamiento psicológico

Los médicos prácticos deben estar al corriente tanto de los trastornos psíquicos, como de los peligros físicos que acechan a la víctima de un accidente. Deben poner tanto cuidado en evitar los diferentes trastornos psíquicos que le pueden traumatizar su mente con ideas insidiosas, como en prevenir la infección de su cuerpo con gérmenes patógenos.

Es sabido que los trastornos psicofísicos provenientes de un accidente son de vital influencia en el logro de una total readaptación del individuo a su medio de vida. Explicar correctamente el diagnóstico constituye una parte esencial del tratamiento. Por desgracia, no hay tratamiento en el que más a menudo se cometan graves errores que este, ni los hay tampoco de más difícil corrección.

De ahí entonces, que el principal objeto es el “*decir la verdad*”, en cuanto ello sea posible, a efectos de lograr la confianza y la esperanza en el paciente. Con palabras simples, sin usar lenguaje técnico y tratando de ser íntegra y cabalmente comprendido, el equipo integral y especialmente el médico deben ganarse en todo momento la confianza del paciente, a fin de que tenga fe en el tratamiento y, por ende, en su posibilidad de recuperación.

Asimismo, *nunca debe atemorizarse al paciente*; es un grave pero frecuente error, el dar una descripción exagerada del dolor o del malestar que ocasionará el tratamiento con el objeto de preparar al paciente a fin de que cuando los dolores o malestares se presenten no parezcan tan importantes. El dolor psíquico, como así también la aprehensión, son peores que el malestar físico; y se transforma el miedo y la duda en factores decididamente negativos, que atentan contra la íntegra recuperación del enfermo, dado que influyen decididamente en su psiquis, llevándolo incluso a somatizar gran cantidad de trastornos o molestias que normalmente no lo aquejarían.

Si normalmente, cualquier tipo de accidente o enfermedad, produce en el individuo que la padece gran cantidad de temores, es de destacar que particularmente, en la mente del obrero afectado por un accidente, estos se agravan, ya que, por un lado, están el dolor y la incapacidad física y, por otro, la amenaza latente de la falta de empleo, con sus consecuencias lógicas de deudas y compromisos que lo llevan a una pobreza todavía mayor.

Constituye entonces la labor primaria del tratamiento: alejar todo posible miedo, como así también el dolor y la incapacidad psicofísica que deviene naturalmente de los sufrimientos y penurias, que dificultan seriamente la curación y rehabilitación.

El equipo integral: un aspecto vital de la rehabilitación

Es completamente inútil tratar de enseñar a un hombre un trabajo manual cualquiera, cuando se halla psíquicamente afectado sabiendo que su familia contrae numerosas deudas a fin de llevar adelante su terapia de reeducación, y es esta una realidad insoslayable. Compete entonces a un equipo integrado de profesionales —tales como médicos, psicólogos y abogados—, conjuntamente con sus colaboradores, y que funcione verdaderamente como un equipo integrado, el encarar el tratamiento en su conjunto, como un todo que es, imposible de divorciar sus problemas físicos, psíquicos, económicos, sociales y de trabajo, tratando en todo momento de ayudar al paciente en la solución de los numerosos problemas que diariamente lo aquejarán a él y a su familia, previendo juntamente con el enfermo, a fin de no excluirlo e incapacitarlo así psíquicamente, lo necesario para las múltiples vicisitudes, tales como: disponer lo necesario para las vacaciones de convalecencia; ponerse en contacto con el antiguo patrono o con otras firmas industriales, a fin de que el paciente llegue con plena confianza al convencimiento real de que posteriormente a ser rehabilitado, será reincorporado a sus tareas, o que hallará una fuente de trabajo similar. También debe disponerse todo lo necesario a fin de otorgarle al accidentado una reeducación profesional acorde con el grado de incapacidad que quede en el paciente, a efectos de que no quede invalidado —ya sea física o psíquicamente— para el pleno ejercicio de su capacidad laborativa, asegurándole un medio idóneo para su posterior subsistencia y la de su familia. Así constituyen aspectos importantes del tratamiento: la enseñanza a andar, correr, saltar, subir escaleras, y el tratamiento del desarrollo muscular y movilización articular, entre otros, dentro de una faz médica, sin descuidar por ello la faz psíquica, que es un complemento indispensable de la anterior, mediante movimientos libres y demás ejercicios recreativos y una correcta terapia ocupacional; como así también el aspecto legal del tratamiento consistente en velar por la estricta observancia de las prescripciones respectivas por parte del patrono, como así también por realizar lo necesario a fin de que el paciente tenga asegurada su fuente de trabajo, con lo que se evita el hecho de la cantidad de deudas que de lo contrario debe contraer su familia a fin de poder llevar a cabo una terapia de curación y tratar de subsistir al faltar la fuente principal de ingresos.

Por lo anteriormente expuesto la rehabilitación del accidentado no puede ser enfocada parcialmente, sino como un todo, con una idea de conjunto, basado en la organización de equipos integrales de profesionales, que prevean todas las posibles contingencias que pueden hacer fracasar una correcta terapia médica.

La importancia de la rehabilitación del accidentado comprende una serie de eslabones, en cualquiera de los cuales una rotura puede ser causa más que suficiente para el fracaso de todo el tratamiento; de ahí que la organización debe ser un imperativo que nos proponemos y debe ser suficientemente sincronizada a fin de cubrir todos los momentos del tratamiento, es decir, debe ser integral, comenzando en el momento mismo del accidente, pasando luego por las diversas fases del tratamiento, hasta llegar a la total o más completa rehabilitación del enfermo o accidentado, recuperándolo para su reincorporación al proceso productivo.

En resumen, es necesario conseguir, para el obrero accidentado, la liberación de la triste y efectiva realidad en que puede y seguramente se encuentra al verse postrado y físicamente disminuido, lo que, como es de suponer, le acarrea serios trastornos psíquicos y de conducta y asimismo una desesperanza total por su futuro ya que se ve privado de su fuente de trabajo y debe dejar su capacidad laborativa ociosa, puesto que ni se le trata de mantener su actual fuente de trabajo, ni de conseguirle otra que la sustituya y que sea acorde con su actual capacidad y capacitación profesional, a fin de evitar que, además, se sienta un sujeto parasitario al margen de todo proceso de producción.

Es preciso, pues, que el obrero accidentado sienta realmente que hay un equipo integral de profesionales capacitados, que velan no solo por su restitución física y gradual al medio social normal, sino por la subsistencia de su familia durante su período de tratamiento, contando también él con que será positivamente orientado y amparado una vez lograda su rehabilitación física.

En esta forma, una vez eliminado un factor de preocupación que puede influir tan poderosa y perjudicialmente en la psiquis del accidentado, con repercusión inmediata en su lesión, es evidente que se facilitará y acelerará el proceso de curación y terapia, al contar el médico y todo el equipo con un campo propicio a la reciprocidad de su esfuerzo y al logro de su misión.

Por último, y como consideración de interés actual es preciso lograr del obrero accidentado, mediante el interés mancomunado de todo el equipo integral de profesionales, la convicción de que su readaptación, reeducación, prótesis y rehabilitación constituyen un factor de vital importancia para la recuperación socioeconómica del país, tarea a la cual todos nos hallamos abocados en esta nuestra etapa de reconstrucción nacional, posibilitando de tal modo un considerable incremento en el proceso de producción, ya que el número de obreros incapacitados sería mínimo.

Estudio de las condiciones de trabajo de las operadoras de la Empresa Nacional de Telecomunicaciones

Lidia Grapella, Raquel G. Dugliotti, Nilda Bueno, Dolores Domínguez, Esther De Marco de Toscano

Mesa de Trabajo, Comisión Femenina de la Federación de Obreros y Empleados Telefónicos de la República Argentina, Sindicato Buenos Aires

En esta nueva etapa que vive el país, caracterizada por la lucha contra la dependencia y sus múltiples formas, diversos sectores sociales aúnan sus esfuerzos y recursos en la lucha contra toda forma de dominación.

En esta lucha el eje vertebral es el movimiento obrero quien tiene la responsabilidad histórica de revertir el proceso de dominación-explotación.

El fortalecimiento de este proceso se logra a través de la labor sindical, a quien corresponde la defensa de los intereses y derechos individuales y colectivos de todos los trabajadores ante la empresa y el Estado. Así como también su función es canalizar las necesidades y problemas de los trabajadores y propender a su unión, organización y capacitación; para contribuir de esta forma activamente al proceso de liberación nacional, a través de objetivos claros y concretos que apuntan a lograr realizaciones no solo a nivel económico sino también sociales y políticos.

En coincidencia con lo planteado precedentemente esta mesa de trabajo del Sindicato Buenos Aires de la Federación de Obreros y Empleados Telefónicos de la República Argentina (FOETRA) se reunió para tratar problemas que afectan a los compañeros trabajadores de la empresa.

Dado que en su mayoría el grupo estaba compuesto por operadoras, se planteó la necesidad de realizar un estudio exhaustivo de sus condiciones de trabajo y problemática específica, como primera tarea de un plan que abarca distintos sectores de la empresa.

El *objetivo* del trabajo a iniciar contemplaba el estudio de esas condiciones de trabajo y apuntaba a introducir como resultado las modificaciones que fueran necesarias a fin de mejorar las actuales condiciones laborales, vividas por las compañeras como muy perjudiciales.

Planificación de la tarea

La tarea se planificó de la siguiente forma:

- *Recolección de datos*: realizada a través de: a) entrevistas focalizadas a las operadoras; b) encuesta confeccionada por las mismas operadoras.
- *Análisis de los datos*: en esta etapa son dos las áreas más importantes a trabajar: a) problemas específicos de trabajo; b) conocimiento de la labor del sindicato.

El resultado de los pasos anteriores estará centrado en:

- Resolución de las áreas conflictivas detectadas en el campo laboral.
- Cursos de capacitación sindical.

Tarea realizada hasta la fecha

Se tomaron 62 encuestas a una población de operadoras seleccionadas al azar. La encuesta consta de 25 preguntas que comprenden las siguientes áreas:

- 1) Datos censales
- 2) Salud
- 3) Relaciones interpersonales compañeros, jefes
- 4) Condiciones de trabajo
- 5) Conocimiento de la labor sindical

Se realizó el procesamiento de los datos y actualmente el equipo se encuentra abocado al análisis de los mismos. Aún no pueden proporcionarse las conclusiones del trabajo, pero sí pueden mencionarse algunos indicadores importantes relacionados con las áreas señaladas.

Respecto al área *salud* podemos afirmar que la afección más frecuente manifestada por las compañeras es la relacionada con el “sistema nervioso”, siguiendo en orden de importancia “problemas de columna” y “oídos”.

Respecto a las relaciones interpersonales, a nivel manifiesto parece no existir problema, ya que las respuestas más comunes son dadas en ese sentido, tanto las referidas a las compañeras como a las supervisoras.

En el área de las condiciones de trabajo los problemas mayores surgen de las malas condiciones de los equipos, la tarea rutinaria, la sobrecarga de trabajo por falta de personal y la disciplina rígida.

Con respecto al conocimiento de la labor sindical existe un alto porcentaje de las entrevistadas que está informada de dicha labor, ya sea a través de sus delegados o porque concurren al sindicato. La participación en general es activa y la opinión que

tienen sobre la institución gremial es positiva y considerada como muy importante para la defensa de los trabajadores.

Por último, y como manifestáramos anteriormente, este desarrollo es solo una aproximación a los datos, quedando para la siguiente etapa un estudio más exhaustivo y sistemático que abarque diversos niveles de análisis. En esta etapa se integra el Instituto de Medicina del Trabajo.

○ TRABAJO DIGNO Y SEGURO

- Estabilidad en el trabajo
- Salario justo



La salud de los trabajadores vista por los propios trabajadores

Habla el compañero minero

Soy obrero de una de las más importantes minas del país, “El Aguilar”, a 4.500 metros de altura, cerca, muy cerca de la Cordillera de los Andes. En esta invitación voy a citarles algo que muchos de ustedes, creo, tendrán inquietud de conocer.

El paisaje es sobre todo la puna, ciudad de La Quiaca en la frontera con Bolivia. La gente de ahí se dedica sobre todo a los trabajos de la minería, como los de la mina El Aguilar, mina Pirquitas y otros yacimientos de menor importancia; y mucha otra gente se dedica a las tareas de la zafra en un ingenio también muy importante, que es el Ledesma.

Allá los trabajos, desde ya, se tornan muy importantes porque es muy poca la gente que conoce más allá de la provincia de Jujuy. La gente busca allá tan solo realmente trabajar; y desde ya la... la empresa, digamos así, ha tomado al obrero, no dramatizando las cosas, como una pieza de la máquina, como una herramienta de trabajo más.

Donde año a año ha ido perfeccionando así su máquina de explotación y ha ido progresando para conseguir las riquezas minerales, pero, y esto es lo interesante, no así progresando en arreglar las necesidades de la salud de los obreros.

Estamos aquí para ver si ustedes nos entienden; yo quisiera que los compañeros me hagan muchas preguntas, y si las entiendo, las voy a contestar.

Nosotros, como les dije ya, estamos trabajando a 4.500 metros de altura y a 400 metros y pico de profundidad; quizá mucha gente que no conoce debe estar convencida de que tenemos el ascensor más importante de la República Argentina.

Hace poco una comisión de profesionales ha conocido el trabajo que se hace allá. Quizá el problema de conjunto más importante que tenemos es que todos los compañeros, que han trabajado por 14, 15 o 20 años, después que se retiran del trabajo lo único que sabemos es que en dos o tres años han fallecido. Efectivamente, el beneficio de la jubilación, que hay que jubilarse a los 55 años de edad, no tiene un límite de edad para nuestro trabajo, y si alguno consigue jubilarse, después de un año o dos se muere. Es desastroso, desastroso compañeros.

Así es que allá la gente se dedica de este modo a trabajar. Les diré más, a la gente le hace mal el sol, y ustedes se preguntarán por qué, por qué le hace mal el sol a una persona. Realmente nos hace mal el sol porque los que nos dedicamos a trabajar 16 horas en el interior de una mina, o sea en la oscuridad, al salir y ver el sol nos hace mucho, mucho daño, ¿me entienden compañeros?

Las 16 horas de trabajo es para compensar nuestra... digamos nuestros bolsillos, hablando así, porque no estamos pagos. Luego las condiciones de trabajo han aumentado la población, han aumentado los obreros, y en materia de medicina estamos muy carecidos.

Asimismo, es una región que está muy perjudicada de las cosas que salen del plomo, y se las lleva un río afluente del Río Grande, que es el más importante proveedor de agua.

Luego en nuestras familias, familias todas de mineros, yo también hijo de un minero, no se ha progresado mucho, y no se ha progresado porque sencillamente son pocos los niños que verdaderamente crecen con la suficiente capacidad de estudiar algo. Si hay uno o dos hijos de obreros, de 1.700 obreros, que han llegado a tener título secundario es casual.

Generalmente el alcoholismo predomina, y, más la superstición como tradición que se acostumbra allá, es una pérdida muy, muy grande.

El minero desgraciadamente está muy desprotegido, digamos así, y digo que está muy descuidado en la República Argentina. Hoy carece de esas leyes que el compañero está diciendo esta mañana, de que podamos crear una comisión de vigilancia y que el médico pueda investigar el porqué de la muerte del minero. Allá realmente si algún obrero muere accidentado, hay normas de seguridad, se dice que la culpa la tiene él; aun que tenemos cascos de seguridad algunas veces perdemos la vida.

Muchas veces observamos casos de enfermedad. La enfermedad tiene mucho que ver con la contaminación del plomo, allá explotamos plomo y también zinc.

Con sulfuro de plomo nosotros tenemos que hacer mechas; desde el mismo momento en que explotamos el interior de las minas, el asunto de los gases de la quema de guías, alquitrán y todos esos compuestos que desprenden carbono tóxico nos afectan; y el minero se acostumbra así a evadir estas cosas mediante la coca, no drogándose en sí, sino masticándola.

Todo esto: gases, dinamita, polvo y qué sé yo y todo lo que ocurre en el interior de la mina hace que el obrero se debilite y sirva de veneno para su organismo; de ahí que el minero al separarse de la mina en uno, dos o tres años automáticamente pierde la vida.

Esto, compañeros, es más o menos lo que quería contarles. Muchas gracias por poder hacerlo.

Habla el compañero representante de AOMA

Yo quiero agregar algo a lo expresado por el compañero, aunque habló con claridad. No tratamos de ocultar estos serios problemas, pero me voy a referir a otro tema. A la importancia que nosotros le asignamos a que esta alta casa de estudio, en este gobierno popular, se haya interesado de nuestra situación.

Nuestra organización ha venido pregonando la situación creada durante 15 años no solamente en las minas de Jujuy sino en todo el país donde se hace trabajo minero. Hemos realizado miles de estudios, hemos presentado varias veces pedidos

expresos a los distintos parlamentos antipopulares que hubo en el país y jamás, jamás ni siquiera llegamos a conseguir que en un congreso se trataran los temas que nosotros habíamos presentado.

A nosotros nos ha satisfecho solamente en su oportunidad el señor director del Instituto de Medicina del Trabajo y ya se ha dicho que ha estado muy conforme con los estudios realizados por nuestra agrupación.

Pero cuál es la razón fundamental por la cual jamás fueron atendidos los pedidos de los compañeros mineros.

Los compañeros mineros están representados por una organización obrera que jamás se entregó a las dictaduras, ni a la negociación con sus agentes; y porque nunca se entregó a estos manejos los compañeros siguen padeciendo en toda la república.

No hemos podido lograr una legislación, aunque tenemos la plena seguridad que con el gobierno popular la vamos a conseguir.

Pero quiero significar que por el solo hecho de ser peronistas, pero peronistas de raíz, y no entregarnos a los manejos de Lanusse, nosotros no hemos logrado el estatuto que pudiera, aunque sea en parte, aliviar los problemas de los compañeros que representamos. Gracias. Nada más.

Habla a continuación el compañero de la industria del pescado

Bueno, primero quiero hacer una síntesis de cómo está formada la industria del pescado. Hay una primera parte que es la extracción y que se cumple con los barcos que salen al mar. Una segunda parte: industrialización, y una tercera parte: comercialización.

Nos vamos a referir en pocas palabras a las dos primeras porque son las más importantes desde el punto de vista obrero.

En la parte de la extracción del pescado se cuenta con tres clases de barcos: los costeros, los de media altura y los de gran altura.

Las condiciones de vida de los marineros son totalmente inseguras, es probable que no se presenten casos de enfermedad en los barcos, pero sí son muy comunes los accidentes.

Por ejemplo un barco de altura se tarda entre 10 y 15 días en el mar y en ese tiempo puede sufrir un obrero algún accidente y en alta mar no hay médicos, no hay medicinas, no hay enfermeras; la consecuencia es que ha habido casos de muerte por falta de atención médica, por una quebradura; bueno, para solucionar un problema así hay que regresar a tierra y puede tardar cuatro o cinco días, apendicitis agudas como se han dado casos; en fin, este es en general el problema de los hombres que salen al mar.

En cuanto a la seguridad nosotros podemos decir que no se toma ninguna; hace poco en una fábrica despidieron a seis compañeras por estar embarazadas, puesto que el trabajo pesado a una de ellas le había provocado un aborto. Es decir, que esto naturalmente nos lleva a pensar que existen determinadas leyes, reglas de producción y estatutos, así como convenios, en los que seguramente es posible leer las condiciones en que los obreros nos tenemos que desenvolver. Seguramente esto es

verdad a medias; lo que nosotros como obreros del pescado planteamos y vamos a seguir planteando es la marginación de los obreros de las leyes.

Es decir, el general Perón ha afirmado que no hay cambio de sistema, si no hay cambio de estructura; la medicina como parte fundamental para la vida del hombre también necesita de un cambio de estructuras. Ahora, este no se dará así porque sí. Nosotros pensábamos que, en la industria del pescado, como en tantas otras, y vuelvo a repetir, es la marginación, es decir, el habernos colocado mucho más abajo de las leyes lo que ha llevado al deterioro de la salud del trabajador.

El solo hecho de que las leyes nos contemplen a nosotros como trabajadores, es un éxito, es decir, existe una reglamentación del trabajo, pero ella no nos contempla a nosotros.

Existen reglamentos, existen estatutos, existen convenios, donde figuramos sí, pero nosotros quedamos marginados de esas leyes. Entonces, cómo hacemos, cuáles son nuestras propuestas para que alguna vez podamos estar incluidos dentro de ellas.

Pensamos que solos no podemos actuar, es decir, para actuar solos dentro de los sindicatos tendríamos que estudiar medicina, nosotros los obreros tendríamos que estudiar derecho, ingeniería, etcétera; como eso no lo podemos hacer, necesitamos todos aquellos que quieran ayudarnos a realizar este cambio de estructuras, que empieza seguramente por las fábricas, porque es el momento fundamental de cualquier país.

En definitiva, lo que nosotros queríamos llegar a plantear, es cómo podemos tener un contacto mucho más directo con todos aquellos profesionales para que nos ayuden a alcanzar mejores condiciones, poder sacar conclusiones y utilizar determinados conocimientos que ya existen y que están abandonados y que nosotros necesitamos imperiosamente y sin los cuales nuestra salud va a seguir deteriorándose.

Eso es todo. Nosotros tenemos varias propuestas para hacer, pero las dejamos para mañana. Gracias.

Compañero representante de FOETRA (Guillán)

Bueno, en realidad los compañeros han sido bastante explicativos, yo no estoy preparado para hablar; cuando me dijeron que tenía que hacerlo les aseguro que me asusté. Es la primera vez que entro a una universidad.

Con la asunción del gobierno popular tuvimos la suerte de conectarnos con los compañeros médicos que nos vinieron a hablar del instituto y de sus actividades y desde entonces estamos buscando juntos el camino para que la universidad deje de ser un centro de preparación de conocimientos al servicio de los grandes enemigos de la patria y se conviertan en lo que esta facultad está empezando a ser: un centro de estudio al servicio del pueblo trabajador.

Yo digo lo que pienso y siento y creo que los médicos tienen un papel trascendente que cumplir y para arreglar todo lo que es necesario arreglar tenemos que empezar a transformar realmente los sentimientos. Y les cuento que asumimos plenamente las iniciativas de los compañeros de la universidad cuando nos propusieron

la posibilidad de llevar a cabo un trabajo conjunto sobre el estado de salud de los trabajadores de nuestro gremio. Este acercamiento nos parece fundamental para lograr la línea de la liberación nacional. Este plan de salud tal vez se pueda hacer en nuestra propia clínica, en nuestra propia obra social y dar atención completa a quien la necesite.

Pero lo que nos parece fundamental en esta etapa es lograr la prevención de la enfermedad o sea evitar la enfermedad.

Lo que nosotros creemos trascendente es buscar la forma en que, con el aporte de conocimiento de los profesionales, con el aporte de nuestra experiencia como trabajadores, y con el de nuestra empresa en nuestro caso, se logre un trabajador sano y feliz. Para que quede bien en claro esto les voy a contar una charla que tuve con un compañero que no es militante. Al rato de hablar teníamos ganas de llorar los dos. Este compañero trabaja en una empresa multinacional y dijo que para entrar a trabajar... “mirá, te hacen un examen que para pasarlo tenés que estar en condiciones de ir a las Olimpiadas y te puedo asegurar que después de trabajar diez años estamos terminados...”. Esta es la reflexión simple, profunda y humana, no de uno que está en la militancia y que por ideología defiende los intereses de los explotados, sino de él, que era el propio explotado, rudimentario tal vez en cuanto a militar, que es una responsabilidad que tienen todos los trabajadores.

Yo les transmito esto que debe llegar al alma de todos los hombres del país, para que se entienda que la ausencia de estos valores de la humanidad, del hombre mismo y fundamentalmente de los compañeros trabajadores, no es patrimonio de una ideología en particular, sino de esta sociedad que permite que existan explotadores y explotados.

Para finalizar quiero decirles que el momento que vivimos nos parece bastante complejo; nosotros vivimos desesperados buscando ayudar en lo que podamos a resolver el problema, a liberar la patria y a liberar al hombre.

Creemos en Perón como conductor de este proceso y lo apoyamos con toda nuestra pasión, pero sabemos de la necesidad de que todos nos unamos y participemos para ser protagonistas de una auténtica democracia. Y debemos encontrar el camino del amor en serio y cuando sintamos al compañero al lado nuestro realmente empezaremos a amarnos. Así yo creo que hemos de construir un poder superior al que ha construido un sentimiento imperialista de la vida y que solo está respaldado por el poder armamentista de las grandes potencias, compañeros.

En fin, yo simplemente les agradezco y creo que nos vamos a seguir encontrando para que esta realidad que soñamos todos, de alguna manera la podamos concretar rápidamente. Nada más, gracias.

Habla el compañero gráfico

Soy representante de un gremio que no por poderoso ha sido menos relegado a través de su historia: el gráfico. Quisiera hablar con la misma precisión que los compañeros que me precedieron, y no defraudar a quienes confiaron en mí para

representarlos. Hay una especialidad dentro de la industria gráfica que es la galvanoplastia. En esta rama hay muchos problemas graves de salud, como en el resto de los obreros de las artes gráficas. Para no entrar a detallar, por razones de tiempo, los problemas que se presentan en cada uno de los sectores, quisiéramos transmitir sencillamente en el idioma nuestro, que es el del pueblo, toda la bronca contenida a través de los años por la explotación que estamos sufriendo sin encontrar una salida. Y también volcar aquí las posibles soluciones para nuestros problemas, a las que hemos arribado luego de afanosas discusiones.

- 1) Renovación total del régimen de insalubridad y de la Ley 11544 que lo reglamenta, a fin de que exprese el verdadero sentir de la población obrera.
- 2) Educación de los agentes inspectores, para que apliquen las leyes en todo su peso y que las medidas que deben tomar sean instrumentadas en el menor tiempo posible; y que todo aquel agente que haga ojos ciegos a la realidad que sufren los obreros, porque han sido sobornados, sean juzgados y considerados delincuentes peligrosos para la sociedad.
- 3) Derogar los artículos de la ley que favorecen a la patronal, o sea aquellos que les permiten que con modificaciones insignificantes en el ambiente de trabajo salven la responsabilidad de la insalubridad.
- 4) Procurar que los compañeros tomen conciencia de las medidas de higiene y seguridad para proteger su salud y obligar a la patronal a ponerlas en práctica. Como acotación agregamos que, en algunos países europeos, como Suiza y Alemania, donde ya está superado el problema de las horas de trabajo (seis) se sigue tratando de instrumentar una ley que permita trabajar cuatro días a la semana en los lugares considerados insalubres.
- 5) Crear un instrumento legal que prohíba terminantemente trabajar horas extras en las tareas consideradas insalubres, con la condición de que exista un salario real suficiente.
- 6) Unificar la influencia provincial y capitalina en una sola ley para todo el territorio nacional en todo lo que se refiera a poder de policía laboral, para solucionar problemas de aplicación y de interpretación y de algunos manejos según los intereses en juego.
- 7) Las vacaciones que deben gozar los obreros que desarrollan tareas insalubres tendrán que ser respetadas estrictamente y no podrán ser reemplazadas por su pago.

Estos son algunos de los puntos que muchas veces se han tratado en las asambleas del gremio, pero hasta ahora no hemos logrado nada concreto. Confiamos plenamente que quienes se reúnen para ver en qué pueden contribuir para ayudar a los obreros, auténticos creadores de la riqueza nacional, en lo que se refiere a su salud lo hagan con verdadero amor al prójimo y a la profesión que ejercen.

Confiamos en que podrán encontrar y concretar soluciones para estos problemas, y así aportar nuevos elementos de apoyo a nuestras luchas por nuestros derechos, porque entendemos que es con decisiones como estas por donde pasa el verdadero camino de la reconstrucción nacional.

Habla el compañero representante de ATE

Una sociedad se determina y opera en todos los niveles requeridos para su subsistencia y desarrollo, conforme a un proyecto político fundamental.

Este proyecto determina sus fines, sus valores, su estructura interna, sus relaciones con otras sociedades, su concepción del hombre, de la economía del Estado, del poder, y también su concepción de la naturaleza y de sus relaciones con ella, así como del conocimiento y de la técnica.

Ello funda nuestra afirmación de que el problema de las relaciones entre ciencia y política no se sitúan solamente en el nivel de la aplicación de la ciencia (es decir, de su utilización para determinados fines muchas veces no queridos y repudiados por los científicos: bomba atómica, o guerra química o bacteriológica).

El problema se plantea ya en el lugar de la articulación entre la sociedad y la ciencia producida por esa sociedad para la mejor ejecución de su proyecto político fundamental.

La ciencia vigente hasta hoy en la medida que es un producto de la sociedad mercantil competitiva está determinada en sus métodos, contenidos y aplicaciones por los fines de esa sociedad.

Las ciencias sociales en los países dependientes sirven para mantener y consolidar la dependencia.

En la Argentina desde Alberdi y el positivismo hasta la ciencia social que la unifica más allá de las dependencias históricas y metodológicas es propagandizar, justificar o enmascarar la dependencia y al mismo tiempo demostrar la irracionalidad e imposibilidad de todo movimiento que apunte a la independencia.

Dos conceptos

- 1) La ciencia es un instrumento y una actividad de manifestación de la realidad, subordinada a través de complejas medidas al proyecto político de la sociedad que la produce, es pues un instrumento al servicio de esa sociedad, tiene pues una función social a la que está subordinada y que la determina totalmente, por lo tanto la ciencia de la sociedad mercantil competitiva es un instrumento para la realización del objetivo político de esa sociedad y consecuentemente un arma de la guerra que continúa esa política.
- 2) La ciencia entendida como conocimiento de grado superior al que se subordina lo demás que provee las pautas de la actividad social, es en realidad el proyecto político fundamental de una sociedad, en cuanto determina, especifica y orienta las actividades de esa sociedad en todos los terrenos.

Para nosotros los peronistas, la ciencia en el primer sentido es un instrumento del desarrollo de la sociedad mercantil-competitiva y un arma de la guerra que el imperio lleva contra nosotros, y la ciencia como verdadero conocimiento al que

debe subordinarse y ordenarse toda actividad social, es para nosotros, la doctrina peronista o doctrina nacional que determina y orienta todas las actividades de la nación, incluidas por supuesto las científicas-técnicas, como lo establece el Art. 3 de la ley que sanciona el 2° Plan Quinquenal.

La medicina es parte de esa ciencia y con ello la medicina del trabajo y toda la actividad sanitaria debe estar al servicio de la grandeza de la nación y la felicidad del pueblo. Al decir del Dr. Carrillo: “Tenemos una serie de generaciones de médicos inteligentísimos. Pero ¿cuántos de ellos han sido capaces de comprender lo que está ocurriendo en el mundo que les rodea?”

La primera función de los médicos en la industria fue para alejar en lo más posible el peligro de la enfermedad, la segunda para afianzar la salud y la tercera procurar la alegría del trabajo. Ello entraña toda la filosofía de nuestra revolución justicialista. El comando de la medicina tecnológica debe ser de los médicos.

Hay un objetivo común a todos: el objetivo de la nación. Es necesario subordinar todas las pequeñas cosas al objetivo nacional. Es necesario llegar a tener en el problema general una unidad de concepción para en los hechos obrar con unidad de acción. Un ejército de francotiradores será difícil que llegue al éxito de conjunto, un éxito para la nación y no un buen éxito individual para cada uno de los hombres.

Debemos formar organizaciones y ponerlas al servicio de la nación, es decir, al servicio común. Debemos dar a cada hombre no un puesto sino una tarea y que la cumpla bien.

Organización	1° Un objetivo
	2° Alto grado de simplicidad para hacerlo efectuar
	3° Alto grado de perfectibilidad

El general Perón en el capítulo VII del 2° Plan Quinquenal, “Investigaciones científicas y técnicas”, dispone: “El objetivo fundamental de la nación en materia de investigación científica y técnica, será crear todas las condiciones necesarias a fin de que la ciencia y la técnica argentina se desarrollen plenamente como instrumentos de la felicidad del pueblo y de la grandeza de la nación, contribuyendo asimismo al progreso universal”.

El trabajo

El trabajo es, luego de la procreación, la actividad creadora más importante del hombre, su prolongación útil, su elemento de comunicación con el hombre y con la historia a través de lo que produce. Es trabajador todo aquel que no parasita, el que vive de lo que produce, sea albañil, legislador, minero o estudiante. Una concepción que no acepta la división entre el *homo joker* y el *homo sapiens*.

Juan Domingo Perón (8/10/52) U. Obrera Nacional: “Debemos formar primero, hombres buenos y del pueblo, segundo, trabajadores por sobre todas las cosas, y en

tercer lugar formar patriotas que sueñen con una nueva Argentina en manos del pueblo para labrar la grandeza de la nación y la felicidad de su pueblo. Lo que necesitamos son hombres leales y sinceros que sientan el trabajo, que se sientan orgullosos de la dignidad que el trabajo anima a los hombres y que por sobre todas las cosas sean capaces de hacer, aunque no sean capaces de decir...”

El médico tiene ante sí dos problemas: la ciencia y su propia vida. Suele considerarse que el médico que se dedica a la ciencia, lo hace en detrimento de su vida. Por ello lo más moderno es que el estado tenga al médico-funcionario solucionándole lo económico para que pueda dedicar su vida a la ciencia. Nuestros médicos entusiastas y capaces han sido impotentes para combatir los flagelos colectivos porque han actuado sin organización alguna, pues necesitamos de un ejército sanitario bien constituido que actúe con absoluta unidad de acción y concepción.

Conclusiones

Por todo ello reclamamos la plena vigencia de la Ley 19587 y su reglamentación como asimismo la necesidad de que se aplique.

Hablar de medicina del trabajo y no visualizar la actividad de seguros por accidentes de trabajo, es perder la óptica del conjunto.

Con los millones de pesos que en ese “negocio” manejan las compañías de seguros debe formarse un Instituto Nacional de Seguros del Trabajo en la órbita de la Caja Nacional de Ahorro y Seguros. Es de hacer notar que el organismo de control de seguros es la Superintendencia de Seguros de la Nación sin médicos en su organismo técnico. Reclamamos un lugar en esa organización donde volcar la experiencia y la doctrina de la nación.

La implementación de los servicios médicos de la empresa en la órbita privada y oficial, nacional, provincial y municipal.

Se incorpore el estudio en la Facultad de Medicina como materia obligatoria la Medicina del Trabajo, como así también en la enseñanza media.

1945 - 1955

EL ESTADO SE HACE CARGO
DE LA SALUD PUBLICA, RECONO-
CIENDOLA COMO UN DERECHO DEL
PUEBLO



SE CONSTRUYEN POLICLINICOS

- Policlínico Evita
- Policlínico Peron

Control del Estado al medio laboral

Carlos F. Cristóbal

Dirección Control Sanitario, Secretaría de Salud Pública. Ministerio de Bienestar Social de la provincia de Buenos Aires

Dentro de la provincia de Buenos Aires, (área de la mayor concentración urbana y del mayor desarrollo económico del país) el poder de policía sanitaria en lo concerniente a seguridad laboral e higiene industrial recae en la Dirección de Control Sanitario del Ministerio de Bienestar Social.

La actual posibilidad de controlar el microambiente laboral es exigua. Varias causas concurren a esto:

- 1) Dificultades burocráticas para la tramitación.
- 2) Intervención sucesiva de varias instituciones para dar conclusión a un caso.
- 3) Carencia de personal, en general.
- 4) Carencia de personal idóneo, en particular.
- 5) Frecuente falta de conciencia de la trascendencia de este objetivo sanitario.
- 6) Falta de apoyo, estímulo y posibilidades de capacitación al personal dedicado a esta tarea, etcétera.
- 7) Sucesiva y reiterada desconsideración de la prioridad que le corresponde dentro del presupuesto de la salud, etcétera.

De hecho, no son aisladas ni independientes, son causa y consecuencia unas de otras, y en modo alguno el estado general es fruto del descuido, sino que es el resultado, propiciado y esperado por una política implantada por la dictadura, para favorecer por todos los medios (y este es uno muy importante) clara y desembozadamente los intereses de la oligarquía personera del imperialismo.

La pérdida por parte del Estado de su papel rector en todo lo concerniente a sanidad se ha puesto en evidencia por el deterioro del estado de salud de nuestro pueblo.

Podría eximirnos de mayores comentarios el denunciar que en la actualidad para este control del microambiente laboral no llegan a 25 los agentes exclusivamente dedicados a esta tarea en el estado bonaerense. Considérese que hay aproximadamente tres millones de obreros en la provincia. Sin embargo, creemos que exponer datos concretos apuntalan lo dicho mejor que la declamatoria política.

Al hacernos cargo de la Dirección de Control Sanitario quisimos saber qué información existía sobre problemas de higiene y seguridad laboral.

Desde el comienzo se nos informó que los recursos existentes permitían atender los casos de denuncias y las solicitudes de establecimientos que pedían habilitación y aun esto se hacía con cierto retraso. No existía la posibilidad de hacer relevamientos periódicos para conocer el estado actual y tener así un diagnóstico actualizado de la condición sanitaria del medio ambiente laboral. Es decir: el principal objetivo, control, quedaba sin cumplirse puesto que, intervenir para habilitar es una operación de rutina y acudir por denuncia, es atender a una emergencia.

La verdadera acción de supervisión, asesoramiento, prevención, etcétera queda ausente o satisfecha en mínima proporción. Nos propusimos investigar los datos que ofrecían las denuncias. Decidimos estudiar casos recientes pero que ya estuvieran concluidos en su tramitación y dentro de un período amplio.

Se fijó así el período mayo 72 a mayo 73 considerando todos los casos de denuncia por higiene y seguridad laboral en los que intervino la Dirección de Control Sanitario. En la oficina correspondiente solo queda el número del expediente, el motivo de la caratulación y las actas copia de las inspecciones realizadas. Fue necesario localizar cada uno de los expedientes para analizarlos en detalle. En el período mencionado se presentaron 130 casos. Los 130 expedientes que motivaron esas denuncias estaban casi todos ellos en las regionales de la Subsecretaría de Trabajo provincial, que, por ser el ente iniciador, es el lugar de archivo al finalizar las actuaciones.

Consideramos solo aquellas cuya tramitación estuviera concluida al presente y cuyo lugar de archivo fuera dentro del conurbano para poder consultarlos rápidamente. Esto hizo que se redujera la muestra a 73 denuncias, de las cuales 42 actas correspondían a San Martín, 11 a La Matanza, 10 a Vicente López y 10 a Quilmes.

Se dejaron sin consultar algunos casos en que existían solamente uno o dos expedientes en la oficina regional. Por lo tanto, los hallazgos que se mencionan en las Tablas 16 y 17 se refieren a ese grupo de 73 expedientes. La importancia relativa de uno u otro tipo de industria no es representativo del total provincial puesto que como se indica anteriormente corresponden a cuatro partidos del Gran Buenos Aires, cuyas características no son extrapolables al todo.

Tabla 16. Número de actas, según la organización iniciadora de la denuncia.

Organización	Nº
Unión Obrera Metalúrgica (UOM)	28
Unión Obrera Textil (AOT)	8
Sindicato de obreros de la industria del papel y cartón	4
Unión obrera plásticos y afines	2
Asociación de Trabajadores Sanidad Argentina (ATSA)	1
Unión Obrera de la Construcción (UOC)	1
Sindicato industria química y explosivos	1
Sindicato Trabajadores Fiat Concord (SITRAFIC)	2
Sindicato mecánicos y afines transporte automotor	1
Comisión interna	10
Particulares	10
Unión personal fábricas de pinturas y afines	1
Sindicato Obrero del Vestido y Afines (SOIVA)	3
Iniciado por acta de infracciones de Subsecretaría de Trabajo	1

Tiene importancia observar que el iniciador de la denuncia es la entidad sindical, en muchos casos, a donde los obreros o sus delegados laborales llevan sus quejas que luego se tramitan como denuncia oficial del sindicato.

En otros casos, son particulares quienes directamente inician la demanda. Este trámite es válido, y no siempre conocido como recurso de defensa o apoyo estatal al trabajador. También se observan otros casos, donde en establecimientos de cierta importancia (referida esta al número de obreros) inicia el trámite directamente la comisión de delegados sin la intervención de otras autoridades gremiales.

En las Tablas 16 y 17 ya mencionadas puede verse que la Unión Obrera Textil es el ente iniciador de ocho denuncias sobre un total de 14 de esa actividad industrial, y también que de 35 denuncias de establecimientos metalúrgicos 28 fueron presentados por la Unión Obrera Metalúrgica (UOM). Al considerar el motivo de la denuncia decidimos mantener las palabras usadas en la carátula del expediente. Esto hace que algunos motivos no difieran esencialmente de otros y quizá pudieran ser agrupados todos en tres o cuatro tipos principales. Mantuvimos sin embargo los términos de los demandantes para presentar más completa la gama de motivos. Por esto mismo también se considera para cada expediente, más de uno, si así figuraba en la carátula, lo que era frecuente. Véase que para la muestra de 73 trámites se contabilizan 113 motivos.

El caso “L” —otras faltas de higiene— era lo mencionado, después de otros motivos más definidos.

Motivo de denuncia

En la Tabla 18 se destaca la importancia de los motivos: A) Falta de higiene ambiental (alude a gases, polvos, etc.); G) Comprobar insalubridad; B) Carencia de agua caliente/fría; y F) Falta de seguridad. Los motivos A y G, solamente, llegan al 48,6% del total.

El número de empleados de cada establecimiento no figura en el expediente y pudo conocerse consultando directamente a la firma correspondiente. Solo en 51 de los 73 casos se obtuvo ese dato. Merece destacarse la alta proporción, en estos casos, de industrias con más de 50 empleados (Tabla 19). No puede concluirse de estos datos cuál de estas posibilidades es la más frecuente:

- 1) Los establecimientos con más personal tienen más problemas.
- 2) La organización interna del personal los lleva a denunciar la situación sanitaria de su ambiente laboral.

Tabla 17. Número de industrias involucradas, discriminadas por rubro.

Industrias por rubro	N°
Metalúrgica	35
Textiles	14
Papel y cartón	4
Pinturas	3
Maderas	3
Químicas	3
Cemento	2
Plásticos	2
Caucho	1
Vidrio	2
Cuero	1
Vestido y Afines	2
Chacinados	1

Tabla 18. Motivo de denuncia por tipo de industria.

Industrias	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	Total
Metalúrgicas	17	4	-	2	3	9	15	-	-	-	1	1	52
Textiles	5	5	4	1	3	-	-	1	2	-	1	1	23
Papel	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2
Pinturas	2	2	1	-	1	1	2	-	-	-	-	-	9
Maderas	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3
Químicas	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	4
Cemento	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2
Plásticos	1	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	1	6
Caucho	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Vidrio	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Cuero	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Vestido	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
Chacinados	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	3
Total	28	16	6	4	10	12	27	1	2	1	2	4	113

Motivos de denuncia: A= Falta de higiene ambiental; B= Carencia de agua caliente/fría; C= Insuficientes retretes y cofres; D= Deficiente instalación eléctrica; E= Deficientes baños y vestuarios; F= Falta de seguridad; G= Comprobar insalubridad; H= Aislar duchas de retretes; I= Falta de toallas y jabones; J= Aislar vestuarios de lugar del trabajo; K= Deficiencias en los techos; L= Otras faltas de higiene.

Tabla 19. Número de empresas según cantidad de empleados.

Industrias	Cantidad de empleados				Total de empresas
	1 a 10	10 a 50	50 a 100	Más de 100	
Metalúrgicas	4	6	6	10	26
Textiles	2	4	2	2	10
Pinturas	-	2	-	-	2
Plásticos	-	-	-	2	2
Químicas	-	-	1	2	3
Papel	-	-	-	2	2
Vestido	1	-	-	-	1
Caucho	-	-	-	1	1
Cemento	-	-	1	1	2
Vidrio	-	1	-	-	1
Chacinados	-	1	-	-	1

Pensamos que no son excluyentes sino por el contrario que la conjunción de ambas posibilidades es la que permite iniciar estos trámites.

Tal como indicamos al comienzo este estudio está hecho sobre trámites que ya están en archivo, por lo tanto, se consideran concluidos. Los resultados se exponen a continuación:

- 1) En el 62,6% de los casos se consiguió corregir la situación, es decir, adecuar el establecimiento con las normas legales vigentes o bien los estudios técnicos realizados indicaron que no existía condición de insalubridad, lo que garantizaría la buena condición sanitaria del ambiente laboral. Sin embargo, esto último puede ser considerado no valedero en todos los casos, puesto que de una primera inspección se indica la necesidad de efectuar un estudio ambiental (es decir, tomar las muestras correspondientes, o hacer las mediciones de calor, temperatura, etcétera, que requieren instrumental específico). Se procede entonces a realizar este estudio ambiental donde participa otro ente de este ministerio. Frecuentemente tanto el acta inicial como el posterior estudio no abundan en detalles. Verificar la condición de insalubridad no es en ningún caso un mero hecho técnico. Debe describirse en detalle: el ambiente, los equipos, la ventilación, luz, y la impresión que provoca esa área en el inspector, dado que es un funcionario adiestrado en observar lugares de trabajo. Las muestras tomadas o las mediciones practicadas, no son datos aislados que están por debajo o por encima de determinados índices normalizados, sino que deben integrarse con todos los demás datos de ese ambiente en estudio como ser: simultaneidad de tareas, modificación de tareas, variaciones en el número de operarios presentes, concurrencia de otros factores distintos del específico en estudio, pseudomodificaciones paliativas que pueda poner transitoriamente en práctica la empresa; lugar de toma de muestra o de registro y su relación con la posición real del obrero, etcétera.
- 2) En el 9,7% de los casos no se corrigieron las deficiencias.
- 3) En el 15,2% de los casos se corrigió parcialmente o bien el resultado final del trámite es poco claro.
- 4) En el 12,5% de los casos durante la tramitación la firma desapareció o cerró.

Aun si consideramos correctos todos los resultados del punto 1, los puntos 2, 3 y 4 son en conjunto el 27,4% de los casos. Está establecida la aplicación de sanciones frente al incumplimiento de las leyes que fijan las condiciones de seguridad e higiene laborales. Sobre los 73 casos estudiados en 28 de ellos se dieron plazos para adecuarse a las normas; en cinco casos se llegó a aplicar multas (se llega a la multa, en general, luego de vencidos los plazos prefijados al no dar cumplimiento a lo indicado); y hubo un único caso de clausura.

Un dato revelador de la pobre intervención estatal para atender a las necesidades de los trabajadores es el tiempo de tramitación:

Tiempo promedio de tramitación: 745 días.

Tiempo mínimo encontrado en la muestra: 180 días.

Tiempo máximo encontrado en la muestra: 2.300 días.

Queda así expuesto para la provincia de Buenos Aires, el deterioro de la función de policía en lo concerniente al control sanitario del ambiente laboral.

QUE ES LA SALUD?

LA SALUD ES UN ESTADO DE BIENESTAR



FISICO



SOCIAL



MENTAL

DEL INDIVIDUO

Experiencias y reflexiones sobre salud y trabajo

Secretaría de Trabajo, provincia de Santa Fe

Con motivo de la inauguración de las Jornadas Nacionales de la Medicina del Trabajo, a realizarse en la ciudad de Buenos Aires los días 1, 2 y 3 de noviembre próximo y atento a la indispensable necesidad de coadyuvar al establecimiento de las condiciones mínimas de seguridad para el desarrollo de las tareas laborales, este organismo de trabajo de la provincia de Santa Fe cree oportuno efectivizar algunas consideraciones relativas al logro de ese objetivo, destacando a la vez la colaboración recibida al respecto por la División de Higiene y Seguridad Industrial del Ministerio de Bienestar Social de la provincia, Facultad de Bioquímica de la ciudad de Rosario, Facultad de Ingeniería de la ciudad de Santa Fe, como así también las respectivas municipalidades de las mencionadas ciudades.

La tecnología moderna ha repercutido en aspectos no solo de la seguridad e higiene del trabajo en general, sino también en las consecuencias que apareja la era nuclear y el advenimiento de la automatización, así como sus implicancias en la formación profesional y el uso del tiempo libre.

No obstante, esta innegable realidad, en el campo de la captación normativa no se ha operado la reciprocidad necesaria que asegure el efectivo cumplimiento de aquellas experimentaciones, ya indispensable para el positivo desarrollo de las relaciones de trabajo, por lo que se tornará indispensable dentro de las conclusiones de estas jornadas aconsejar fundamentalmente la sanción de normas pertinentes que capten todo ese rebasamiento de la realidad práctica.

La legislación laboral y la aplicación que de ella hacen los organismos competentes, debe merecer especial dedicación de parte de los gobiernos populares, toda vez que la clase trabajadora juega un papel protagónico en el proceso revolucionario de reconstrucción y liberación nacional.

El derecho del trabajo ha sido tradicionalmente la expresión jurídica de las relaciones de producción asentadas en la explotación de las fuerzas de trabajo. No solo implica la legalización de esa explotación; también indica el permanente acondicionamiento y la limitación de aquella, mediante fórmulas que la tornen más soportable.

En nuestro país se conoció esta fase jurídica en la legislación adaptadora en las instituciones fundamentales del derecho, venida de la tradición romana. Pero esta etapa precursora hizo su historia hasta la irrupción de la política laboral implantada a partir de 1944, en la gestación del movimiento peronista y el primer gobierno

justicialista. El ámbito de trabajo constituyó uno de los pilares fundamentales en los cuales se asentó el proceso de creación y consolidación del movimiento obrero organizado, concretando una acción auténticamente revolucionaria.

Los derechos de los trabajadores configuraron un marco de la nueva sociedad puesta en marcha. La magnitud y efectividad de aquellos derechos, el desarrollo del mecanismo creador como el de los contratos colectivos, constituyeron, entre otros, los aportes originales que encuadraron la participación de la clase trabajadora en la riqueza nacional y el poder político.

Finalmente, esa importancia prioritaria asignada por el justicialismo al trabajo y a las relaciones que este genera alcanzó consagración constitucional en 1949.

La máxima jerarquía institucional fue otorgada a la dimensión político-social de una acción de gobierno inspirada en obtener el imperio de la justicia social, como medio para superar la concesión abstracta del hombre político y obtener el desarrollo dinámico y armónico del pueblo.

El golpe de estado de 1955, no solo implicó el eclipse de la libertad y el desmedro de la soberanía, sino el comienzo de un retroceso en las conquistas de los trabajadores y en su participación individual y colectiva de la cosa pública.

La normativa actual es propia de la sociedad capitalista que vivimos, por ello toma real importancia la efectivización de jornadas de esta naturaleza por cuanto posibilitan el reencuentro con aquellas sistemáticas de trabajo interrumpidas por el hecho señalado.

Entrando específicamente en materia, podemos decir que por Ley provincial 2426 del 2 de enero de 1935 fue creado en nuestra provincia el Departamento Provincial del Trabajo, que sería el encargado del control de la aplicación de las leyes laborales. Las posteriores creaciones de la Secretaría de Trabajo y Previsión y luego el Ministerio de Trabajo determinó el pase de dicho control a esas dependencias, retrotrayéndose nuevamente a la provincia dichas tareas con las leyes números 2634/58 y 6942 del 14/5/73.

Por otra parte, en el año 1951 el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social crea la Dirección de Higiene y Seguridad del Trabajo.

Los organismos precitados hasta el año 1960 trabajan independientemente en lo relativo a salud y trabajo, hasta la aparición de la Resolución 1255 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) que establece la colaboración en el área de la salud ocupacional. Dicha colaboración se sentó en algunos supuestos especiales:

- a) Evitar el subuso de los recursos humanos que la provincia disponía en materia de higiene y salubridad.
- b) Aprovechamiento integral de las estructuras de ambos organismos, fundamentalmente técnico-instrumentales por parte de Salud Pública y político-administrativo del organismo de trabajo.
- c) Se estimó que las ópticas distintas de cada organismo —por su particular misión— confluirían en una sola en que se verían beneficiadas no solo la parte trabajadora sino también la empresa y por ende la sociedad, destinataria final de la acción de ambos.

La continuidad de las relaciones mancomunadas —que pusieron de manifiesto lo acertado de las suposiciones— fue acompañada por una mayor compenetración funcional de ambos organismos y el crecimiento de un interesante instrumental de campo dentro del organismo de salud.

La gestión técnica, principalmente en lo que a evaluaciones ambientales se refiere, abandona la línea tradicional en el país y se ajusta a la mejor información disponible. Es así que los riesgos químicos son medidos e interpretados a la luz de las máximas concentraciones permisibles y volcados a la parte reglamentaria como sucede con el Decreto 459/64.

En cuanto a los riesgos físicos y aplicando el mismo criterio se comienza a partir de 1962 con la evaluación de la carga térmica de la aplicación del balance energético acompañado de un grupo adicional de interpretaciones puesto que en definitiva eran distintos métodos de interpretación de la misma información básica.

En materia de “ruidos” Santa Fe se está manejando con los 85 dB “A” como nivel superior permisible sin la utilización de protección acústica.

A partir de 1970, dentro de la División de Higiene y Seguridad se crea la sección de radiofísica sanitaria —primera al nivel provincial— para la atención de los problemas emergentes del uso de equipamiento y/o productores de radiaciones ionizantes. De este modo la provincia cubre aceptablemente la evaluación de riesgos físicos y químicos.

Prácticamente, y desde el inicio de la gestión conjunta, hubo una división del trabajo, donde Salud Pública realiza evaluaciones ambientales, corriendo por cuenta del organismo del trabajo el resto de la gestión. Resulta interesante resaltar que esta tesitura es la que en cierto modo ha adoptado la Ley 20524 o Ley de Ministerios, conforme surge del artículo 17 incisos 6) y 8), y el artículo 18 inciso 16) que a continuación transcribimos:

Compete al Ministerio de Trabajo:

Inc. 6) El dictado de normas legales y la fiscalización de las existentes referidas a higiene, seguridad, salubridad o insalubridad en los lugares de trabajo.

Inc. 8) La intervención en los estudios relacionados con la salud del trabajador en coordinación con el Ministerio de Bienestar Social, las Asociaciones Profesionales de Trabajadores con personería gremial y la Confederación General del Trabajo.

Compete al Ministerio de Bienestar Social:

Artículo 189, inc. 16) El estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar o donde se realicen tareas de cualquier índole o naturaleza con la presencia circunstancial o permanente de personas físicas debiéndose asimismo fijar las normas reglamentarias sobre Medicina del Trabajo.

Importa señalar que esta acción conjunta no es común en la gestión de organismos oficiales, puesto que en general se da la superposición y muchas veces la contraposición entre organismos del Estado trabajando en el mismo tema, con la aclaración

de que esto no ocurre solo en nuestro país.

En ese sentido se han logrado acciones consolidadas —por parte de nuestros organismos— fundadas en:

- 1) *Uniformidad* de los consejos, normas y recomendaciones.
- 2) *Confiabilidad* de las evaluaciones basadas en estudios técnicos y experiencias maduradas.
- 3) *Claridad* informativa.
- 4) *Aceptabilidad* de las recomendaciones expresadas en el lenguaje adecuado.
- 5) *Practicabilidad* de las recomendaciones, es decir, que sean económicamente factibles y que en no pocos casos admita *progresividad en las soluciones*. Probablemente por ello y desde hace ya muchos años nuestra provincia —marcadamente industrializada— prácticamente no ha perdido vías de trabajo que se deriven de planteos basados en cuestiones de higiene y seguridad ocupacional.

La aceptación de la acción conjunta ha sido alentadora, cuando se piensa que todos los dictámenes producidos han sido aceptados por las partes, sobre todo si se compara con experiencias anteriores donde de cada tres dictámenes uno era apelado por la parte obrera y otro por la parte empresaria.

La aceptación de esta realidad práctica no ha sido llevada al campo de la normatividad, lo que ha ocasionado el sostenimiento del criterio de la prescindibilidad legislativa basada en una gestión con capacitación dinámica de los profesionales intervinientes. Esto es algo que los usuarios de los servicios de higiene y seguridad aprecian en su justa medida. Lo que pone de relieve nuevamente las necesarias recomendaciones respecto a la normativización de todas estas incuestionables realidades prácticas por cuanto el encuadramiento legal completa la necesaria firmeza y exigibilidad que debe acompañar a todo el accionar del hombre.

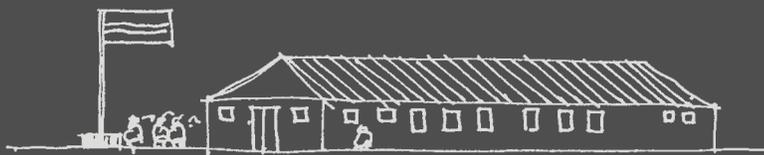
Asimismo hacemos notar que los distintos profesionales que actúan en el área de esta competencia, paralelamente desarrollan sus actividades en la docencia a nivel universitario y profesional técnico, trayendo esto como consecuencia un nivel académico más elevado que luego se vuelca en la parte práctica diaria, permitiendo a la vez que al llevar su experiencia práctica a la universidad esta se haga sobre la base de una información que emerge de nuestra realidad y no tanto de lo que sucede en otros países. Todo esto hace que la calidad de los servicios puede estimarse aceptable, si bien no sucede lo mismo con la cantidad en la prestación, y en esto sí se está en mora, dejándose perfectamente aclarado que no obstante ello el campo de accionar puede ampliarse considerablemente conforme al apoyo que para ese objetivo se reciba.

La experiencia expuesta puede ser observada a través de ópticas distintas, pudiendo ser estas reflexiones materia de ardua discusión, lo que, por otra parte, es deseable por cuanto permitirá la ampliación de nuestros conocimientos. Por lo expuesto de esas jornadas solicitamos:

- 1) La adecuación de las pautas necesarias con el objeto de efectivizar la medicina del trabajo, a través de la labor prioritaria de los órganos laborales en el aspecto político-administrativo y la colaboración estrecha en la faz técnico-instrumental de los distintos órganos nacionales, provinciales y municipales con competencia, buscando el aprovechamiento integral de los elementos técnicos existentes en los organismos citados, a través de acciones mancomunadas.
- 2) Política de capacitación integral de los extremos de la relación laboral obrero-empresaria.
- 3) Encuadramiento legal de las experiencias practicadas señaladas y efectivización de una política permanente de encuadramiento de esta naturaleza.
- 4) Desarrollo de métodos de capacitación permanente del personal técnico de esta área.
- 5) Acentuar conceptos de que, en esta esfera, ni en ninguna donde el eje sea la persona humana puedan tener asidero pautas que permitan la conceptualización del cambio salud por dinero.
- 6) Participación efectiva de la clase trabajadora en la conducción de las normas de esta materia, haciendo que la misma sea parte activa del proceso.

● EDUCACION

- manejada por el pueblo
- por una autentica cultura nacional



Anteproyecto del estatuto del obrero minero

Asociación Obrera Minera Argentina

Fundamentos de ley

Honorable Cámara:

La sanción de leyes y en general cualquier tipo de normas que tiendan a mejorar la situación de quienes trabajan, que tiendan a dignificar a la clase obrera, siempre reconocen su origen en una realidad injusta y en un anhelo de superación plenamente válido. Todo lo que pueda hacerse desde los distintos estamentos de los poderes públicos en favor de la clase trabajadora es una contribución directa al bienestar social, a la elevación cultural, en definitiva, a la liberación del hombre.

No obstante, todo lo que se ha dicho precedentemente, multiplica su sentido si nos referimos a los trabajadores mineros. Este sector de la población laboriosa que, en nuestro país, y en todos los países del mundo realiza tareas duras, más penosas y riesgosas y como un contrasentido, provee a las naciones de los más preciados recursos económicos y estratégicos. No es gratuito decir que tras cada trozo de piedra mineral arrebataado a la madre tierra, hay un camino sembrado de sufrimientos, de penurias y, por qué no también, de vidas.

Nuestro suelo brinda diariamente una increíble riqueza minera al patrimonio nacional. Y cuando la nación ingrese decididamente en la senda del desarrollo económico, cuando el gobierno popular ponga en marcha y en manos argentinas todos los resortes de la economía, ese aporte del suelo mineral se multiplicará. En esta etapa actual y en la que se ha de iniciar en poco tiempo más, debemos reservar un papel fundamental al obrero minero. En observaciones de ese recaudo ineludible es preciso crear los dispositivos legales necesarios para que los mineros argentinos alcancen de una vez y para siempre un nivel de dignidad acorde con la nueva realidad de nuestra patria.

El proyecto de ley que se propone hoy a consideración del Congreso Nacional, intenta humildemente reparar de alguna manera el daño causado a miles de familias mineras argentinas, desterrando la injusticia que ha campeado sobre todas y cada una de las explotaciones mineras. Intentaremos brevemente plantear un cuadro de

situación de los mineros argentinos, que por sí solo será fundamento suficiente para el articulado que se propone.

Por encima de toda la explotación minera, ya sea la extracción del mineral en los yacimientos, a rajo abierto o en galerías subterráneas o en la elaboración industrial de los minerales, se extiende como una realidad concreta el fantasma de la vejez prematura y la enfermedad incurable. El obrero minero argentino trabaja en todas y cada una de las ramas de la actividad en medio de un clima de innegable insalubridad. Resulta muchas veces que la sola mención de las jubilaciones de los trabajadores mineros se convierte en una broma trágica. Son tan pocos los mineros que alcanzan ese beneficio en este país.

Hay increíbles cantidades de estadísticas sobre los estragos que la minería causa en la salud de sus trabajadores. Solo citaremos un ejemplo: en la cantera de granito del Ferrocarril Mitre, sita en la ciudad de Alta Gracia, en Córdoba, en una inspección médica realizada por la cátedra de Tisiología de la Universidad de Córdoba, sobre 75 obreros entre 20 y 45 años, el 50% había contraído silicosis, una de las formas de la neumoconiosis, enfermedad pulmonar incurable que exige el apartamiento inmediato del obrero del centro polígono so pena de dejar en el mismo la vida. La estadística citada es de 1971.

Esta situación de insalubridad es la nota más importante a tener en cuenta en cualquier intento de modificar en sentido progresivo las condiciones de trabajo de los mineros argentinos, y es por ello que ocupa un lugar fundamental en el proyecto el aspecto de protección e higiene industrial, concatenando con la reducción de la jornada que es la institución que el derecho del trabajo ha creado universalmente para limitar la asociación del trabajador con la fuente productora de elementos patógenos. Asimismo, se ha propuesto reducir el período de prestación de servicios asegurando un retiro, si se quiere *ante tempus*, para asegurar de algún modo la posibilidad del goce de los beneficios del retiro.

Otra de las características del trabajador minero es el desarraigo de sus lugares de origen, llevado a puntos alejados, disociado de la vida de relación, distanciado de esparcimientos y muchas veces también lejos de su familia. Es preciso entonces cuidar y mantener la unidad familiar, preservar la posibilidad de que el obrero realice actividades sociales, de conjunto, promover su acceso a actividades que no lo lleven a mal aprovechar su tiempo libre.

En ese sentido el proyecto quiere que en torno de las explotaciones alejadas de centros urbanos se posibilite el traslado del obrero con su familia, asegurando a esta una vivienda, una escuela, un centro sanitario, en fin, una vida digna.

Un tercer aspecto fundamental que ingresa con este proyecto es proteger legalmente al obrero minero contra la burla que supone hacerle creer que es un trabajador independiente. Mediante la firma de burdos contratos donde se pretende dar al trabajador el carácter de falso empresario y en consecuencia negándole el cumplimiento de las leyes y normas sociales. Esa verdadera lacra que existe en gran cantidad en las explotaciones mineras desaparecerá con el proyecto. Tal protección legal se completará —además de la prohibición de los contratos— con la bolsa de trabajo, que permitirá un control adecuado a la forma en que se va prestando el

servicio y la situación de salud de cada obrero minero a través del servicio de control que nacerá con la misma bolsa.

Un cuarto y último aspecto fundamental es, que se tiende con este proyecto a avanzar hacia el sistema más deseable de todos en cuanto a la duración del contrato de trabajo que es el de la estabilidad absoluta. Por ahora se recoge la gratificante experiencia de la Ley 18598 del régimen bancario que incorpora un sistema mixto bastante aceptable por sus principios y sus resultados.

En términos generales se continúa luego con los sistemas adoptados por el común de nuestra legislación laboral para el resto de los institutos del contrato de trabajo, atento a sus buenos resultados. De todas maneras, la adopción de tales normas en el caso del trabajador minero significará sin lugar a dudas un increíble progreso social de un importante sector de los trabajadores argentinos.

Al preparar este proyecto, que es el resultado de la experiencia directa de largos años, adquirida por el conjunto de los obreros argentinos nucleados en la Asociación Obrera Minera Argentina, de cuyo seno nace este intento, no se ha deformado un ápice la realidad de los mineros de este país, ni se han buscado soluciones ajenas a las circunstancias actuales de aquellos a quienes va dirigido. La nueva perspectiva histórica que vive la patria, debe dar respuesta al imperativo que plantea el marginamiento de un importante grupo de obreros argentinos. Y esa respuesta debe ser positiva, rápida y categórica. Pensando que este proyecto se acerca a ese desiderátum, es que ha sido tratado y redactado, y confiando en que su espíritu será comprendido y su articulado mejorado, es que es presentado al Congreso de la Nación.

Proyecto del estatuto del obrero minero

TÍTULO PRELIMINAR: PARTE GENERAL

CAPÍTULO I - De las disposiciones generales:

Art. 1. El presente Estatuto rige la regulación de la relación laboral dependiente de los trabajadores —obreros y empleados— de la industria minera de todo el país, que realice en forma regular y mediante retribución pecuniaria, las labores inherentes a esa actividad.

Asimismo, establece los regímenes de seguridad industrial y seguridad social de la industria minera y sus trabajadores.

Art. 2. Considérense comprendidos en el presente estatuto todos los trabajadores que presten servicios en la industria minera, aun cuando su labor específica pueda encuadrarse en una actividad comercial o industrial no minera.

Art. 3. Son establecimientos de la industria minera a los fines de la presente ley: las fábricas de cemento portland, cemento blanco y especiales, molienda de minerales, piedra, mica, balastro, pedregullo, amianto, cal, arcilla, carbón, carbón de coque, huesos, molienda de cualquier mineral destinado a la fabricación de pinturas, fábricas de yeso, de piedra esmeril y otros abrasivos; fábricas de cal, canteras de caliza, granito, arena, canto rodado, mármol, arcilla, conchilla, alabastro y todo tipo de piedra; explotación extractiva de

yacimientos minerales, ya sea en galerías subterráneas o rajo abierto. Comprende también el envase de los productos antes citados. La enumeración precedente es meramente ejemplificativa.

Art. 4. El presente Estatuto comprende las fases de extracción y elaboración de la industria minera y la comercialización solo cuando esta última se realice por el productor.

TÍTULO PRIMERO: CONTRATO DE TRABAJO

CAPÍTULO I - De las condiciones generales

Art. 5. Este Estatuto ampara a los trabajadores que efectivamente prestan servicios en forma subordinada para el propietario de la mina, cantera o fábrica; no admitiéndose que el propietario pueda locar, contratar o subcontratar la explotación. A tales fines se entiende como propietario al que tenga el dominio de la mina, cantera o fábrica y realice la explotación en forma autorizada o el que se encuentre habilitado para su explotación.

El que explote una mina, fábrica o cantera deberá ofrecer y depositar fianza real que garantice la retribución de los servicios prestados por su personal. La autoridad minera, dentro de su respectiva jurisdicción, determinará la forma y el monto en que se otorgará la fianza.

Art. 6. Queda prohibida la remuneración a destajo del trabajador minero bajo cualquier forma.

Art. 7. A los fines de la fijación de las escalas salariales, así como la determinación de las condiciones de trabajo, no previstas en el presente Estatuto, se establece que continuarán en vigencia las convenciones colectivas de trabajo que a la fecha de la sanción de esta ley rigen las cuatro ramas de la industria minera.

CAPÍTULO II - De la estabilidad

Art. 8. Los trabajadores de la industria minera adquieren derecho a la estabilidad por el solo hecho de comenzar la prestación efectiva de sus servicios. Empero, durante los primeros noventa días de la prestación, la empleadora podrá modificar su categorización o puesto de trabajo hasta que se fije la ubicación definitiva del dependiente.

Art. 9. El contrato de trabajo minero no podrá ser disuelto en forma unilateral por la empleadora a menos que exista causa justa, considerándose como tal a la que provenga de hechos que signifiquen:

- a) Daños a los bienes de la empleadora producidos por el dependiente en forma dolosa;
- b) Todo acto de fraude en perjuicio de la empleadora o abuso de confianza, siempre que medie sentencia judicial;
- c) Negociación por cuenta propia o ajena sin permiso del empleador y que afecte a los intereses de este;
- d) La comisión de delitos en contra de la empresa.

Art. 10. Si la pretendida justa causa que se invocara para disponer la rescisión del contrato fuera objetada por el trabajador en juicio y la sentencia no la tuviera por acreditada, el acto del despido será tenido por nulo.

En todos los casos en que se declara la nulidad del despido efectuado por la empleadora y siempre que la acción haya sido deducida por el trabajador dentro de los 60 días de la fecha en que se hubiera dispuesto el mismo, los efectos de la sentencia se retrotraerán al momento desde el cual hubiera operado ese despido.

Si la acción no se hubiera deducido dentro del referido lapso, los efectos de la sentencia se retrotraerán al día en que hubiera sido entablada la demanda.

En ambos supuestos la empleadora deberá abonar las remuneraciones que hubiera debido percibir el trabajador durante la sustentación del proceso.

Art. 11. Si se presentara la situación prevista en el artículo anterior y la empleadora no posibilitara que el trabajador reasuma sus tareas, este tendrá derecho a percibir el resarcimiento que se establece, conforme a las siguientes circunstancias:

- a) Cuando la antigüedad en el empleo sea inferior a cinco años, el importe equivalente a un mes de sueldo por cada año de servicio o fracción superior a tres meses;
- b) Cuando la antigüedad en el empleo fuera mayor de cinco años e inferior a 25 años, el importe equivalente a un mes y medio de sueldo por cada año de servicio o fracción mayor de tres meses;
- c) Cuando la antigüedad en el empleo fuera de 25 años o más el importe equivalente a dos meses de sueldo por cada año de servicio o fracción mayor de tres meses.

A los fines antes indicados se tendrá por “mes de sueldo” la cantidad que le hubiere correspondido percibir al trabajador de haber prestado servicios en el primer mes íntegro computado desde el día en que hubiera debido reanudar sus tareas.

Art. 12. De producirse el cese de las actividades de la empleadora, cualquiera sea la causa, y siempre que no obedeciere a actos fraudulentos o dolosos, los trabajadores afectados por ese cese percibirán una cantidad igual a la mitad de lo que les hubiere correspondido en caso de despido incausado conforme a lo prescripto anteriormente en los incisos a), b) o c) del artículo 11, según sea la situación en que se encuentre. Si el caso fuera motivado por actos fraudulentos o dolosos de la empleadora, deberá abonar el total de lo que hubiera correspondido pagar por incumplimiento de la sentencia que tuviera por nulo el acto del despido.

Art. 13. El derecho a la indemnización por antigüedad subsiste para el trabajador minero aun en el caso de cesión o cambio de firma, falencia o concurso del empleador, en la forma prevista en el artículo 11. En caso de fallecimiento del trabajador la empleadora abonará a los derechohabientes una indemnización igual al cincuenta por ciento de la precitada.

Art. 14. Todo trabajador minero que tenga una antigüedad mayor de cinco años en una empresa, tendrá derecho, en caso de retiro voluntario, a percibir una indemnización igual a quince jornales por cada año de antigüedad, y hasta un máximo de veinte años, debiendo tomarse como base el jornal del último mes trabajado. El dependiente que omita preavisar al empleador su retiro no gozará de este beneficio.

El trabajador minero que se retire voluntariamente está obligado a preavisar a su empleador con un mes de anticipo si su antigüedad es menor de cinco años y con dos meses de anticipo si su antigüedad es mayor.

El patrón no podrá dispensar a su dependiente de la obligación de preavisar.

CAPÍTULO III - Del trabajo de mujeres y menores

Art. 15. Queda prohibido el trabajo de mujeres y menores de 18 años en cualquier tarea de extracción y elaboración de minerales. Queda prohibido a los menores de 18 años y mujeres la prestación de servicios en la industria minera, cualquiera sea su índole, en horarios de 20 a 6 horas.

Art. 16. Las mujeres percibirán igual jornal que los hombres.

CAPÍTULO IV - De la jornada

Art. 17. La jornada del trabajador minero será de seis horas diarias y en ningún caso superior a las 33 horas semanales.

Los trabajadores mineros de todo el país tienen derecho a percibir una remuneración adicional del nueve con una décima por ciento sobre el jornal diario en concepto de retribución por "sábado inglés".

Art. 18. Los trabajadores mineros que presten servicios en ambientes pulviferos, o en yacimientos ubicados a más de tres mil (3.000) metros sobre el nivel del mar, y/o con climas extremos y/o difícil acceso y alejados de centros poblados de modo que exijan el extrañamiento de los trabajadores del lugar de residencia de su familia, aun cuando sea por lapsos semanales, trabajarán una jornada reducida de cinco horas. Igualmente será de cinco horas la jornada de los trabajadores que laboren en horario nocturno entre 20 y 6 horas.

Art. 19. El trabajador minero gozará de un descanso semanal desde el mediodía del día sábado y hasta las 24 horas del día domingo, salvo en aquellos casos en que la industria exija una continuidad inexcusable por la naturaleza de la explotación.

Art. 20. El régimen de jornada y descansos establecidos en los artículos anteriores, no admitirá excepciones, ni aun en el caso debidamente comprobado del trabajo por equipos. Para este caso la industria que por su naturaleza deba ser continua mantendrá tantos trabajadores o equipos de trabajadores como sean necesarios para asegurar los relevos por descansos semanales y/o ausencias justificables.

Art. 21. El presente Estatuto prohíbe la prestación de trabajos en horas extras o días de descanso. Ello solo se admitirá en casos debidamente comprobados y notificados a la autoridad administrativa, de accidentes, estrago, daño inminente o necesidad urgente de reparaciones que aseguren la continuidad del trabajo. En esa eventualidad los trabajadores convocados para esa tarea extraordinaria serán remunerados conforme al salario respectivo y, además, dentro de la semana gozarán de un descanso compensatorio similar a la cantidad de horas extras trabajadas.

Art. 22. Se considera que el trabajador ha cumplido jornada completa y con derecho a percibir el jornal íntegro, cuando una vez iniciada la tarea esta deba suspenderse por razones ajenas al dependiente. En el caso de que el trabajador se presente a tomar servicio y por causas que le sean ajenas no pueda hacerlo, sin haber sido notificado para lo contrario con anticipación por la empresa del impedimento, tendrá derecho a la percepción de medio jornal.

CAPÍTULO V - De las vacaciones

Art. 23. Los trabajadores mineros gozarán de vacaciones anuales obligatorias remuneradas conforme a la siguiente escala: 30 días por año con una antigüedad de hasta cinco años; 32 días con una antigüedad de hasta diez años; 34 días con una antigüedad de hasta quince años, y 40 días con una antigüedad mayor de quince años.

Art. 24. El empleador deberá abonar los jornales correspondientes a las vacaciones en el momento en que este período se inicia, estableciéndose a esos fines el día lunes.

Las vacaciones no son reemplazables por su pago en dinero y deberán gozarse entre el primero de octubre y el treinta de abril subsiguiente.

Art. 25. Establécese el día 28 de octubre de cada año como "Día del Obrero Minero". Esa jornada será no laborable y paga, manteniéndose los turnos como en días feriados.

CAPÍTULO VI - De las suspensiones

Art. 26. El trabajador minero no podrá ser suspendido por ninguna causa en sus tareas sin retribuciones, por un período mayor de treinta días en un año calendario. En caso de superar ese margen, el trabajador podrá considerarse en situación de despido. Las suspensiones deberán notificarse por escrito y estar fundadas.

Art. 27. En caso de suspensiones por disminución de trabajo la empleadora deberá comenzar a aplicar la medida a los operarios menos antiguos de cada sección.

Art. 28. En caso de servicio militar el trabajador minero conservará su puesto debiendo reincorporarse a los treinta días de producida su baja. En ese período percibirá una remuneración igual al veinte por ciento del jornal diario, multiplicado por veinticinco, por cada mes que dure su servicio.

CAPÍTULO VII - De los accidentes y enfermedades

Art. 29. En caso de accidente de trabajo o enfermedades contraídas con motivo del trabajo o de las que este haya sido coadyuvante o desencadenante, se aplicarán todas las disposiciones contenidas en la Ley 9688 y sus modificatorias. Sin perjuicio de ello se establecen para el presente Estatuto las siguientes normas especiales:

a) El empleador abonará el jornal completo a los trabajadores a partir del primer día del infortunio;

b) A los fines del cálculo de las indemnizaciones emergentes de la aplicación de los incisos a), b) y e) del Art. 89 de la Ley 9688 y sus modificatorias, se tomará el jornal o su equivalente vigente al día en que se determinó la incapacidad. Ese jornal se multiplicará por mil y sobre el monto que arroja esa operación se aplicará el porcentaje de las incapacidades respectivas.

c) Sin perjuicio de lo establecido en el inciso anterior, el trabajador siniestrado o sus derechohabientes podrán optar por la acción de indemnización especial de la referida ley o por las que pudieren corresponderles según el derecho común. Empero, ambas acciones son excluyentes y la iniciación de una de ellas importa la renuncia a los derechos que por ejercicio de la otra pudieran corresponderle. No obstante, los jornales que en concepto de indemnización por incapacidad temporal hubiera percibido el trabajador, no impide la opción por la acción de derecho común respecto de la incapacidad definitiva.

Art. 30. Los accidentes o enfermedades no producidos o contraídas con motivo o en ocasión del trabajo, que obliguen al trabajador minero a interrumpir la normal prestación de sus tareas, no le privarán del derecho de percibir sus retribuciones mientras dure el impedimento para trabajar hasta un lapso máximo de tres (3) meses si su antigüedad es de hasta tres años, de seis (6) meses si es de hasta seis años y de un año si es mayor de seis años. En estos casos la retribución será la vigente al momento del pago calculado sobre la base de 25 días mensuales.

Si el impedimento se extendiera más allá de los lapsos fijados en el párrafo anterior, el trabajador conservará por un nuevo plazo de un año el derecho a su empleo sin percibir remuneración alguna. Vencido ese plazo de espera y no pudiendo el trabajador reincorporarse, tendrá derecho a percibir la indemnización que fija el artículo 119 inc. a), b) y c) de esta ley, reducida en un cincuenta por ciento. El derecho a la referida indemnización subsistirá, aunque no se haya cumplido el plazo de un año.

CAPÍTULO VIII - De la Bolsa de Trabajo

Art. 31. Créase por este Estatuto la "Bolsa de Trabajo del Obrero Minero". Esta bolsa de trabajo, para el personal comprendido en el presente Estatuto, dependerá de la Asociación Obrera Minera Argentina y tendrá las atribuciones, organización y funcionamiento que se establecen en el presente capítulo. Su jurisdicción alcanzará a todo el territorio de la nación y será ejercida por la asociación profesional mencionada y sus respectivas seccionales.

Art. 32. Son funciones de la bolsa de trabajo:

- a) Inscribir en las respectivas listas y por especialidades el personal que desee obtener trabajo para las correspondientes actividades.
- b) Verificar la identificación personal y profesional de los aspirantes a obtener trabajo.
- c) Confeccionar las listas del personal disponible, conforme con las respectivas especialidades, observando el orden de inscripción y de referencia.
- d) Disponer la realización, mediante instituciones nacionales, provinciales o comunales, de un examen psicofísico completo de cada aspirante, con lo que se formará una carpeta de antecedentes de cada uno.
- e) Llevar un registro de empleadores de la actividad comprendida por este Estatuto.
- f) Llevar estadística del personal contratado y disponible que permitan regular la promoción de la oferta y demanda de mano de obra.

Art. 33. La inscripción en la bolsa de trabajo para el personal comprendido en el presente Estatuto es obligatoria.

La inscripción se formalizará mediante la presentación del formulario que a tales efectos se confeccionará, debidamente cumplimentado y firmado por el peticionante.

La recepción de la solicitud de inscripción, se efectuará con cargo de fecha y hora, debiéndose entregar al interesado un comprobante con el número de inscripción, especialidad en que ha quedado inscripto y la constancia de fecha y hora registrada.

Art. 34. Es obligatorio para los empleadores de las actividades comprendidas por este Estatuto, la contratación de nuevo personal por medio de la bolsa de trabajo.

El empleador deberá realizar sus gestiones ante la bolsa de trabajo, en forma personal o por persona debidamente autorizada al efecto.

Art. 35. Las listas de personal disponible serán exhibidas públicamente para conocimiento general, dentro del recinto en que funcione la bolsa de trabajo. Además, se publicará en el mismo lugar una lista de colocaciones realizadas.

Art. 36. El empleador deberá efectuar la solicitud de personal a la bolsa de trabajo, con una antelación mínima de 48 horas a la iniciación de las tareas, salvo causa de fuerza mayor.

Art. 37. El empleador podrá rechazar el personal propuesto mediante escrito fundado. La procedencia o improcedencia de rechazo será resuelta por la autoridad administrativa de aplicación.

CAPÍTULO IX - De las zonas desfavorables

Art. 38. Los trabajadores que presten servicios en zonas desfavorables, tendrán derecho a percibir un incremento del veinte por ciento sobre los jornales fijados por convenciones colectivas de trabajo. Entiéndese por zonas desfavorables las comprendidas en las provincias de Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz, territorio de Tierra del Fuego, Antártida e islas del Atlántico Sud, así como todas las regiones precordilleranas y cordilleranas.

CAPÍTULO X - De las concentraciones de personal en lugares distintos de centros urbanos

Art. 39. Cuando para los fines de su actividad o con motivo de ella, las empresas mineras hayan causado u ocasionen la concentración permanente o transitoria de todo o parte de su personal en lugares distintos de núcleos urbanos, estarán obligadas a otorgar o suministrar gratuitamente a sus trabajadores, así como a los familiares a su cargo: vivienda, provisión de mercaderías, asistencia médico-hospitalaria, odontológica y farmacéutica, en la forma prescripta en este capítulo.

Art. 40. Las viviendas deberán contemplar las siguientes condiciones:

a. Los trabajadores con familia a cargo deberán tener vivienda con un número suficiente de habitaciones, independiente en su conjunto y que aseguren una vida familiar honesta, saludable y confortable.

b. Los trabajadores solteros o que no tengan familia a su cargo, podrán ser provistos de habitaciones en que podrán alojarse hasta dos personas.

c. En todos los casos las viviendas poseerán comodidad suficiente para el reposo, las comidas, la higiene personal y la vida de relación. Además, deberán satisfacer condiciones mínimas de abrigo, aireación, luz natural y espacio suficiente para el número de personas que deban ocuparlas.

d. Los locales destinados a vivienda del personal no podrán ser utilizados con ningún otro fin por las empresas.

e. Las viviendas deberán ser adecuadas a las condiciones del ambiente, debiendo estar dotadas de baños individuales, con agua caliente en cada departamento o unidad habitacional.

f. Las viviendas estarán dotadas de agua potable, servicios sanitarios, así como con provisión de energía eléctrica para el consumo del trabajador y su familia en forma gratuita.

g. Las casas serán entregadas en condiciones de habitabilidad, seguridad, confort e higiene, debiendo responder el trabajador por los daños y deterioros que no sean consecuencia de su uso correcto y normal.

h. Los lugares donde se instalen las viviendas, no serán insalubres ni peligrosos para la vida o salud de sus ocupantes.

i. Se tendrán en cuenta las exigencias mínimas a establecerse en los casos en que las viviendas sean destinadas al personal que tenga exclusivamente el carácter de transitorio.

Art. 41. Las empleadoras deberán proveer de artículos de primera necesidad para consumo del personal que tiene a su servicio, así como a los familiares.

Los precios de venta de dichos artículos se fijarán en el límite mínimo indispensable para cubrir los costos, no debiendo perseguirse fines de lucro.

Si de la provisión de esos artículos o el expendio de mercaderías en general, resultara alguna utilidad, las empleadoras depositarán su importe en la cuenta de Obra Social de la seccional pertinente de la Asociación Minera Argentina.

Art. 42. Las empresas deberán adoptar las medidas de sanidad ambiental, profilaxis e higiene necesaria a la concentración habitacional, así como prestar asistencia médico-hospitalaria, odontológica y farmacéutica gratuita a los trabajadores y sus familiares que residen con ellos.

Art. 43. Las obligaciones establecidas en los artículos precedentes para las empleadoras se cumplirán de conformidad a las reglamentaciones que se dicten por el Poder Ejecutivo Nacional o los gobiernos de provincia, dentro de sus respectivas jurisdicciones.

CAPÍTULO XI - De las disposiciones especiales

Art. 44. Uniformes: La empleadora está obligada a proporcionar un mínimo de tres uniformes de trabajo por año a cada trabajador, que serán entregados los días primero de enero, de mayo y setiembre de cada año.

Art. 45. Merienda: Las empleadoras están obligadas a proporcionar una merienda a sus obreros cuando la jornada se presta en forma continuada, otorgando media hora de tiempo a esos fines.

Art. 46. Refugios: Los establecimientos de canteras o minas de rajo abierto deberán contar, en sus lugares de trabajo, con refugios para el caso de sobrevenir mal tiempo.

Art. 47. Transporte: En los establecimientos alejados de centros urbanos la empleadora proveerá gratuitamente el transporte de sus trabajadores y familiares si no existiere el servicio público.

TÍTULO SEGUNDO: SEGURIDAD INDUSTRIAL

CAPÍTULO I - De las disposiciones generales

Art. 48. Todas las industrias de la actividad minera indicadas en el Art. 39 de esta ley, en las cuales se extraigan, muelan, manipulen, utilicen, transformen, cambien, combinen, transporten o manufacturen materias primas de origen mineral y en las cuales dichas operaciones —y otras que no se mencionan— determinan la producción de polvos que contaminan el ambiente transformando la atmósfera en agente de agresión permanente del aparato respiratorio, quedan

obligadas al cumplimiento de las normas de seguridad industrial que prescribe este Estatuto. Asimismo, se incluyen los establecimientos cuyas operaciones producen humos, neblinas, gases, vapores y/o emanaciones que transforman la conformación de la atmósfera. Esta ley no requiere para su observancia la existencia de límite alguno en materia de partículas extrañas en el ambiente precisando su sola existencia en forma permanente en el lugar de trabajo.

Art. 49. Esta ley impone, asimismo, el cumplimiento de las presentes normas de seguridad industrial a los establecimientos o sus secciones donde el personal trabaje en ambientes permanentemente húmedos.

Art. 50. Las empleadoras descriptas en los artículos 47 y 48 precedentes, quedan obligadas a cumplir, además, con los requisitos que la reglamentación fije como indispensables, previo a la instalación de dichas industrias para aquellas que los hicieran después de la vigencia de la presente ley, como quedan obligadas a la adecuación a tales requisitos las existentes a la fecha de su promulgación.

Art. 51. El Poder Ejecutivo de la nación reactualizará cada cinco años la reglamentación de la presente ley, a fin de adecuarla a los propósitos y progresos de la tecnología, higiene y medios industriales.

Art. 52. Las normas de seguridad e higiene industrial contenidas en este título protegen a toda persona, cualquiera sea su edad, su sexo o nacionalidad, que trabaje en las industrias indicadas en los artículos 47 y 48 de este Estatuto, desde el momento mismo de su ingreso a la actividad, cubre todo el período de su permanencia en ella y se extiende después de su egreso por un lapso que nunca será menor de seis meses, conforme a la escala que dictará la reglamentación y que atenderá a la naturaleza del trabajo prestado, del ambiente, horario y edad del trabajador.

CAPÍTULO II - Del control médico de los trabajadores

Art. 53. La Asociación Obrera Minera Argentina formará, con el examen médico psicofísico dispuesto en el inc. d) Art. 329 de este Estatuto, un fichero nacional de salud del trabajador minero.

Art. 54. Todos los trabajadores mineros deberán realizar un control médico periódico de su estado de salud. A esos fines será obligación patronal verificar el cumplimiento anual del examen médico por parte de cada dependiente.

El examen será practicado por una comisión médica que deberá integrar un profesional representante del Estado —nacional, provincial o municipal—, otro representante de la entidad sindical y otro de la empleadora.

El resultado de ese examen se incorporará al fichero nacional que establece el Art. 53 de esta ley. La reglamentación deberá establecer las formalidades que observará el examen, así como las que deberá tener en cuenta la Asociación Obrera Minera Argentina para la formación y conservación del fichero nacional.

Art. 55. La formación y conservación del fichero nacional, así como el cumplimiento de los exámenes médicos periódicos, será costeados por el Fondo Nacional de Acción Social del Trabajador Minero que se crea por el Capítulo II - Título Tercero de la presente ley.

CAPÍTULO III - De las normas de protección

Art. 56. Las empleadoras deberán instruir a cada dependiente, al momento de su ingreso, de las normas sobre protección industrial que deberá observar en el cumplimiento de las tareas, así como de los peligros y riesgos de la actividad.

Art. 57. La reglamentación de la presente ley clasificará, adecuadamente, a las distintas ramas de la industria minera, señalando, de acuerdo a la clasificación que dicte, y para cada una de ellas, los elementos de protección especial de que deberán estar munidos los obreros (trajes, máscaras, cascos, botas, zapatos, guantes, etcétera) como también las que deben aplicarse a las máquinas e instalaciones en cada caso (aspiradoras, ventiladores, campanas, protectores, etcétera). Las empleadoras quedan obligadas a proveer a sus dependientes el equipo de protección que la reglamentación señale y el operario queda obligado a usarlo y cuidarlo. La negativa del trabajador a usar de los elementos de protección o la negligencia debidamente comprobada da derecho a la industria a denunciar el caso, relevándola de responsabilidades ulteriores. Asimismo, las empleadoras quedan obligadas a proveer a sus maquinarias e instalaciones de los equipos de seguridad que establezca la reglamentación.

Art. 58. Los obreros de la industria minera, conforme las clasificaciones y regulaciones que disponga la reglamentación, deberán ser alternados en sus puestos de trabajo si existen en las empresas sitios sucios y limpios, pasando cada cuarenta y cinco días de uno a otro.

Entiéndese por sitios sucios a los que presenten contaminación o deformación de la atmósfera y limpios a los que no presenten esas características.

Art. 59. El incumplimiento de las normas de protección que establezca la reglamentación será sancionado conforme lo que esta disponga, mediante penas pecuniarias que irán desde uno a mil jornales básicos de multa por cada trabajador empleado, e incluso a la suspensión de las labores sin pérdida de jornales para los dependientes.

Art. 60. En caso de enfermedad contraída en el trabajo, cualquiera sea el tiempo de permanencia en el mismo, la determinación de la incapacidad, a los fines de la indemnización que fija el Art. 29 de esta ley, deberá tener en consideración el grado residual de incapacidad permanente, la aptitud remanente para desempeñar otras tareas, la edad del trabajador y el margen probable de vida con capacidad productiva.

TÍTULO TERCERO: SEGURIDAD SOCIAL

CAPÍTULO I - De las jubilaciones

Art.61. Todos los trabajadores comprendidos en el presente Estatuto, sin distinción de oficio o categoría, serán beneficiarios del presente régimen de jubilaciones.

A tales fines la presente ley mantiene la vigencia del régimen básico de jubilaciones y pensiones para trabajadores en relación de dependencia estatuido por Ley 18037, modificándolo en cuanto a los requisitos de edad mínima y tiempo de servicio conforme las prescripciones de este capítulo.

Art. 62. El beneficio de la jubilación se otorgará a los veinte años de servicio continuado y veinticinco de servicios discontinuos sin límite de edad, para todos los trabajadores de la industria minera especificada en el artículo 3 de la presente ley. Cuando se trate de obreros que hayan trabajado en minas subterráneas el beneficio se otorgará con quince años de servicios.

Igualmente, el trabajador minero que cumpla cincuenta años de edad alcanzará el derecho al beneficio de la jubilación si acredita cincuenta años de servicios por lo menos en la industria minera y veinticinco en otras actividades.

Art. 63. Todo trabajador minero incapacitado laboralmente a causa de un accidente o enfermedad del trabajo, cuyo porcentaje de incapacidad alcance el 60% tendrá derecho a la jubilación total sobre la base de los tres mejores sueldos que haya percibido.

En aquellos casos en que la incapacidad determinada por enfermedad o accidente sea inferior al 60%, el monto jubilatorio disminuirá en escala proporcional hasta un máximo del 25% de descuento total sobre la jubilación que le correspondiera normalmente.

CAPÍTULO II - Del Fondo Nacional de Acción Social del Trabajador Minero

Art. 64. Créase el Fondo Nacional de Acción Social del Trabajador Minero, cuyo objeto será la formación y mantenimiento del Fichero Nacional de Salud del Trabajador Minero, la financiación de los costos obreros del examen periódico anual de los trabajadores mineros, la construcción, organización y atención de centros asistenciales y recuperación en cada provincia minera, construcción, organización y atención del Instituto de Investigaciones sobre Enfermedades Profesionales Mineras, puesta en funcionamiento de colonias de vacaciones, escuelas de capacitación del trabajador minero, proveedurías, obras deportivas, becas de estudio y actividades culturales, destinadas al trabajador y su familia, así como la ejecución de planes de vivienda para los mismos y los gastos que demande la bolsa de trabajo que instituye el presente Estatuto.

Art. 65. El fondo será administrado por la Asociación Obrera Minera Argentina, mediante una comisión especial designada al efecto y deberá llevar una contabilidad distinta de la central y de la que ordena la Ley 18610.

Art. 66. El fondo será formado con el aporte del uno por ciento del monto total de las ventas de los productos de las empresas mencionadas en el Art. 39 de esta ley, debiendo depositarse tal aporte en forma mensual del uno al quince de cada mes, a la orden de una cuenta especial que con la denominación del fondo deberá abrir la Asociación Obrera Minera Argentina en el Banco de la Nación Argentina.

Art. 67. Las empresas deberán presentar una declaración jurada de sus ventas mensuales a la Asociación Obrera Minera Argentina, la que estará facultada para requerir el pago de los aportes por vía extrajudicial o judicial.

Título cuarto: de las penalidades

CAPÍTULO ÚNICO

Art. 68. La violación a las normas del Art. 159 del presente Estatuto será sancionada con una multa de cinco a diez jornales básicos por cada mujer o menor empleado en las condiciones prohibidas y por cada mes de antigüedad de los mismos.

Art. 69. La violación a las normas del Art. 69 de esta ley será sancionada con una multa de cinco a diez jornales básicos por cada obrero remunerado a destajo y por cada mes de antigüedad del trabajador.

Art. 70. La violación a las normas del Capítulo III del Título Primero, sobre jornada, será sancionada con una multa de uno a diez jornales básicos por cada infracción cometida.

Art. 71. La contratación de trabajadores que no hayan sido provistos por la bolsa de trabajo, hará pasible al empleador de una sanción de multa de cinco a diez jornales básicos por cada obrero contratado en esas condiciones.

Art. 72. La falta de cumplimiento de las normas de los artículos 39, 40, 41 y 42, será sancionada conforme lo establezca la reglamentación.

Art. 73. La falta de cumplimiento a las obligaciones del Capítulo XI del Título Primero de este Estatuto, dará lugar a una multa de uno a cinco jornales básicos por cada obrero ocupado en la empresa infractora.

Art. 74. La autoridad administrativa que ejerza la policía del trabajo será la encargada de la aplicación de las sanciones fijadas precedentemente.

TÍTULO QUINTO: NORMAS COMPLEMENTARIAS

CAPÍTULO ÚNICO

Art. 75. La presente ley no deroga las mejoras o conquistas que por encima de sus normas goce en el momento de la sanción algún sector de trabajadores mineros del país.

Art. 76. El Poder Ejecutivo procederá a dictar la reglamentación de la presente ley dentro de los noventa días de su promulgación.

Art. 77. Derógase cualquier norma que se oponga al presente Estatuto.

Art. 78. De forma.

La planificación y la salud de los trabajadores

Alberto Osoros Soler

Director del Hospital Escuela General San Martín

El momento que vivimos en nuestro país no puede ser más auspicioso desde el punto de vista de la planificación; nos encontramos frente a la posibilidad de que nuevamente comencemos a formular y ejecutar planes, ordenados y coherentes, repitiendo la excelente experiencia vivida entre los años 1946 y 1955. Recientes anuncios tanto desde la Presidencia de la Nación como del Ministerio de Economía, nos informan que la Administración Nacional se encuentra abocada a la confección de un plan general de gobierno de carácter trienal.

La experiencia recogida desde 1946 hasta la fecha actual muestra que los planes de gobierno tuvieron efectiva aplicación solamente en el período mencionado 1946-1955. El advenimiento de las oligarquías demoliberales, a partir de este último año, y la profundización en los dieciocho años siguientes de su esquema de injusticia social y dependencia política y económica condujo a que se dejara de lado la planificación y, aún más, a desprestigiarla por completo.

Un plan es una buena herramienta de gobierno y, en la práctica, su formulación se traduce en un documento. Este debe contener los objetivos propuestos y los medios idóneos para alcanzarlo en lapsos previsibles. Mal podría convenir a los artífices del coloniaje desnudar sus propósitos si mostraran documentos donde se planificara progresivamente la miseria del pueblo y la dependencia nacional.

Durante estos últimos dieciocho años no se planificó; solo se hicieron un conjunto de documentos que muy poco se llevaron a la práctica. Un plan que es solo un documento y que no se ejecuta no es un plan, es simplemente un documento. Los radicales hicieron un esfuerzo, interrumpido en 1966, de llevar a la práctica el plan del entonces Consejo Nacional de Desarrollo formulado en 1964; y esto es lo único que se puede mencionar como positivo en estos muy largos dieciocho años.

La palabra planificación sufrió un fuerte desprestigio: todos los gobiernos —y fueron bastantes— hablaron de planificar como si esto diera lustre, pero las masas populares jamás se enteraron de los contenidos de los planes ni de las realizaciones concretas, salvo de algún logro parcial en materia de petróleo o de obra pública. Se hicieron muchos “documentos” con los que mantenían tranquilos a los tecnócratas redactándolos, pero en la práctica los gobiernos hacían las cosas bastante distintas.

La experiencia nos indica que es fundamental que tengamos en cuenta todos estos hechos, en función de no caer en los mismos errores. El problema de la planificación

es un problema político, porque se vincula a la exigencia que el gobernante debe tener para hacer las cosas como la gente ya que para ciertas doctrinas políticas — como el liberalismo— la planificación es francamente un estorbo. En forma sucinta podemos referir aquellos elementos que consideramos más relevantes acerca de los fracasos de la planificación en nuestro país.

- 1) Como ya se ha dicho, se hacían “documentos” con fines publicitarios y para mantener ocupados a los tecnócratas. No hubo auténtico deseo de que los planes prosperaran, salvo en aquellos hechos que reforzaban la economía liberal.
- 2) Los planes —los documentos, se entiende— se hicieron centralmente, es decir, en Buenos Aires, sin tener en cuenta la estructura federal del país.
- 3) Fueron producto de grupos tecnocráticos que desconocieron —o no quisieron entender— que los objetivos, aspiraciones y necesidades populares deben constituir los objetivos de los planes.
- 4) Primaron concepciones economicistas; el hombre, el pueblo, aparecía como un simple recurso productivo, al servicio de la economía.
- 5) Los planes podían interferir en la actividad económica privada y lesionar los intereses de los grupos más poderosos, nacionales e internacionales.
- 6) Los sectores sociales fueron débilmente incorporados. Salud, educación, trabajo, etcétera, figuraban como una colección de objetivos especificados de forma poco clara, sin los instrumentos y hechos necesarios para alcanzarlos.
- 7) Los planes no asignaron responsabilidades concretas para la ejecución, de modo que en la administración pública por ejemplo nadie tenía muy claro lo que le correspondía hacer, por otra parte, nunca se controló efectivamente la marcha de la ejecución del plan. Una y otra cosa desalentó a los más entusiasmados de modo tal que las cosas quedaron en la nada.

Todo lo referido puede aplicarse con estricta justicia a lo que sucedió en la planificación en salud, campo de donde extraemos nuestra experiencia personal concreta. Podemos ir más allá si explicamos que, en materia de salud, todo plan debe contemplar la remoción de las causas últimas que dan lugar a la aparición de enfermedades y muertes, así como proponer medidas concretas que permitan obtener más salud. Aquellas causas habitualmente tienen poco que ver con las organizaciones de salud; más bien corresponden a situaciones de pobreza, marginalidad y opresión; por lo tanto, debemos remover estas situaciones en forma prioritaria, si queremos conseguir más salud. Lamentablemente los planes de salud ignoran esto, posiblemente porque primó en los planificadores criterios de orden cientificista o, tal vez, el temor de herir la susceptibilidad del gobernante de turno.

Otro elemento importante a referir es que los planes de salud hacían exclusivamente a la actividad del Estado, dejando de lado la actividad privada y las crecientemente importantes organizaciones de salud de los trabajadores —las obras sociales y los servicios médicos gremiales.

La actividad privada en nuestro país tiene una enorme importancia. La constituyen las profesiones liberales —medicina, odontología, bioquímica, etcétera— con

sus instituciones asistenciales —consultorios, sanatorios, etcétera— y la industria y comercio de productos farmacéuticos y equipos y aparatos médicos. Toda esta actividad gira en torno a la enfermedad de modo tal que le conviene un pueblo sin salud, porque si no se quedaría sin su elemento de lucro. Y ello va en especial para la poderosa industria farmacéutica que ha encontrado en nuestro país un excelente mercado gracias a las tremendas distorsiones que la economía liberal introdujo en nuestro sistema productivo. La actividad privada es la que se lleva la tajada más grande de dinero de lo que se gasta en salud en nuestro país; por ello, intentar poner orden y racionalidad a través de un plan era insensato en la medida que el desorden y la irracionalidad constituían eficaces medios para medrar mejor.

Las obras sociales y los servicios médicos gremiales constituyen una respuesta de la clase trabajadora organizada frente a la ineficacia del Estado para la atención médica de la población y frente al abuso de las organizaciones privadas. El crecimiento y desarrollo de estas diose en forma anárquica, dadas las condiciones generales del país y, asimismo, a que cada una de ellas se desarrolló como crecientes y sucesivos logros reivindicativos para cada gremio en particular. Los planificadores nunca se metieron con ellas, porque las ignoraron o porque ello hubiera significado meterse con los gremios, cosa que, ya es sabido, es bastante complicada.

Así como los planes de salud descuidaron importantes sectores de las instituciones sanitarias nacionales, tampoco incluyeron importantes áreas que hacían directamente a la salud de nuestro pueblo. Una de ellas se refiere a la contaminación y la destrucción del medio ambiente natural y otra a las condiciones de salubridad en el trabajo. Ambos aspectos tienen mucho que ver con la economía y, en especial, con los intereses de las empresas, ya que en una economía liberal impera la regla del máximo de beneficio con el mínimo de costo; y poco le puede interesar a una empresa aumentar sus costos, por ejemplo, haciendo tratamiento de sus residuos para volverlos inocuos, cosa que es cara, o proveyendo de ambientes sanos a los trabajadores, cosa que también suele ser cara.

Las tibias y no planificadas medidas que se adoptaron en ambas áreas apenas se aplicaron, puesto que lesionaban los intereses empresarios, especialmente de los grupos industriales más poderosos. De allí que la contaminación ambiental ha ganado terreno progresivamente, cosa que es fácil observar en la atmósfera de nuestras ciudades y en la desaparición de la fauna de nuestros grandes ríos.

Resumiendo, en dieciocho años no hemos tenido verdaderas experiencias de planificación. Estas han sido parciales puesto que no contemplaban todo el conjunto de nuestra realidad y, al no implementarse, o solo hacerlo débilmente, todo quedaba reducido a la confección de un documento que luego quedaba sin vigencia ni inserción en la práctica de gobierno.

En el momento actual nuestra responsabilidad se dirige a recuperar el tiempo perdido y a reconstruir todo lo que con tanta eficacia se destruyó. Desde el particular punto de vista de la salud la situación es crucial: se registra un creciente aumento de causas y riesgos que amenazan a la salud y un progresivo deterioro del nivel de salud de nuestro pueblo. Ello, como ya se ha referido, se debe en gran medida a las crecientes condiciones de injusticia y opresión a que se nos sometió en estos

dieciocho años, pero también son responsables nuestras instituciones de salud que no han sabido, o querido, dar respuestas adecuadas a estas crisis.

Las organizaciones de salud se encuentran en caótica situación y el papel del Estado, como celoso guardián del derecho a la salud, prácticamente ha desaparecido. Los hospitales públicos, sin finanzas suficientes, apenas pueden hacer frente a las necesidades de los enfermos y los programas y campañas sanitarias han desaparecido o se consumen de muerte lenta. Pero de todo esto hay quien sale beneficiado: los agentes del liberalismo médico, las empresas sanatoriales y los laboratorios farmacéuticos, es decir, todo aquello que lucra y merca con la enfermedad y el dolor humanos.

Es claro que, si queremos revertir todo esto en el menor tiempo posible, debemos apelar a las herramientas de gobierno más idóneas. La planificación aparece, así como imprescindible, máxime que en la situación general de desfinanciamiento que padecemos, los recursos deben ser cuidadosamente distribuidos y empleados. El histórico ascenso de un gobierno popular, sensible a las aspiraciones y necesidades populares, y que desarrolló en el pasado la experiencia más concreta de planificación, nos da la seguridad de que esta herramienta va a ser puesta al servicio de dichas aspiraciones y necesidades.

Nosotros entendemos que la planificación es un instrumento que sirve para ordenar la actividad humana de un país a fin de cumplir, en lapsos previsibles, con objetivos políticos claramente especificados. Ello implica una adecuada distribución del esfuerzo y de los recursos, con criterios racionales, procurando el mayor beneficio para todos dentro de un marco de justicia distributiva. Pero para que se cumpla con estos elementos y para que los planes tengan vigencia real, creemos que los planes deben contar con los siguientes requisitos:

- 1) Que los objetivos de los planes correspondan íntegramente a las necesidades y aspiraciones de las mayorías populares.
- 2) Estricto control popular sobre el cumplimiento de los objetivos y métodos del plan y su máxima participación en su formulación y ejecución.
- 3) Amplia información, a través de los medios de comunicación, de los contenidos de los planes, de los beneficios a lograr y de las restricciones que exijan postergar determinadas aspiraciones.
- 4) Los planes deben comprender todos los aspectos de la actividad humana y, en lo que respecta a la salud, que se delimite con claridad las causas y riesgos que deterioran la salud humana y que el pueblo todo actúe como sujeto y agente de su propia salud y no como un mero objeto receptor de servicios.
- 5) La salud debe aparecer como limitante —o restricción— en los planes económicos. Los costos podrán ser minimizados, pero no a costa de la salud del trabajador o de la contaminación del ambiente.
- 6) Lo mismo debe suceder con respecto al desarrollo de la tecnología y su aplicación. Deben buscarse nuevas técnicas que reemplacen aquellas riesgosas para la salud humana, y en la investigación y desarrollo de nuevas técnicas, la amenaza a la salud debe incorporarse como dato principal.

Un elemento importante a tener en cuenta es la información necesaria para la formulación de los planes. Cuanto más exacta y fiel a la realidad sea la información mejor será la calidad técnica y factibilidad de los planes. En el campo de la salud, en la actualidad, los datos que poseemos son en gran parte fragmentarios, cuando no inconsistentes. Y ello va especialmente cuando nos referimos al problema de la salubridad en el trabajo. Hasta el momento solo contamos con datos muy parciales, resultado de algunos estudios epidemiológicos, pero que no nos permiten establecer la magnitud real del problema.

Hasta ahora la preocupación de los estadígrafos parecía centrarse, en cuestiones de salud laboral, en torno al ausentismo causado por enfermedad o accidente. Ello porque lo importante era mantener cierta capacidad productiva, no porque interesara la salud de los trabajadores. Viendo algunos planes de desarrollo de otros países, encontramos que la única mención que se hace es justamente la de intentar reducir el ausentismo, pero dichos planes no incorporan medidas concretas para mejorar la salud.

Por lo expuesto, concluimos que los futuros planes que desarrollamos deberán contemplar la puesta en marcha de sistemas permanentes de información —que también lo son de control— con el objeto, ya no de controlar el ausentismo, sino de producir un cambio profundo en los medios en que se desarrolla el trabajo humano.

Un último elemento que nos parece importante considerar es el ámbito donde se formulan y ejecutan los planes. La planificación centralizada, como se da en muchos países totalitarios, tales como los comunistas del este europeo, otorga un tremendo y excesivo poder al aparato burocrático central del estado y distancia enormemente las decisiones del pueblo. Este deja de ser actor principal en el proceso y se convierte en un mero sirviente del plan. Si nuestra premisa básica consiste en que la participación y el control popular dará realmente vigencia y autenticidad a los planes, es entonces en los niveles locales donde debe comenzar a desarrollarse el proceso y donde efectivamente debe terminar, es decir, con la ejecución y el control. Pensamos que debemos desarrollar un sistema de planificación descentralizado, respetando en gran medida los intereses locales y, en especial, la estructura política federal de nuestro país.

Si bien la planificación descentralizada, con el montaje de mecanismos de compatibilización supralocal, provincial y regional, hasta configurar un plan nacional, tiene dificultades de orden metodológico y práctico, creemos que vale la pena intentarlo, aunque inicialmente desarrollemos planes centrales hasta adquirir la madurez suficiente. Y decimos que vale la pena intentarlo porque aquí lo que se juega no es ya la marcha del proceso de planificación sino la vigencia de un auténtico sistema democrático nacional.

A HORA



LOS FONDOS PARA LA OBRA LOS MANEJA UN TECNICO ALQUE GENERALMENTE NO LE INTERESA NI LA MARCHA DE LOS TRABAJOS, NI ASEGURAR QUE ESTOS SE TERMINEN EN PLAZO BREVE, NI LA GENTE QUE VA A VIVIR ALLI.

PROPONEMOS



LOS VECINOS ORGANIZADOS POLITICAMENTE ADMINISTRAN ELLOS LOS FONDOS Y SU EMPLEO, LLAMANDO A LOS TECNICOS SI HACE FALTA, ASEGURANDO COSTOS MENORES Y OBRAS MAS RAPIDAS

Riesgos o infortunios del trabajo

Néstor M. Rodríguez Brunengo

Profesor de Derecho del Trabajo y de Previsión Social de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Buenos Aires

Los riesgos o infortunios del trabajo constituyen una materia que puede caer dentro del campo del Derecho del Trabajo, o bien en la esfera de la Previsión Social, o Seguridad Social.

Riesgos es una expresión más amplia, que abarca no solamente los infortunios, como la enfermedad o el accidente del trabajo, sino también la maternidad y los accidentes y enfermedades del trabajador no relacionados directamente con el trabajo, pero protegidos, como aquellos, por la legislación laboral y la previsión social.

Podría decirse que los accidentes ocasionados a consecuencia del trabajo y las enfermedades profesionales forman parte del Derecho del Trabajo, mientras que los eventos, accidentes y enfermedades del trabajador sin relación con su trabajo, por ejemplo, la maternidad, son hechos protegidos por la Previsión Social o Seguridad Social. ¿Qué respuestas da nuestro ordenamiento jurídico para todas esas contingencias?

- Indemnizaciones para las incapacidades totales o parciales, transitorias o permanentes.
- Salarios durante un tiempo limitado.
- Gastos de curación.
- Subsidios.
- Seguros estatales, mutuales, sindicales, o concertados por los patronos o los trabajadores, individualmente.
- Pensiones y jubilaciones.

Los principios solidaristas que orientan a la moderna sociedad van desplazando esta constelación legislativa, del campo del Derecho del Trabajo a la órbita del Derecho de la Seguridad Social o Previsión Social, en la medida que se procura cubrir frente a riesgos o infortunios a la totalidad de la población, y no solamente a aquellos que pueden probar una relación laboral.

La justificación de ese desplazamiento es obvia: hay una responsabilidad del patrono, del empresario, frente al trabajador a quien ha colocado en una situación riesgosa y de cuyo trabajo extrae beneficios, pero también hay una responsabilidad de la sociedad en su conjunto, y la capacidad de esta última es mucho mayor que la de la mayoría de los empresarios particulares, sin perjuicio de exigir de estos la debida contribución.

También la orientación fundamental, que solo el poder del Estado puede garantizar eficazmente, es transformar la medicina de curativa en preventiva, los ambientes de trabajo de insalubres en salubres, las tareas peligrosas, mediante el aprovechamiento integral del avance científico y tecnológico, tornarlas no peligrosas, vigilando también las jornadas y ritmos del trabajo y sus pausas, para evitar la fatiga física e intelectual del trabajador.

Todo eso requiere, no solamente una planificación realizada por un gobierno popular, orientada desde las más altas esferas de la administración pública, sino un plan en cuya elaboración hayan intervenido como parte activa y principal los trabajadores y sus organizaciones, llevado a cabo por ellos mediante una voluntad consciente.

De poco servirían los organismos, las leyes, los decretos y las disposiciones en el papel, si no fueran el reflejo de la determinación de todo un pueblo para llevar adelante el cambio, entendiendo claramente en qué consiste y poniendo tenacidad para lograrlo.

Fundados en nuestro Código Civil, que data de 1870, los tribunales argentinos hicieron lugar a las demandas de los trabajadores por infortunios ocurridos a consecuencia del trabajo, y así lo señala ese gran estudioso que fue Juan Bialet-Massé, en su célebre obra *El estado de las clases obreras argentinas a comienzos del siglo*, primer profesor de Medicina Legal de la Universidad Nacional de Córdoba, y primer profesor de Derecho del Trabajo en toda América, a quien tanto debe nuestra disciplina como precursor. Y, ya en 1915, aparece la Ley 9688, con criterios bastante avanzados para su época, aunque es limitativa en sus montos. Posteriores adecuaciones la fueron mejorando hasta la actualidad.

Críticas a la legislación y procedimientos actuales

- 1) Las sucesivas desvalorizaciones en la moneda y el crecimiento de los precios obligan de tiempo en tiempo a aumentar los topes indemnizatorios, que llegan a un millón de pesos viejos en la actualidad, en virtud de un decreto-ley de Lanusse, publicado el 1° de junio de 1973. Esa mala técnica de los topes tiene reminiscencias medievales: en la Edad Media las leyes corporativas establecían salarios máximos, un “techo” remunerativo que no podía atravesarse hacia arriba. Carece de lógica jurídica (y de cualquier otra), que en una época donde el propio Estado fija salarios mínimos que no pueden ser modificados hacia abajo, por una parte, establezca indemnizaciones máximas por la otra, máxime cuando se trata de restituir el valor económico de la vida humana, o la pérdida total de la capacidad de trabajo. La mínima reforma legal a que en justicia y equidad podría aspirarse respecto de esta ley, debería ser que los mil salarios fijados como máximo de indemnización no estuvieran sujetos a un “tope tarifario”. Y aún esto es poco.
- 2) El depósito —establecido como condición indispensable en la Caja de Accidentes— significa un engorro para el trabajador, y a veces meses de espera

para que se cumplan las transferencias judiciales, después de terminado un pleito. Si se quiere evitar que apoderados, letrados o gestores extraigan al trabajador honorarios exorbitantes, no se lo conseguirá por ese medio.

- 3) Las normas de seguridad y salubridad del trabajo, no siempre están a la altura de las condiciones que la ciencia y técnica moderna imponen. Recientemente se ha legislado en el orden provincial y nacional: Ley 7229 de la provincia de Buenos Aires, y su decreto reglamentario 9250, de 1967; Ley Nacional 19587, de abril de 1972, y su decreto reglamentario 4160, de 1973, modificado por el 1572 del nuevo gobierno.

Pero aun la existencia en el papel de normas técnicas y científicas aceptables no es garantía de que se cumplan, máxime cuando los organismos administrativos del trabajo y de la salud pública, como el Ministerio de Trabajo de la Nación, el Ministerio de Bienestar Social de la Nación, la Subsecretaría de Trabajo de la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Bienestar Social de la provincia de Buenos Aires, y similares en las demás provincias, no están dotados muchas veces de inspectores y personal técnico para las verificaciones de las condiciones de trabajo, con la debida preparación científica y técnica, en cantidad suficiente, o bien carecen del instrumental necesario para controlar, por ejemplo, la pureza del aire en los ambientes de trabajo, medir la intensidad de los ruidos, etcétera y hasta de vehículos para concurrir a hacer las inspecciones en establecimientos alejados del radio urbano.

Súmese a esto la suavidad de las penalidades, consistentes la mayoría de las veces en multas irrisorias, y la dificultad de conseguir el auxilio de la fuerza pública para practicar allanamientos cuando el patrono niega la entrada al establecimiento a los inspectores, por carencia de personal policial disponible, y se tendrá un panorama de la cruda realidad acerca de la falta de vigencia de las normas de seguridad y salubridad del trabajo establecidas por la ley.

Hay, además, una herencia de largo arrastre, propia de nuestra industrialización improvisada, consistente en miles de establecimientos que funcionan desde hace décadas en edificios inadecuados, que no reúnen las mínimas condiciones de higiene y seguridad, cuya clausura correspondería de acuerdo a la ley, pero que si se operase dejaría sin trabajo a cientos de miles de trabajadores.

Construir nuevos edificios adecuados no está al alcance más que de las grandes empresas con cuantioso capital, o directamente del Estado. La desaparición paulatina de las pequeñas y antiguas constituye también un problema social y económico de concentración industrial que la sociedad debe prever y abarcar en su conjunto, en cada una de sus facetas.

Involución de la legislación laboral durante la dictadura militar

La legislación del trabajo, normalmente progresiva, experimentó un grave retroceso en todos los órdenes durante la dictadura militar, particularmente bajo la dominación del general Onganía.

Muchos de los derechos obreros fueron cercenados en la práctica, y, además, las leyes que favorecían a los trabajadores se recortaron en la medida que este general de caballería procuró “sanear” la economía a costa de los trabajadores.

Así se redujeron los plazos dentro de los cuales los trabajadores podían efectivizar sus reclamos en virtud de las normas laborales, etcétera.

Particularmente ingratas y regresivas fueron las disposiciones que pisotearon las normas de seguridad y salubridad del trabajo, mediante decretos y decretos-leyes (que el provisoriato denominaba simplemente “leyes”, olvidando que esta denominación corresponde solamente a las normas dictadas por el Congreso, cuando este funciona, de acuerdo a la Constitución), por ejemplo, “reordenando” el trabajo portuario, derogando la prohibición del trabajo nocturno en panaderías, excluyendo del régimen de insalubridad a las tareas de hilandería de lana, trituración de cardas y batanes, limitando la insalubridad en trabajos de trituración y molienda de minerales, estableciendo más duras condiciones para el personal embarcado, etcétera.

La solución integral

Las varias respuestas, parciales e insuficientes, que la ley da a los infortunios del trabajo, consistentes en indemnizaciones y salarios limitados que requieren a veces pleitos que duran años para obtenerlos, por un lado, pensiones y jubilaciones por invalidez de largo trámite por otro, y seguros insuficientes e hipotéticos a veces, deberían refundirse en un sistema único, de protección preventiva a la salud del trabajador, o incluso a toda la población en general, y de reparación a los infortunios, proporcional al daño sufrido, e inmediata a este, en cuya administración los trabajadores y sus organizaciones tengan injerencia activa.

La socialización de la medicina sería un aspecto esencial de ese sistema, cuya implantación daría al gobierno peronista una de sus mayores glorias.

La ley actual establece que los honorarios médicos y gastos farmacéuticos, así como la provisión de prótesis estarán a cargo del empresario. ¿Pero qué ocurre si este no cumple en forma inmediata y espontánea con esas obligaciones, ya sea porque no quiere o porque no puede? En ese caso, el único camino es el largo pleito. No siempre el trabajador está en condiciones de esperar la terminación del juicio para obtener atención médica y remedios. A veces, la solución llega fuera de tiempo, o no llega nunca.

Antecedentes de injerencia de los trabajadores en el control del cumplimiento de las normas de seguridad y salubridad del trabajo

Una ley canadiense de 1905 establece “inspectores obreros” en las minas de carbón. Los trabajadores de cada mina pueden designar dos compañeros, que tengan por lo menos cinco años de experiencia como mineros y no sean ingenieros sino simples

trabajadores, quienes, al menos una vez por mes tendrán obligación de examinar los pozos, las galerías y cuanta más dependencia tenga la mina. Frente a un accidente, están autorizados a constituirse en el lugar y promover una investigación para determinar la causa del mismo. Es obligación de los patronos, directores de trabajo y todo el personal, colaborar con los inspectores de trabajo. Si en una mina donde trabajen más de 30 obreros no se han elegido “inspectores obreros”, la autoridad administrativa del trabajo puede proceder a designarlos directamente. Si la dirección de la mina o sus propietarios disponen la creación de un comité de inspección, todos los gastos correrán por cuenta de la empresa.

En Gran Bretaña, una ley sobre las minas de carbón, dictada en 1911, establece también que los obreros de cada mina pueden designar dos de sus compañeros, u otras personas que hayan practicado el oficio de mineros al menos durante cinco años, para que una vez por mes revisen integralmente la mina, acompañados por alguien designado por la dirección, si esta así lo desea. Siguen el sistema de la ley canadiense, en líneas generales. Investigado un accidente, pueden formular proposiciones para evitarlo en lo sucesivo.

En Bélgica, una ley de 1927 instituye “delegados obreros” en las minas de hulla, y les atribuye como misión examinar, desde el punto de vista de la higiene y seguridad de los obreros, los trabajos subterráneos, así como las instalaciones de superficie, y prestar su concurso a la verificación de los accidentes y análisis de las causas que los provocaron. Deben señalar a la dirección las infracciones a las leyes y decretos, cuya observancia—por otra parte— es obligación de los ingenieros de minas.

Están, además, facultados para proponer medidas de emergencia frente a casos urgentes. Deben revisar cada mina dieciocho veces por mes. Tales delegados, para ser elegidos deben tener al menos treinta años de edad, y no más de cuarenta, y también diez años como mínimo de trabajo como minero en tareas subterráneas.

En Francia se elige un delegado y un subdelegado obrero en cada circunscripción minera, quienes tienen la obligación de visitar al menos dos veces por mes cada pozo, galería o cantera, inspeccionando, además, los aparejos destinados a la circulación y transporte de los trabajadores, los lavabos y duchas, los depósitos de aparatos de salvataje, las lámparas, etcétera.

Además de las visitas reglamentarias, en cualquier momento pueden realizar otras, si existe razón para temer cualquier peligro inminente para la higiene o seguridad de los obreros.

Intervienen en las investigaciones de las causas de los accidentes del trabajo y están facultados para proponer medidas de emergencia. Existe un registro oficializado, donde los delegados pueden inscribir sus informes acerca de las irregularidades comprobadas, y la administración de la mina, su descargo.

En los Países Bajos se designan cinco inspectores obreros por el Consejo de la Industria Minera, a proposición en común de los sindicatos reconocidos, y duran cinco años en sus funciones.

Deben ser obreros de más de treinta años de edad, y con al menos diez años de trabajo efectivo en las minas. Durante el desempeño del cargo no pueden ocuparse de otras actividades.

Su obligación es inspeccionar regularmente la higiene y seguridad de los trabajadores en minas y canteras. Intervienen también en la investigación de todo accidente grave, pueden formular proposiciones y asentar sus informes en registros especiales.

Conclusiones

Considero que es necesario contemplar a mediano plazo una solución integral, un sistema único de prevención de los riesgos del trabajador, rápido y eficiente, en cuya planeación y administración sean parte fundamental los propios trabajadores a partir de sus organizaciones, que abarque todo el ámbito nacional.

Asimismo, un sistema único de reparación de los infortunios, con idéntica participación e injerencia de la clase obrera organizada.

Pero, además, en forma inmediata, deben crearse en cada empresa “Comités de Seguridad y Salubridad del Trabajo”, dotados de las pertinentes atribuciones, o bien atribuirse a las propias comisiones internas tales cometidos.

Ya en una tesis publicada en 1968 propicié que a los organismos representativos de los trabajadores en cada empresa se les aumentaran las facultades hasta llegar a configurar un verdadero control obrero en determinados aspectos (Rodríguez Brungo, 1969, p.139).

Hay algunas tendencias ultraístas que rechazan toda reforma y desconfían de los comités de empresa, considerando que hacen perder combatividad a los trabajadores que integran los mismos y a la clase obrera en su conjunto.

La experiencia histórica, incluyendo las propuestas formuladas en estas jornadas y las experiencias de los compañeros navales del astillero Astarsa demuestran precisamente lo contrario, es decir, que el grado de conciencia de los trabajadores da un contenido de fondo a tales organismos.

Podría enunciarse como regla general, que todo lo que acrecienta el poder de los trabajadores dentro de la empresa, aumentando las facultades de las comisiones internas, o de comités especiales como serían los que se ocupasen específicamente de la higiene y seguridad del trabajo, debe mantenerse y reforzarse, a condición de que sea instrumento idóneo para elevar el nivel general de conciencia de la clase obrera, y no melle su capacidad de combate y su independencia para seguir cuestionando, en los momentos decisivos, al régimen capitalista en su conjunto.

La enseñanza de la medicina del trabajo

Dr. Carlos Alberto Céspedes

Médico de fábrica y legista, profesor adjunto de Medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires

Antes de exponer nuestros puntos de vista acerca de la forma más conveniente y efectiva para impartir esta disciplina, consideramos de interés señalar los motivos por los cuales muchos médicos se inscriben en cursos de postgrado, de perfeccionamiento en medicina del trabajo.

- 1° Necesidad de obtener un certificado que les permita actuar en establecimientos industriales. Habitualmente, una vez colmada la capacidad de los cursos superiores, los aspirantes se dirigen a otros ciclos a cargo de docentes de la facultad y a través del Departamento de Graduados, colegios médicos, etc.
- 2° Por haber advertido la conveniencia de ampliar sus informaciones sobre patología, higiene y seguridad en el trabajo o en aspectos sociológicos o vinculados con la legislación laboral. Esta motivación suelen advertirla los profesionales que desde hace algunos años ya están actuando en la industria u otros lugares del trabajo, así como aquellos que integran el plantel ejecutivo, puramente asistencial en consultorios o que realizan reconocimientos médicos en domicilio, por cuenta de clínicas dedicadas a la medicina del trabajo.
- 3° En este grupo se ubican los médicos que no participan de las actividades señaladas, pero que se sienten atraídos por la medicina preventiva. Se recuerda que una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 1963) señala la importancia de estimular el interés del médico por la medicina preventiva, cuya enseñanza se basa en el concepto fundamental de la ecología humana o sea la relación entre el hombre y su medio. Para cualquier trabajador (obrero, empleado, profesional, artista), “su medio” es el lugar de trabajo, en donde permanece desde la adolescencia (y a veces antes) hasta su retiro por jubilación, invalidez, muerte y en pocos casos voluntariamente, la tercera parte de la vida. Es fácil advertir la importancia que la medicina del trabajo adquiere en cualquier programa de medicina preventiva, puesto que de ella se nutre.
- 4° Muchos internistas suelen integrar los núcleos de asistentes a los cursos sobre medicina del trabajo: saben que su formación hipocrática adquirirá mayor dimensión en la medida que aprendan el valor etiológico del trabajo como factor predisponente, causante o agravante de enfermedades; saben que no siempre se pone el debido énfasis en esta simple pregunta al iniciar la historia clínica: “¿en qué trabaja usted?”.

Para todos estos grupos de profesionales se destinan los cursos de postgrado. En los casos que consideramos mayoría, en que el médico ya está actuando en un establecimiento industrial, oficina pública, obra pública y, para ampliar el concepto, en cualquier lugar de trabajo, que puede ser tanto un frigorífico como un teatro, en ningún caso debe recluírse en su consultorio, esperando “que le lleguen” los enfermos o los accidentados y limitarse a la frustrante función de “médico de escritorio” o de “anotador de licencias”. Por el contrario, ha de instalarse la mayor parte del tiempo en los lugares en que trabajan sus pacientes potenciales y, como resultado de sus observaciones ha de proponer las medidas de higiene individual y colectiva destinadas a evitar que lleguen los enfermos a su consultorio; con el mismo espíritu, a través de charlas y cursillos destinados al personal expuesto, deberá desarrollar al máximo la conciencia de seguridad en el trabajo.

En caso contrario, será un simple médico asistencial, poco apreciado por sus pacientes, quienes verán en él a un representante del empleador, solo interesado en reducir —sin ninguna base científica— el ausentismo por enfermedad y se encontrará muy lejos de la imagen que creó del médico del trabajo, Bernardino Ramazzini en 1700.

Siento la necesidad de relatar a ustedes mis propias experiencias iniciales en este campo. Por mí mismo he podido advertir los inconvenientes que involucra el desconocimiento del papel que debe desempeñar el verdadero médico de fábrica. En el año 1946, sin sentir ninguna atracción por tal actividad, simplemente por presiones económicas que ya se empezaban a sentir entre los graduados más jóvenes, acepté un “puesto de médico” en la fábrica de unos amigos del jefe de servicio de cardiología del hospital en que actuaba. Entraba a la fábrica a las seis de la mañana, junto con los operarios, y me retiraba a las ocho, muy apurado por llegar al hospital, que era lo que realmente me agradaba. Hacía justamente lo que no debía hacer: me quedaba en el consultorio de la fábrica y, sin moverme de allí, en un par de horas había “visto” a una veintena de personas que, en su mayoría, deseaban retirarse “con el parte justificado”. Mi conducta errónea me ocasionó desaliento, me sentí muy lejos de lo que había aspirado llegar a ser cuando era estudiante, mis relaciones con la empresa se hicieron tensas a raíz del creciente ausentismo y así terminó aquella experiencia inicial. No obstante, aquel fracaso se tradujo en positiva reacción, comprendimos cuál es el verdadero papel del médico de fábrica y tratamos de perfeccionarnos. Ello se fue obteniendo a través de la concurrencia a cursos de perfeccionamiento (curso a cargo del Dr. Leopoldo Bard, 1947; curso para médicos de fábrica, en la Facultad de Medicina, por el profesor Dr. Germinal Rodríguez; curso para médicos legistas, en 1950-51), la concurrencia a congresos y simposios y la inapreciable colaboración y crítica de los colegas que hoy nos acompañan en nuestro grupo de trabajo.

Otra faceta depresiva en mis comienzos la constituyó la reacción de amigos y familiares ante aquella orientación hacia la medicina de fábrica. Es posible que aún hoy, aunque por fortuna la opinión pública ha evolucionado favorablemente, la mención de que el Dr. Tal es “médico de fábrica” provoque cierta sensación indefinida que lleva a la subestimación, distinta, por ejemplo, a la mención de “endocrinólogo” o de “cardiólogo”. Esa impresión en el público es hasta cierto punto explicable, cuando el titulado “médico de fábrica” se comporta de la manera impropia

que se ha señalado en nuestra autocrítica. Un médico dedicado a la medicina del trabajo, quien ha de actuar en estrecha interrelación con otras disciplinas médicas y extramédicas, puede y debe llevar adelante importantes programas de investigación médica y sociológica. No olvidemos importantes adquisiciones para la medicina interna, cuyos pasos iniciales partieron de la medicina laboral; sirvan como ejemplo los trabajos de Albright, Aub y otros investigadores que buscando la eliminación del plomo del cuerpo en la intoxicación saturnina, encontraron importantes vías metabólicas del calcio; cómo los estudios acerca de las porfirias dieron explicación a algunos aspectos del cólico saturnino; cómo los recientes hallazgos sobre autoinmunidad se han aplicado a la perpetuación de los daños por silicosis; cuáles son los efectos y riesgos de las radiaciones ionizantes, etcétera, es decir, actividades que están ubicadas en un nivel muy distinto al del control “policial” del ausentismo.

Concepto actual de la medicina del trabajo

La denominación de medicina del trabajo, adoptada en el Congreso de Lyon (1929) encuadra perfectamente con el concepto “ramazziniano” pues abarca la medicina industrial, el estudio de los riesgos y patología de los artesanos, obreros manuales en general, actividades intelectuales, artísticas e incluso deportivas. Se ocupa del trabajo en el sentido amplio de toda actividad que implique el empleo consciente y voluntario de la energía humana (física, psíquica y psicofísica) para satisfacer necesidades y obtener beneficios. Esta idea, de Donato Boccia, desde un punto de vista económico es el resultado de la aplicación de la energía humana a la producción de bienes y servicios, con fines de lucro, tanto para los que trabajan como para los que hacen trabajar.

Así lo entendió en 1950 el Comité Mixto de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Internacional del Trabajo al señalar las finalidades de la medicina del trabajo:

- 1) *Fomentar y mantener* en el más alto grado la salud de los que trabajan, entendiéndose como salud el completo estado de bienestar psíquico, físico y social.
- 2) *Prevenir* los daños a la salud de los trabajadores, debidos a las *condiciones en que se realiza el trabajo*.
- 3) *Proteger* a los trabajadores contra riesgos por *agentes nocivos* en su trabajo.
- 4) *Colocar y mantener* a los trabajadores en el empleo que convenga a sus aptitudes físicas y psicológicas, o sea *adaptar el trabajo al hombre* y el hombre a su trabajo.

Ello implica la realización por parte del “médico del trabajo” de las siguientes funciones:

- a) Cuidar de la salud de los trabajadores;
- b) estudiar los métodos empleados y realizar medicina preventiva;
- c) aplicar las normas de la higiene, no solo individuales, sino en todo el ambiente de trabajo;
- d) analizar las posibilidades de obtener la adaptación y rehabilitación profesionales.

La exposición previa, pensamos, era de interés para obtener una visión panorámica del problema y de tal modo proponer las pautas que, en nuestra opinión, deberían cumplirse en los programas de enseñanza de la medicina del trabajo.

La organización de la enseñanza de la medicina del trabajo

La consecuencia de la orientación moderna de esta disciplina, rama esencialmente social y preventiva de la actividad médica, es la necesidad de incluir en sus equipos docentes a un grupo de personas (no médicos exclusivamente) integrado por bioquímicos, toxicólogos, psicólogos, sociólogos y especialistas en derecho laboral, actuando en relación estrecha con trabajadores; estos últimos podrán comunicar a los que desean aprender, sus propias experiencias frente a riesgos que ellos mismos han debido afrontar alguna vez.

Características de los Cursos sobre medicina del trabajo

Se recomienda la enseñanza a tres niveles:

- A. En el ciclo premédico
- B. Cursos de postgrado
- C. Ciclos para trabajadores

A. Durante los estudios de medicina

Sería conveniente enfatizar la importancia del trabajo y de los lugares de trabajo como factores etiológicos de las enfermedades (programas de Medicina I, II y III), análisis detallado de las enfermedades profesionales y de los accidentes del trabajo (Medicina III, Cirugía, Traumatología, Psicopatología y Medicina Legal), estudio con visitas explicadas a los lugares de trabajo y explicación de la importancia de la comodidad ambiental (Higiene) y aplicación de los estudios de Toxicología a la medicina del trabajo.

B. Cursos de posgrado para médicos

Un organismo superior, vinculado a la universidad, al Ministerio de Bienestar Social y a las representaciones de graduados y docentes, debería tener la facultad de autorizar estos cursos y certificar su validez, previa aprobación del programa propuesto y análisis del currículum del director del curso y de sus colaboradores.

Recomendaciones:

- 1) Se considera conveniente, antes de la iniciación del curso, realizar una encuesta y eventualmente una prueba de selección de los aspirantes, que permita apreciar una formación básica y el real interés por la disciplina a emprender.

- 2) El programa del curso deberá contemplar exclusivamente la realidad argentina en lo concerniente a los problemas de salud en el trabajo, sin pretender incrustar tablas, esquemas o legislaciones de otros países.
- 3) Debería eliminarse la asistencia pasiva de los médicos inscriptos: para ello resulta aconsejable el reemplazo de la “clase magistral” por sesiones de seminario cuyo tema central se conozca con la debida antelación.
- 4) Antes de iniciarse cada reunión, se distribuirá un impreso con el cuestionario sobre los temas a tratar; en la próxima sesión se entregarán, previa una rápida evaluación, las respuestas correctas.
- 5) En la reunión previa a cada visita explicada a las fábricas u otros lugares de trabajo, se analizarán los riesgos y patologías probables para cada tipo de tarea; en la reunión posterior a la visita, cada concurrente expondrá sus observaciones y críticas, proponiendo las medidas de higiene y seguridad que considere oportunas.
- 6) Estos cursos de postgrado deberían tener una duración efectiva de por lo menos 240 horas, de las cuales el 50% estarán destinadas a la observación directa de los ambientes de trabajo y al aprendizaje de las técnicas de seguridad e higiene, detección de tóxicos y partículas, apreciación de la comodidad ambiental, así como a la apreciación del “clima social” de la empresa u obra visitada.
- 7) Se considera conveniente, al finalizar el curso, realizar una prueba de evaluación, destinada especialmente a juzgar, más que a los inscriptos, a la eficacia de la instrucción impartida.
- 8) Para completar la formación de los graduados que hubieren demostrado especial afinidad por esta disciplina, se aconseja la institución de becas que podrían adoptar el esquema de residencias médicas en medicina del trabajo, a realizarse en el ámbito de obras sociales, talleres u obras públicas estatales.
- 9) En todos los lugares estatales de trabajo o en sus obras sociales debería estimularse la creación de servicios de docencia e investigación, especialmente dedicados a la prevención de los riesgos vinculados al trabajo, a las campañas sanitarias y a la selección y orientación de profesionales.
- 10) Debería reunirse toda la información de fuente argentina relativa a medicina del trabajo, higiene y seguridad, y, junto con los resúmenes y transcripción del contenido de las reuniones, organizar la publicación de textos actualizados, al alcance de quienes se interesen por estos temas.

C. Ciclos de educación sanitaria para trabajadores

El tema está previsto en la Ley 19587, Art. 295, con el título “De la capacitación” y consideramos que debería ser obligatorio el dictado de clases y la organización de seminarios en los lugares de trabajo, en donde se habrán de impartir nociones básicas sobre:

- 1) Riesgos potenciales de su ambiente de trabajo y medidas de protección generales e individuales.

- 2) Observaciones acerca de la adaptación entre la máquina y el trabajador.
- 3) Conocimiento de las enfermedades profesionales y motivos que condicionan la enfermedad del trabajo.
- 4) Los accidentes del trabajo, sus causas y medidas de prevención.
- 5) Alcances del examen de admisión, del examen periódico, de reubicación, etcétera.
- 6) Ilustración sobre la economía de movimientos, la prevención de la fatiga y las técnicas industriales.
- 7) Información sobre toxicomanías y desórdenes dietéticos.
- 8) Ilustración sobre la legislación laboral vigente y las modificaciones propuestas.
- 9) Estas reuniones deberían realizarse con la concurrencia de todos los niveles del puesto de trabajo.
- 10) El equipo docente debería estar integrado, aparte del responsable de los cursos y sus colaboradores inmediatos, por los trabajadores con más experiencia en los problemas a tratarse.
- 11) Las personas que muestren más afinidad por los problemas tratados y que hayan evidenciado condiciones para transmitir a los demás, los conocimientos y experiencia adquiridos, serán propuestos para integrar los equipos docentes de postgrado para médicos.

Información sobre enfermedades y accidentes laborales a través de algunas estadísticas oficiales

José Carlos Escudero, Myriam Gersenovic de Chudnovsky

La salud del trabajador no obedece al azar. Tampoco está condicionada solamente por la mayor exposición al riesgo de accidentes o enfermedades dado por un ambiente insalubre. Pesan en ella muchos otros factores: la fatiga física y mental, la baja remuneración que vuelve mítica la jornada laborable al exigir el doble empleo, la inestabilidad, la enajenación de no sentirse dueño del trabajo producido o de su persona, que se convierte en objeto vendible. De todo esto se sabe muy poco. Todo sistema de información está cargado de ideología, y los grupos dominantes de cada sociedad son los que suelen determinar cuáles son las cosas que deben registrarse y medirse. Otros hechos, como los señalados, no se miden pese a que son tremendamente importantes para determinar la salud de los trabajadores.

Corresponde, además, apuntar que cualquier sistema de información sobre enfermedades y accidentes del trabajo debe estar en manos del Estado. Toda otra fuente de información (compañías de seguro, clínicas de control de ausentismo, etcétera) obedecen a los intereses de los que las han creado o quienes las utilizan.

El propósito de esta presentación es detenerse en describir cierta información de que se dispone en el país acerca de enfermedades y accidentes de trabajo, y de proponer algunas modificaciones a lo existente para que pueda aproximarse mejor a su objetivo; sabiendo que todo esto constituye un acercamiento al problema de la salud de los trabajadores, y que un sistema de información que contemple sus intereses deberá en el futuro proporcionar conocimiento sobre los factores de enfermedad laboral que se enuncian en segundo término.

En el momento actual, el Estado dispone a través del Programa Nacional de Estadísticas de Salud de alguna información sobre la morbilidad y la mortalidad laboral a través de las estadísticas de egresos hospitalarios de los hospitales oficiales y las estadísticas vitales correspondientes a defunciones.

Egresos hospitalarios de los hospitales oficiales

En este momento, el Programa Nacional de Estadísticas de Salud registra los diagnósticos de todos los internados de los hospitales oficiales (nacionales, provinciales y municipales) del país. Estos abarcan aproximadamente 100.000 camas (el 70% de las instaladas en la

Argentina) y producen por año cerca de 1.300.000 egresos. Por consiguiente, a través del “Informe de Hospitalización” correspondiente a cada egresado, se dispone de datos sobre el diagnóstico y otras características, tales como edad, sexo, residencia, forma de ingreso al hospital, tiempo de internación, intervención quirúrgica efectuada, sobrevida o fallecimiento, de la patología de gran parte de la población del país, aquella que se interna en los hospitales oficiales y que corresponde en general a la población trabajadora.

Faltan en cambio otros datos que serían de gran utilidad para caracterizar la salud laboral y determinar si la enfermedad o accidente que motivó la internación corresponde a circunstancias laborales. Al diagnóstico de internación en caso de accidente, que se limita a anotar la naturaleza o características anatómicas de la lesión sufrida, debería agregarse un rubro que informe sobre la causa externa que provocó la lesión y sobre si ocurrió o no en momentos en que el paciente trabajaba o como consecuencia o en relación con su trabajo. En todo caso de accidente que corresponda a circunstancias laborales y en todo diagnóstico de hospitalización en que figure una enfermedad que pueda deberse a efectos del trabajo (para la que se sugiere utilizar la lista anexa) debería llenarse un formulario con información adicional, que se adjuntaría al “Informe de Hospitalización” tal como profesión u ocupación del paciente, permanencia o antigüedad en esa ocupación, forma de empleo (permanente, contratado, supernumerario, etcétera), horas semanales de trabajo, si, además, cumple otros trabajos, y nombre de la empresa empleadora. El llenado de esta hoja adicional es perfectamente factible con los recursos existentes ahora en los hospitales oficiales, así como lo es su procesamiento. De esta forma se dispondría a nivel provincial y nacional de una nutrida información adicional, de la que ahora se carece, sobre la patología laboral que es internada en los hospitales oficiales, que, como hemos dicho, atienden más de la mitad de los egresos hospitalarios que ocurren en nuestro país.

Las defunciones

Todo fallecimiento que ocurre en nuestro país es registrado, mediante el “Certificado de Defunción”, cuyos datos son procesados centralizadamente (existe subregistro de muertes, pero este fenómeno se observa en las edades más jóvenes. En las edades laborales el registro de las muertes es virtualmente total). Los datos recolectados de los fallecidos son: edad, sexo, residencia, ocupación, si tuvo o no atención médica en la muerte, si su certificado de defunción fue llenado por un médico y cuál fue la causa de la muerte. En el caso de accidente, se registra la “causa externa” del deceso, esto es, el agente que causó la muerte (choque de automóvil, electrocución, caída, etcétera). La causa de muerte registrada de esta forma, aunque parcialmente útil, no discrimina si el fallecimiento ocurrió en circunstancias en que el fallecido trabajaba, lo que impide medir la real dimensión de los accidentes de trabajo como causa de muerte en la Argentina. En 1970 ocurrieron en nuestro país 16.759 muertes debidas a accidentes, envenenamientos o violencias. Con los medios actuales resulta imposible determinar cuántas de ellas fueron accidentes de trabajo. Proponemos

el agregado de un rubro que determine si el accidente sucedió en circunstancias o como consecuencia de una situación laboral.

La determinación de la ocupación del fallecido representa un problema en el caso de que este se encuentre jubilado. Cuando se intenta hacer estudios de mortalidad ocupacional la existencia de este rubro impide conocer la ocupación del trabajador fallecido, que en algunos casos es origen de su enfermedad. Un empleado de cantera, por ejemplo, fallecido por silicosis contraída en su trabajo pero que muere cuando ha dejado de trabajar no es registrado nunca como tal. Proponemos que se registre como ocupación del jubilado aquella que este desempeñó la mayor parte de su vida. Si este dato se recolecta va a ser posible confeccionar, por ejemplo “tablas de vida” por ocupación, objetivando lo que en este momento se intuye: la existencia de diferenciales entre la mortalidad de algunos trabajadores y otros grupos de población, y la existencia de riesgos de morir muy acrecentados en algunas ocupaciones.

La propuesta hecha es técnicamente viable, y la modificación de un rubro en el Certificado de Defunción y el agregado de otro puede ponerse en práctica en breve plazo.

Conclusiones

Se proponen ligeras modificaciones a un sistema de información existente para que refleje mejor la mortalidad y la morbilidad por accidentes y enfermedades laborales en la Argentina. Resulta claro que, aunque estas modificaciones se pongan en práctica, existen muchas otras áreas sobre las que debería actuarse, por ejemplo, los accidentes y enfermedades que no requieren internación, los enfermos o accidentados que se atienden en hospitales que no forman parte del sistema oficial (de obras sociales, de mutuales, sanatorios privados, etcétera), la atención hospitalaria de invalideces o secuelas de accidentes o enfermedades laborales, etcétera. Las pocas modificaciones que se proponen tienen la característica de ser de aplicación rápida una vez que se tome la decisión política de implantarlas, ya que no requieren casi ningún recurso adicional. Serán un paso útil para empezar a conocer el panorama de las enfermedades y muertes causadas por circunstancias laborales.

Enfermedades presuntamente profesionales: silicotuberculosis, tuberculosis pulmonar, otras TBC del aparato respiratorio, tuberculosis de los huesos y de las articulaciones, efectos tardíos de la tuberculosis, carbunco, brucelosis, tétanos, fiebre hemorrágica argentina, actinomicosis, histoplasmosis, hidatidosis, neumoconiosis, silicosis, antrocosilicosis, asbestosis, aluminosis, beriliosis, bagazosis, bisiniosis, saturnismo, hernia inguinal, eczemas y dermatitis, artrosis, osteoartrosis, osteítis deformante, desplazamiento del disco intervertebral.

AHORA



LOS VECINOS, EL PUEBLO MIRA COMO SE
ADJUDICAN A TRAVES DE COIMAS E INTERESES
PERSONALES LAS VIVIENDAS.

PROPONEMOS



TOCOS LOS VECINOS ORGANIZADOS POLITI-
CAMENTE DISCUTEN Y ACUERDAN EN
ASAMBLEAS POPULARES LA FORMA MAS
JUSTA DE REPARTIR LAS VIVIENDAS
ENTRE TODOS.

Problemas en la reubicación laboral del obrero físicamente marginado y estudio estadístico sobre las posibilidades de reubicación en pacientes con lesiones medulares

Esther Alicia Amate, Leonor F. de Alcón, Soledad E. Schilling, Dina I. Fantoni, Horacio S. Dillon

El trabajo constará de dos partes fundamentales. En la primera, se tratará la situación actual de los trabajadores que hayan sufrido accidentes o enfermedades invalidantes y los inconvenientes encontrados para su reubicación luego de realizado el tratamiento de rehabilitación. Intentaremos demostrar que, en nuestra actual sociedad, en su ambiciosa carrera para obtener una mayor productividad del trabajador, se ha realizado sobre el lisiado una marginación social y económica que se origina en la idea de su presunta incapacidad para competir en el mercado del trabajo. La creciente industrialización que ocurre en los países en proceso de desarrollo, lleva a un grado de *estrés* económico y psicológico que predispone al obrero a accidentarse, lo cual se ve agravado por la falta de medidas de seguridad y prevención en el medio de trabajo. En la segunda parte, se efectuará un estudio estadístico sobre 30 pacientes con lesiones medulares, cuyas edades oscilan entre los 16 y los 55 años, del cual se deduce que:

- 1) La mayor incidencia del síndrome de sección medular se produce en las edades productivas de la vida.
- 2) La mayor independencia física posibilita una mejor reubicación laboral.
- 3) Existe una relación directa entre el nivel socioeconómico del paciente y su grupo familiar y la posterior reubicación laboral.

Primera parte: problemas en la reubicación laboral del obrero físicamente marginado

Lo que nos motiva a participar, como médicos dedicados a rehabilitación, en estas Jornadas de Medicina del Trabajo, es la firme creencia de que el objetivo final de

la rehabilitación, es la reintegración del discapacitado al medio social con posibilidades de modificarlo, lo cual solo puede lograrse a través del trabajo.

Si aceptamos la importancia que en las modernas estructuras socioeconómicas tiene el elemento humano, vale decir: el trabajador, debe ser motivo de permanente preocupación para nosotros todo lo que se refiera a su persona o a su mundo.

El trabajador representa un elemento valiosísimo como eje de un agrupamiento familiar y en primera instancia, sumamente importante en sí mismo como persona humana, digna de todo respeto y de todos los derechos.

Debe preocuparnos, en consecuencia, no solo por su capacidad para producir y consumir, sino por su forma de vivir, su bienestar familiar, sus angustias y sus alegrías, su descanso, sus oportunidades de superación material y espiritual, en suma, su felicidad.

Si esto es válido para los trabajadores hábiles y que gozan de salud, lo es mucho más cuando, como consecuencia del trabajo mismo o de circunstancias ligadas al mundo en que vive, mecanizado e impaciente, sufre algún tipo de alteración orgánica o funcional que provoca determinado grado de incapacidad, transitoria o permanente, parcial o total.

Un importante punto a tratar es la valla que debe saltar el individuo para conseguir trabajo: el examen preocupacional. Estos exámenes de selección se basan en el criterio excluyente de la integridad anatómica sin tener en cuenta las reales potencialidades laborales del discapacitado recuperado.

En un momento en que la oferta de mano de obra excede a la demanda, situación creada por la política laboral desarrollada por los grandes capitales, la sociedad, en su ambiciosa carrera por obtener una mayor productividad del trabajador, ha realizado sobre el lisiado una marginación económica y social que se origina en una presunta incapacidad del mismo para competir en el mercado del trabajo. Es prácticamente imposible para el mismo el acceso a una ocupación digna, estable y útil, para la que se encuentra perfectamente capacitado.

El criterio anatómico con que se efectúa esta selección preocupacional excluye muchos aspectos que deberían considerarse en función de la prevención de probables alteraciones, aun en aquellos aspirantes que cumplen aparentemente con las condiciones físicas requeridas.

Se deja de lado el estudio de las reales posibilidades de adaptación del individuo a la tarea que deberá realizar o al equipo que deberá utilizar. No significa esto que los hombres deban adaptarse a las máquinas, sino todo lo contrario; pero es evidente que deberían considerarse otros factores, como ser: las consecuencias que aparecerán en un trabajador que deba desempeñarse con una máquina o en una tarea que le exija una posición anormal, y a partir de ello, concluir en las modificaciones que deberán efectuarse en el ambiente de trabajo o en la actividad misma, para que redunden en beneficio de los trabajadores.

Una vez incorporado el obrero a su trabajo, se evidencia la total carencia de información con respecto a la biomecánica del mismo, y la ausencia de la enseñanza de las formas adecuadas para realizar determinadas tareas, que de otro modo significan un esfuerzo inútil.

Solo se previenen enfermedades ya reconocidas como profesionales, y aun con respecto a ellas no se toman las prevenciones necesarias, cubriéndose con medidas irrisorias y no siempre fidedignas, como la copa de leche o los dosajes de plomo.

El concepto global de sociedad, en la cultura moderna, impone la obligación de garantizar seguridad a todos sus miembros, como consecuencia de un derecho surgido del trabajo mismo. Una vez ocurrida la invalidez ya sea a consecuencia del trabajo o fuera de él, el obrero debe someterse a un nuevo examen de admisión. En caso de que la discapacidad determine la imposibilidad del regreso a su trabajo anterior, generalmente el equipo de rehabilitación, tropieza con la negativa de la parte patronal ante la solicitud de acceder al ambiente de trabajo en que se desempeñaba el obrero, para estudiar las posibilidades de su reubicación, en otra tarea para la cual sí sea física y psíquicamente apto.

Generalmente, se prefiere otorgar una cantidad de dinero en forma de indemnización, desentendiéndose así del futuro de quien hasta entonces había trabajado a su servicio. En todos los casos el monto de dicha indemnización no alcanza para cubrir sus necesidades económicas y las de su familia, lo que lo obliga a luchar nuevamente en las filas de los que buscan ocupación, engrosando el sector de los que constituyen una carga improductiva para la comunidad, a la que no pueden integrarse y frente a la cual se encontrarán siempre en desventaja.

Algunas veces, los mayores problemas del inválido no son tanto producto de la lesión física misma o la invalidez física residual, sino más bien consecuencia del trauma psicológico, resultado del abrupto desequilibrio socioeconómico con su impacto sobre la familia y la incertidumbre de su futuro vocacional. Al trabajador adulto discapacitado no se lo debe valorar solamente sobre la base de su incapacidad física, sino en su totalidad; toda la persona en conjunto y no solo la parte afectada, que, si bien ha perdido algo de su poder físico, tiene capacidades residuales que es preciso desarrollar. Para poder evaluar con éxito habrá que conocer no solo su estado médico, clínico o deficitario somático, sino también sus reacciones psicológicas, sus aspectos familiares, económicos, afectivos, deseos de colaboración, aspiraciones para el futuro, educación cultural y posibilidades vocacionales. Aunque cada trabajador adulto con incapacidad plantea combinaciones peculiares del problema, que exigen una valoración global que a menudo solo puede lograrse por los procedimientos de estudio del equipo, si tempranamente no se intercalan disposiciones adecuadas para su reempleo, el éxito del sistema de rehabilitación puede venirse abajo, porque el problema básico del trabajador adulto es económico, cómo mantenerse él y su familia sin recurrir a la caridad pública.

El proceso de rehabilitación debe ser integral, con la interacción de lo médico, psicológico y cultural, en función de una capacitación creadora y un desarrollo de todas las posibilidades del lisiado como ser total y participante activo en el proceso de reconstrucción nacional.

No podemos ni debemos olvidar que en el seno de nuestra sociedad existen seres disminuidos, pero capaces de ser útiles y aprovechables por ella y que no se conforman con quedar relegados al papel de recibir sin poder dar.

Actualmente, nuestra experiencia nos demuestra que un gran caudal de pacientes sale de los centros de rehabilitación con una recuperación total, pero su futuro y su subsistencia dependen de que consigan o no una escalinata de iglesia donde vivir de la caridad.

Es por eso que, si en este momento no contamos con las posibilidades suficientes para la integración activa del discapacitado a la sociedad por medio del trabajo, es nuestro deber y obligación crearlas.

Tradicionalmente, aun existiendo legislación, ya sea prohibiendo la discriminación laboral del inválido o estableciendo cuotas obligatorias de estos en las nóminas de trabajo, su empleabilidad ha sido un problema arduo o complejo. Las más de las veces su aceptación ha consistido en proporcionarles las más sedentarias de las ocupaciones, con los más bajos niveles de salarios y en las escalas inferiores de empleos.

Con repetida frecuencia los empleadores se preguntan: si en el mercado laboral existe suficiente mano de obra que no requiera una colocación en posición particular, ni limitaciones en cuanto a la clase y tipo de trabajo, ni maquinarias con adaptaciones individuales y quién sabe qué riesgos adicionales de indemnizaciones representen, ¿por qué un patrono tiene que preocuparse en emplear a estas personas?

Debido a la existente prevalencia en nuestra sociedad de la actitud negativista estereotipada hacia el trabajador adulto inválido en relación con su capacidad de empleo, debemos procurar elementos que contrarresten esta actitud y que resulten en mejor expansión de las oportunidades para la población inválida.

El humanitarismo, la buena voluntad de algunos empleadores, puede contribuir a solucionar parcialmente el problema de empleo, pero, aunque su aplicación pudiera ser efectiva hasta cierto grado sus bases no son lo suficientemente sólidas como para brindar al trabajador adulto inválido lo que más ansiosamente necesita: *sentido de seguridad de su empleo, autoestimación y respeto laboral.*

No estamos convencidos de que la solución estribe en la elaboración de leyes que prohíban la discriminación laboral del inválido ni de las que fijan cuotas obligatorias de empleo, que obliguen a los empleadores a aceptarlo; ni tampoco en el establecimiento de indemnizaciones o pensiones, sino en la educación y comprensión por parte de nuestra comunidad para que ayude, acepte y ofrezca una oportunidad para competir por un empleo libre de discriminación.

Sin embargo, debe crearse una legislación adecuada y bien aplicada que contemple el ofrecimiento de igualdad de oportunidad de ocupación al rehabilitado, para devolver a la sociedad un hombre útil por medio de un programa de rehabilitación integral. Y más aún, sería preferible la sustitución del actual sistema de indemnización monetaria, por el *derecho máximo de rehabilitación*, facilitando el que obtenga una actividad útil y productiva, capaz de asegurar su porvenir y aumentar su potencial vocacional.

Segunda parte: estudio estadístico sobre las posibilidades de reubicación en pacientes con lesiones medulares

Se ha elegido como patología para este estudio estadístico a las lesiones raquímedulares, por contar estas con los siguientes requisitos:

- 1) Enfermos en su mayoría adolescentes o adultos jóvenes.
- 2) Posibilidades de sobrevivida si no cursan complicaciones graves.
- 3) Incidencia en aumento debido a la mayor industrialización.
- 4) Improductividad y carga social, si no se cumple el ciclo de rehabilitación.

Nuestro criterio es considerar a la rehabilitación como un proceso tendiente a lograr el máximo desarrollo de las potencialidades psicofísicas del discapacitado, con el fin de permitirle el desenvolvimiento ulterior en su vida como una persona integrada a la sociedad; es indudable que cuando su beneficiario se halla en la edad productiva de la vida, esa integración a la sociedad puede y debe realizarse por medio del trabajo. De allí que consideremos que una persona que sufre la secuela de un accidente o de una enfermedad discapacitante no se halla rehabilitada hasta tanto no haya percibido su primer salario, que le permita atender satisfactoriamente sus necesidades.

Desde el punto de vista técnico, creemos que las posibilidades en nuestro país son satisfactorias, ya que se cuenta con:

- a) Procedimientos diagnósticos y técnicos actualizados;
- b) personal médico y paramédico conocedor del problema y familiarizado con su manejo;
- c) elementos técnicos convenientes (aparatos, adaptaciones, sillas de ruedas...).

Es decir, que firmemente creemos que el aspecto de rehabilitación médica puede desarrollarse como en los más adelantados centros especializados. Aunque consideramos que en nuestro país la rehabilitación debe ser dirigida hacia fines prácticos y reducida a sistemas absolutamente necesarios, no es posible hablar de una rehabilitación costosa en un país en que todavía hay grandes núcleos humanos que no usan zapatos, en donde todavía hay seres humanos sumidos en la ignorancia y en la miseria, donde se debe aprovechar hasta el último esfuerzo en mejorar y elevar el nivel de vida de muchos compatriotas, ya que estos problemas tienen prioridad. Sin embargo, no por eso debemos descuidar o posponer la rehabilitación del inválido, sino dirigirlo lógicamente hacia metas productivas disminuyendo gastos y esfuerzos innecesarios, tratando de hacer el máximo de rehabilitación con el mínimo gasto, en beneficio de la comunidad y de la economía del país.

En cambio, los inconvenientes en los otros aspectos del ciclo de rehabilitación son frecuentes, propios de países en busca de un mayor desarrollo. Podríamos analizar estos inconvenientes a distintos niveles (Tabla 20).

Tabla 20. Inconvenientes frecuentes del ciclo de rehabilitación.

PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> escolaridad empleo anterior capacidad residual para el trabajo
FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ingresos bajos problemas legales desarmonía bajo nivel cultural
EQUIPO	<ul style="list-style-type: none"> falta de orientaciones consejeros vocacionales especializados en rehabilitación profesional
COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> transporte vivienda leyes falta de educación sanitaria grandes distancias

El presente trabajo fue realizado estudiando 30 casos elegidos al azar entre los atendidos en la Asociación de Lucha Contra la Parálisis Infantil (ALPI), Buenos Aires. Las variables consideradas fueron:

- 1) Sexo y edad.
- 2) Nivel de ingresos del grupo familiar.
- 3) Nivel de independencia logrado a través del tratamiento, estudiándose:
 - 3.1 independencia en comida
 - 3.2 independencia en higiene;
 - 3.3 independencia en escritura;
 - 3.4 independencia en vestido;
 - 3.5 independencia en silla de ruedas.
4. Integración laboral:
 - 4.1 reemplazo (desempeño del que poseía antes del accidente);
 - 4.2 empleo-ubicación en el desempeño de una nueva tarea;
 - 4.3 capacitación laboral;
 - 4.4 jubilación. Se entiende la otorgada por invalidez.

Del análisis de la Tabla 21 se desprende algo que ya habíamos adelantado. Sobre 30 pacientes que representa el 100%, 29 que expresan el 96,3%, se encuentran en el grupo etario de 15 a 50 años, compuesto por lo tanto por adolescentes y adultos jóvenes, grupos productivos de la población.

Tabla 21. Distribución por edad y sexo de la muestra.

Sexo	15-25	26-50	51 y más	Total
Varones	13	10	1	24
Mujeres	2	4	0	6
Total	15	14	1	30

Del análisis de la Tabla 22 se desprende:

Tabla 22. Reubicación laboral según nivel de ingresos.

Ingresos	Total		Reubicación			
	Nº	%	Sí		No	
			Nº	%	Nº	%
60	1	3	0	0	1	100
61-120	9	30	5	55	4	45
121-210	9	30	6	66	3	34
211 y más	11	37	8	72	3	28
Total	30	100	19	63	11	37

- 1) A mayor nivel de ingresos, mayor posibilidad de reubicación laboral.
- 2) No se logró la rehabilitación total del 100% de los casos. Sobre 30 pacientes, 19, o sea el 57%, lo lograron, y 11, o sea el 33%, no alcanzaron a cumplir el ciclo de rehabilitación.

Volvemos a resaltar que entendemos por rehabilitación total el proceso de devolver al discapacitado al campo de productividad. Creemos que el paciente está rehabilitado cuando gana su primer sueldo.

Las razones que interrelacionan el nivel de ingresos y el logro de la rehabilitación a nuestro juicio serán:

- 1) Educación e información.
- 2) Mejor atención médica desde el período agudo de la enfermedad o traumatismo.

Para analizar la independencia lograda y basándonos en las variables consideradas en el ítem 3, asignamos un valor de 1 a 5, según los logros obtenidos.

Por ejemplo: Si un enfermo es independiente en comida, higiene, escritura, vestido y silla de ruedas está clasificado como 5, restándole a este dígito la no independencia en cada una de las variables.

De acuerdo con la Tabla 23 observamos que, a mayor independencia obtenida por el tratamiento, mayores posibilidades de reubicación. Sobre el total de los 30

Tabla 23. Reubicación laboral según nivel de independencia lograda.

Nivel de independencia	Total		Reubicación			
	Nº	%	Sí		No	
			Nº	%	Nº	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	2	6,7	1	50,0	1	50,0
3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4	3	10,0	2	66,7	1	33,3
5	25	83,3	16	64,0	9	36,0
Total	30	100,0	19	63,3	11	36,7

pacientes, 25 obtuvieron independencia 5, que equivalen al 83% y 5, que representan el 7% del total, fueron calificados con independencia 2 y 4.

- Los 25 pacientes considerados como con muy buena independencia no obtuvieron reubicación en su totalidad.
- De ellos solo 16,64% están trabajando y 36%, no.
- El 64% podría parecer satisfactorio; nosotros no lo sentimos así, pues a una tan buena respuesta al tratamiento, debió corresponder igual situación en el campo laboral.

Los motivos de esta situación, entre otros, creemos que son:

- 1) Los empleadores, en la mayoría de los casos, optan por pagar la indemnización por incapacidad total, que deja al discapacitado sin la posibilidad de reemplazo.
- 2) Los empleadores se resisten a otorgar trabajo al rehabilitado porque las leyes no contemplan los aspectos de seguro y de jubilación normal para el trabajador discapacitado.
- 3) La falta de transporte adecuado o la dificultad de utilizar el transporte público, sobre todo en las grandes ciudades, hacen difícil la asistencia a una tarea alejada del hogar.

Conclusiones

1. La mayor incidencia del síndrome de sección medular, se produce en las edades productivas de la vida.
2. Existe una relación directa entre el nivel socioeconómico del paciente y su grupo familiar y la posterior reubicación laboral.
3. La mayor independencia física posibilita una mayor reubicación laboral.

En la Tabla 24 se detalla el nombre, número de historia clínica, lesión y causa, de los 30 casos tomados al azar para este estudio estadístico.

Tabla 24. Número de historia clínica, nombre del paciente, lesión y causa.

N°	N° Historia	Paciente	Patología	Causa
1	8787	Navarro, Evaristo	Paraplejía	Accidente de auto
2	7977	Bernaíán, Marcos	Paraplejía	Accidente de auto
3	8763	Nicolini, Antonia	Cuadriplejía	Accidente de auto
4	9108	Clementoni, Saverio	Cuadriparesia	Accidente de auto
5	9400	Gauna, Hugo	Cuadriplejía	Accidente de auto
6	9023	D'Stábile, Mabel	Paraplejía	Accidente de auto
7	8954	Cáceres, Alberto	Paraplejía	Accidente de auto
8	8891	Argento, Julio	Paraplejía	Accidente de auto
9	8026	Curihuala, H.	Paraplejía	Accidente de auto
10	6546	Marino, Aldo	Cuadriparesia	Accidente de trabajo
11	6932	Flores, Arnaldo	Paraplejía	Accidente de trabajo
12	7038	Palmisiano, Alberto	Paraplejía	Accidente de trabajo
13	8213	Salgado, Viviana	Paraplejía	Accidente de trabajo
14	4078	Camargo, Fanny	Paraplejía	Accidente de trabajo
15	8480	Arakaki, Alberto	Paraplejía	Accidente de trabajo
16	5389	Gastón, Roberto	Paraplejía	Accidente de trabajo
17	6154	Alcain, Ángel	Paraplejía	Accidente de trabajo
18	8946	Vilches, Ubaldo	Paraplejía	Accidente de trabajo
19	8019	Cabrera, Sixto	Paraplejía	Accidente de trabajo
20	8326	Spaero, Luis	Paraplejía	Accidente de trabajo
21	8824	Hernández, Pedro	Paraplejía	Accidente de trabajo
22	7927	Bonino, José	Paraplejía	Accidente de trabajo
23	9065	Ramadán, Osvaldo	Cuadriplejía	Accidente de trabajo
24	8484	Sánchez, Vidalino	Paraplejía	Herida de bala
25	8247	Giménez, Blanca	Paraplejía	Accidente de tránsito
26	5862	Canteli, Beatriz	Cuadriparesia	Accidente de tránsito
27	8958	Acevedo, Carlos	Cuadriplejía	Accidente de moto
28	5659	Bujadas, Julio	Paraplejía	Accidente de moto
29	8708	Sandoval, Leonardo	Mon. dup. der.	Accidente de moto
30	8695	Molina, Serapio	Paraplejía	Accidente de tren

◎ VIVIENDA DIGNA

- Sin hacinamiento
- Con agua - luz - cloaca.
- Con el equipamiento cerca.



La Ley 1655 de atención médica obligatoria y la Ley 1814 de vivienda para la población obrera

Alfredo Assef, Roberto V. Hernández, Enrique Tanoni, Juan J. Ruiz, Adrián Canelada

Dirección Provincial de Sanidad, Departamento de Saneamiento Ambiental, Subsecretaría de Salud Pública de la provincia de Jujuy

Fundamentos y objetivos

Se puede estimar que unas 100 mil personas de la provincia de Jujuy están radicadas por las empresas de explotación agrícola, minera o industrial en predios privados en zonas rurales.

Por las particulares características de esta población y las condiciones de vida y trabajo (población migrante de escasos recursos, trabajos a destajo en áreas rurales, minería, etcétera) estadísticamente está demostrado que es la población *más expuesta al riesgo de enfermar y morir en nuestra provincia*.

Por otro lado, las condiciones ambientales donde debe habitar esta población en cuanto a provisión de agua potable, vivienda, riesgos ambientales y laborales, y la disposición de elementos contaminantes como excretas y basuras, hacen que dicha exposición al riesgo de enfermar y morir adquiera niveles críticos, que sobrepasan al resto de la provincia, incluso del país. Si a esto agregamos la escasa accesibilidad a los servicios de salud y educación a que esta población fue relegada por sus condiciones de población migrante, explotada y de bajos ingresos, comprendemos el porqué de las altísimas cifras de mortalidad infantil y de incidencia de las enfermedades infecciosas y trasmisibles que tenemos en la provincia.

Para prevenir los riesgos de enfermar y para cubrir numerosas situaciones de enfermedad que debe sobrellevar esta población, la provincia dispone de instrumentos legales, como la Ley 1655/46 y la Ley 1814/47 que comentamos.

Hasta la fecha ninguna otra legislación en materia de salud y atención médica para este tipo de población ha superado el grado de *cobertura y amplitud de las prestaciones* que mediante la aplicación de esta ley debe proporcionarse a una enorme masa de población en la provincia.

Es un instrumento legal que posibilita incorporar integralmente aspectos no incluidos en *ningún* otro sistema de prestaciones médico sanitario vigente, como son:

- a) Control de contaminación ambiental;
- b) programas de medicina preventiva;
- c) cobertura total de la población dependiente;
- d) programa de apoyo alimentario a población infantil;
- e) lucha contra enfermedades endémicas como tuberculosis, paludismo, chagas, venéreas, etcétera;
- f) vivienda, agua potable;
- g) ausencia de limitantes económicas para acceder al servicio médico;
- h) gratuidad de las prestaciones.

De esta manera Jujuy dispone de una extensa red de servicios médicos gratuitos para la población obrera financiados por las grandes empresas privadas. De no existir estos hospitales se crearían grandes vacíos y áreas desprotegidas en cuanto a atención médica. Esto significa que en la actualidad dicha ley permite la disponibilidad efectiva de un 25% de las camas necesarias en la provincia y de servicios de atención médica a través de una sólida fuente de financiación.

En un principio de justicia social, se revierte parte de las cuantiosas ganancias de las empresas en servicios indispensables, que permitirán el ejercicio de derechos elementales como son la salud y la vivienda, por los obreros que trabajan para esas empresas.

No *existe*, hasta la fecha, ninguna estructura de servicios de salud que *esté en condiciones de suplir* los servicios sanitarios que en virtud de la ley que comentamos se brindará a los obreros y empleados del azúcar y minería y sus grupos familiares.

Se trata de importantes localizaciones de población en áreas rurales donde no existe la organización de servicios de salud privados, oficiales o de las obras sociales que habitualmente cubren los riesgos de enfermedad de la población en otras zonas del país.

Mientras el país organice un sistema de atención médica que garantice el acceso igualitario a servicios de salud eficientes a toda la población, esta ley provincial es el único seguro de salud para un tercio de la población de Jujuy, de allí la plena vigencia de leyes promulgadas hace más de 20 años.

Visto que las leyes en cuestión fueron casi letra muerta durante las últimas dos décadas, lo que provocó la crítica situación sanitaria que analizamos en otra comunicación sobre el nivel de vida y salud de la población obrera, el gobierno de la provincia explicitó claramente una política sanitaria que redefine el valor del hombre en la explotación de las riquezas naturales.

Mediante la implementación de estas leyes sociales se mitigará y aun se harán desaparecer, a corto plazo, las oprobiosas condiciones en la que está sumergido el obrero del surco y la minería. Es así que:

- 1) Se crean los organismos de aplicación de estas leyes, en el ámbito de la Subsecretaría de Salud Pública.
- 2) Se estudia en profundidad la situación de los servicios y de las poblaciones de las principales empresas que ocupan más de 20.000 obreros.

- 3) Se ejerce una permanente labor de fiscalización y control para evitar la evasión de responsabilidades y la distorsión de sistema impuesto.
- 4) Se derogan todas las reglamentaciones de las leyes vigentes a la fecha y que servían, complacientes, a los intereses de la empresa en detrimento de los obreros.
- 5) Se define claramente que mientras no exista otro sistema de atención médica que garantice en forma efectiva la reparación de la salud de toda la población obrera, el accionar del estado provincial tenderá, rigidamente, a obligar a las empresas a asistir a la población enferma de las concentraciones humanas que sus explotaciones provocan.
- 6) Mientras el país implementa planes de vivienda propia, que brinden condiciones dignas de vida al obrero, las empresas que operan en Jujuy y que en zonas inhóspitas o fuera de las poblaciones, concentran numerosos obreros para sus tareas extractivas, deberán proveer de vivienda y servicios elementales (agua, sanitarios, etcétera) a fin de evitar las desastrosas consecuencias que sobre la salud del obrero y su familia provocó la carencia casi absoluta de ello hasta ahora, situación que lleva a Jujuy a ostentar los índices de morbilidad, mortalidad, analfabetismo, tristemente reconocidos por el país y que aún asombran a algunos.

Los objetivos y criterios que sustentan la firme postura del gobierno en esta importante área del quehacer oficial son los siguientes:

- 1) Propender al cumplimiento de la legislación vigente.
- 2) Ejercer la ineludible responsabilidad del estado provincial en todo lo referido a la atención médica en óptimas condiciones de prestación de servicios a fin de disminuir las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad de la población zafra y minera.
- 3) Hacer realidad el derecho inalienable a la salud jamás ejercido por el hombre de las explotaciones agrícolas, mineras e industriales.

Y LA POLÍTICA NACIONAL DE VIVIENDA, LOS CAMINOS, LA
ENERGIA ELECTRICA, LAS ESCUELAS Y TANTAS COSAS
MAS ?

SOLO CON EL PUEBLO ORGANIZADO A LO LARGO Y ANCHO DEL
PAIS LUCHANDO POR OBTENER Y MANTENER EL PODER
POLITICO ES DECIR ROMPIENDO LA DEPENDENCIA EXTERNA
ENFRENTANDO LA REPRISION INTERNA

Algunas consideraciones sobre fundamentos de la Ley 1655 y la Ley 1814 de la provincia de Jujuy

Introducción

Dejando de lado la consideración de las situaciones histórico-contingentes que llevaron a los representantes del pueblo a la sanción de la Ley 1655/1946 y la Ley 1814/1947, nos abocaremos al análisis —aunque sucinto— de los sólidos e indestructibles fundamentos que las sustentan y avalan. Desde luego que los motivos que impulsaron a su consagración legislativa deben haber obedecido a las condiciones infrahumanas de vida existente en los intocables “feudos” en que se dividía la provincia y en los que el hombre no era tal sino un simple objeto de explotación al servicio de la codicia de un reducidísimo grupo de inmorales. Frente a esas modernas prácticas esclavistas —que subsistieron hasta poco tiempo después de finalizada la llamada “Década Infame”— los gobernantes del pueblo, cual gestores del bien común, implantaron justicieras normas tendientes a la atención de las necesidades primarias (protección de la salud física y moral) del coro doliente de pobres y oprimidos que el estado liberal materialista abandonó a su suerte.

La Ley 1655 obliga a los propietarios de establecimientos o empresas de propiedad particular, que realicen cualquier tipo de explotación, a efectuar prestaciones médico-hospitalarias a los empleados, obreros y sus familiares cuando ese personal sea superior a doscientas personas o cuando por la naturaleza del trabajo resulte peligro para la salud de sus trabajadores o cuando por razones de distancia o dificultad de comunicación sea inconveniente o peligroso el traslado de enfermos a centros de población que cuenten con servicios médico-hospitalarios. Por su parte, la Ley 1814 obliga a proporcionar vivienda digna, honesta y saludable a las empresas o establecimientos que, realizando cualquier actividad y para los fines o con motivo de ella, ocasionen la concentración permanente o transitoria de todo o parte de su personal en lugares distintos de los núcleos urbanos ya establecidos en la provincia como poblaciones independientes o cuando la concentración permanente o transitoria de personal sea de tal naturaleza o magnitud que excedan de las posibilidades de su alojamiento moral, higiénico y confortable en el núcleo urbano independiente donde se encuentren los lugares de trabajo o próximo a estos; o cuando estén obligados a dar alojamiento a su personal por imperio de otras leyes o en virtud de convenios individuales o colectivos de trabajo.

Los fundamentos básicos de las leyes número 1655 y 1814, claros, precisos, terminantes e indisputables, resulta conveniente exponerlos. Para ello, distinguiremos los dos órdenes en los que las citadas normas encuentran sus fuerzas vivificantes, sus cimientos indestructibles.

El orden, el derecho y la razón natural: La misión del Estado

En este orden de ideas —que sintetizamos con el título prenotado— resulta adecuado analizar separadamente los fundamentos que confluyen a un mismo fin: el respeto de la persona humana (y de toda persona humana), centro y clima de lo creado. Veamos:

- 1) Es derecho esencial del hombre (de todo y cada uno de los hombres) el *derecho a la vida*; del cual se ha dicho que es el derecho primigenio porque es el soporte de los demás derechos ya que sin él no pueden existir estos. Tan elemental es el principio que en las normas jurídicas positivas del derecho argentino no se encuentra expresamente enunciado, aunque de distintas formas protege. Ahora bien, el derecho natural es el que impone el respeto a la *dignidad* humana que nace del derecho de haber sido creado “a imagen y semejanza de Dios”, es el que consagra la *igualdad* del hombre por esa naturaleza y por cuya *vida* (integridad psicofísica) debemos velar todos los integrantes de la gran familia humana. De esos derechos y condiciones que cada hombre tiene, nace el deber correlativo de todos los demás hombres de respetarlos. Y si del derecho de cada hombre a su vida íntegra, existe un deber universal de todos y cada uno de los demás hombres de reconocerlo y respetarlo, con mayor razón quienes se benefician y lucran con el sacrificio de un hombre deben velar por su “humanidad”; esto es, por su vida, su integridad y sus condiciones. Estos principios —escuetamente expuestos— se encuentran *insito in natura*, son claros, precisos, indiscutibles, universales y eternos; pero, sin embargo, parecen olvidados o quieren olvidarse.
- 2) El hombre está ordenado por la naturaleza a vivir en comunidad política. El hombre no puede procurarse en la soledad todo aquello que la necesidad y la utilidad de la vida corporal exigen, como tampoco lo conducente a la perfección de su espíritu. Por esto el orden instituido por su Creador ha dispuesto que el hombre nazca inclinado a la unión y asociación con sus semejantes, tanto doméstica como civil, la cual es la única que puede proporcionarle la perfecta suficiencia para la vida (Eclesiastés 4:9-12 y Proverbios 18:19 de la Sagrada Biblia). Ahora bien, el fin establecido para sociedad civil, esto es, para el Estado, alcanza a todos, en cuanto que persiguen el *bien común*, del cual es justo que participen todos y cada uno según la proporción de vida. Con ello estamos afirmando que el fin del Estado es el bien común. ¿Y qué es el bien común? El bien común no es otra cosa “que el conjunto de condiciones materiales y espirituales que permiten al hombre realizar su vocación”. Y el Estado debe promover el bien común; es decir, es a quien corresponde crear todas esas condiciones que hacen a la felicidad del hombre o bien común que resulta superior al bien parcial o de sectores o de grupos, e impide la existencia de privilegios. De este modo, es al Estado a quien compete hacer justicia social con miras al bien común y de manera que se respeten y reali-

cen todos los derechos de la persona humana: principalmente su derecho a la vida. Lo que implica el derecho a su salud, a su integridad, a condiciones de existencia digna. Tales derechos se traducirán en el deber de proporcionar una vivienda higiénica y decente (esto es, una vivienda “moral”, con todo lo que ello significa) y de facilitarle servicios médico-hospitalarios no solo para asistirlo en caso de enfermedad sino también para prevenirlo y recuperarlo de tal acontecimiento.

- 3) Está también en el orden natural y se ha repetido desde la más remota antigüedad que quien goza del *comodum* debe cargar con el *periculum*, es decir, quien goza de las ventajas debe cargar con los inconvenientes que le son inherentes. O dicho en términos modernos: quien crea el riesgo, el peligro y lucra y se beneficia con él, es lógico y justo que cargue con las consecuencias que provoca tal situación. Ello es así porque si el hombre es libre es responsable del uso de esa libertad. Así, cuando el hombre —en ejercicio de su libertad— realiza talo cual acto, debe cargar (o beneficiarse) con las consecuencias del mismo. Lo enunciado constituye la expresión —sucinta— de elementales principios generales del derecho que laten y dominan todos los ordenamientos jurídicos. Desconocerlos sería desconocer no solo el derecho mismo, sino también el orden natural y la propia naturaleza humana.
- 4) A la luz de los principios que venimos exponiendo no queda ninguna duda que es a las empresas, a los empleadores a quienes corresponde proporcionar a sus trabajadores —directa o indirectamente y por todos los medios adecuados— las prestaciones que hacen a la realización de los derechos que por naturaleza le corresponde. No es otra cosa que dar al hombre lo que es del hombre. Y el Estado tiene el ineludible deber —conforme a justicia y derecho— de que ello se cumpla en tanto y en cuanto es custodio del bien común.

Para reafirmar todo lo expuesto —y a mayor abundamiento— es del caso transcribir palabras de su santidad Pío XI:

Conviene, por tanto, que la suprema autoridad del Estado permita resolver a las asociaciones inferiores aquellos asuntos y cuidados..., en los cuales, por lo demás, perdería mucho tiempo, con lo cual lograría realizar más libre, más firme y más eficazmente todo aquello que es de su exclusiva competencia, en cuanto solo él puede realizar, dirigiendo, vigilando, urgiendo y castigando, según el caso requiera y la necesidad exija. Por lo tanto, tengan muy presente los gobernantes, que, mientras más vigorosamente reine, salvado este principio de función “subsidiaria”, el orden jerárquico entre las diversas asociaciones, tanto más firme será no solo la autoridad, sino también la eficiencia social, y tanto más feliz y próspero el estado de la nación (Enc. Cuadragésimo Anno, n° 80).

Además, los gobiernos deben consagrar su principal preocupación a la creación de aquellos medios materiales de vida necesarios para el ciudadano, sin los cuales todo Estado, por muy perfecta que sea su constitución, se de-

rumbará necesariamente, y a procurar trabajo especialmente a los padres de familia y a la juventud. Para lograr estos fines, induzcan los gobiernos a las clases ricas a aceptar por razón de bien común aquellas cargas sin cuya aceptación no puede conservarse el Estado ni pueden vivir seguros los mismos ricos. Pero las disposiciones que los gobiernos adopten con este fin deben ser tales que pesen efectivamente sobre los ciudadanos que tienen en sus manos los grandes capitales y los aumentan cada día con grave daño de las demás clases sociales (su santidad Pío XI, Enc. *Divini Redemptoris* n° 81).

El Derecho constitucional y el Derecho público provincial: El poder de policía

Precisamente de esas normas impuestas por el orden, el derecho y la razón natural —conforme al pensamiento más o menos escrito y pergeñado— surgen las normas constitucionales, legales y actos dictados en sus consecuencias. Es decir, no se trata de un capricho o de una ocurrencia del legislador o del administrador sino de una serie coordinada y concatenada de normas que tienen su raíz y se nutren en la naturaleza misma del universo, y que el legislador consagra positivamente y el administrador lleva y actualiza en la realidad social. Expliquemos lo antedicho:

- 1) A lo largo de la historia —que es la maestra de la vida si se la sabe comprender— encontramos no solo prácticas y costumbres que imponen al empleador o patrono (llámese “rey”, “príncipe”, “señor feudal”, “conquistador”, “colonizador”, “maestro”, “empresario”, etcétera) la obligación de cuidar de la salud del dependiente o trabajador y de proporcionarles vivienda, sino que también existen normas escritas sobre la materia. Véanse, por ejemplo, el Fuero Juzgo, Las Partidas, Las Leyes de Indias, Las Ordenanzas Comunes del Medioevo, a lo largo de cuyas disposiciones se establecen no solamente obligaciones como las referidas sino también que se obliga a prestar todo tipo de asistencia material y moral. En nuestros días, es digna de mención la “Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo” de España dictada el 9 de marzo de 1971 (publicada en el “B. O. del Estado” de 16 y 17 de marzo y corregido en el de 6 de abril de 1971), en donde no solamente se establecen estrictas y rigurosas normas de protección personal y de higiene y seguridad en el trabajo, sino que contiene disposiciones como las siguientes: “Art. 34. Viviendas. 1. La vivienda familiar del trabajador facilitada por la empresa deberá contar como mínimo de: cocina-comedor, un cuarto para el matrimonio, uno para las hijas y otro para los hijos, todos ellos con luz y ventilación directa. Las paredes, techos y suelos serán lisos de fácil limpieza. 2. Las dimensiones de los dormitorios serán: ... 3. En cada vivienda deberá existir por lo menos un retrete, inodoro, lavabo y ducha. 4. En todo caso reunirán como mínimo las condiciones de habitabilidad establecidas por el Ministerio de la Vivienda”. También las viviendas para el personal soltero y las provisionales están sujetas a rigurosos

requisitos que aseguran al trabajador —en respeto a su dignidad— vivienda saludable y decente (Arts. 34, 36, 37, 44, 45, 46, 47) así como servicios de higiene, abastecimiento de agua no potable, instalaciones sanitarias, etcétera (38, 39, 40, 41 y 42). Entre nosotros encontramos un significativo e importante antecedente en el Estatuto del Peón. Además, encontramos antecedentes similares en leyes dictadas por las hermanas provincias de Tucumán y Mendoza.

2) No resulta oportuno detenerse en el análisis de las pertinentes disposiciones constitucionales, ni de las disposiciones del derecho público provincial que determinan la potestad inalienable e irrenunciable de las provincias confederadas y del gobierno federal para dictar normas tuitivas de la persona humana y de la naturaleza de las leyes de referencia. Sobre el particular existen abundantes obras de autores argentinos y una copiosa jurisprudencia. Sin embargo, resulta conveniente señalar que:

a. El Preámbulo de la Constitución de 1853-60 establece que “Los representantes del pueblo de la nación Argentina, reunidos en Congreso General Constituyente, *por voluntad y elección de las provincias que la componen*, en cumplimiento de pactos preexistentes (que aseguran la autonomía de las Provincias) con el objeto de ...afianzar la justicia [...] promover el bienestar general...” está diciendo —*ab initio*— y a las claras las potestades que le son propias a las provincias “preexistentes” y la finalidad que han de tener esas potestades: afianzar la justicia, promover el bienestar general, etcétera.

b. Las autonomías provinciales encuentran su consagración normativa al establecerse el sistema “federal” (Art. 1) asegurarse su indestructibilidad (Arts. 3, 13 y cs.) al instituirse la cláusula de garantía a las instituciones locales (Art. 5).

c. Además, los ordenamientos jurídicos provinciales, el derecho público provincial encuentra su fundamento en la clara y terminante disposición del Art. 104 que establece: “Las provincias *conservan todo el poder no delegado* por esta Constitución al gobierno federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación”. Así, la ley fundamental ha debido establecer una regla general de delimitación para los casos no previstos y en virtud de la cual lo específico y determinado corresponde al gobierno federal y lo general e indeterminado compete a las provincias.

d. Por otra parte, el Art. 67 inc. 11 pone un límite infranqueable a las potestades legislativas del gobierno federal al establecer que se dictarán normas “*sin que... alteren las jurisdicciones locales...*”; con ello se está garantizando los ordenamientos jurídicos provinciales.

e. Así, en virtud de tales disposiciones, ha surgido el imperativo contenido en el Art. 78 inc. 23 y cs. de la Constitución de la provincia y en virtud del cual “corresponde a la Legislatura [...] dictar todas las leyes necesarias para el ejercicio de los poderes y autoridades creadas por esta Constitución, así como las relativas a todo asunto de interés público y general de la provincia, cuya naturaleza y objeto no corresponda privativamente a los poderes nacionales”.

f. En virtud de tal mandato constitucional se establecerán los justos y razonables preceptos instituidos en las Leyes 1655 y 1814. Tales ordenamientos nada tienen que ver ni con el derecho del trabajo ni con la seguridad social,

sino que se trata de conductas prescriptas en virtud del llamado “poder de policía” para que “todos los habitantes de la provincia” que se encuentren en una determinada situación existencial “sean protegidos en su vida [...]” (Art. 8). Se protege a una persona o a los que integran una familia en cuanto son seres humanos y tienen derechos naturales originarios, inalienables e imprescriptibles por su condición de tal.

g. Por imposición del Art. 18 de la Ley 1655 y el Art. 8 de la Ley 1814 —en concordancia con lo establecido en el Art. 92 inc. 2 de la Constitución de la provincia— surgirá el Decreto acuerdo 674-BS-73 por los que se dictan las disposiciones tendientes a la actuación de la ley. Y siempre para la consecución del bien común.

- 3) Tampoco resulta oportuno extenderse en consideraciones sobre lo que se ha dado en llamar *el poder de policía* y sobre lo que se ha escrito tanto y de forma tan diversa (por ejemplo, Bartolomé A. Fiorini, Pedro Guillermo Altamira, Ramón F. Vázquez, Miguel S. Marienhoff en su *Tratado de Derecho Administrativo*, T. IV, Manuel M. Diez, en su *Derecho Administrativo*, T. IV, entre tantos otros).

Sobre tan amplio tema corresponde decir que al sancionarse las Ley 1655 y la Ley 1814 se ha puesto en ejercicio este flexible concepto de “poder de policía”. Así, “la teoría del Estado de derecho, nueva teoría, concurre también juntamente con este nuevo Estado de bien común y de bienestar social; nueva teoría estatal, urge nuevas concepciones. El jurista no solo debe construir la juridicidad específica del Estado jurídico sino también con el bullente material del nuevo Estado que quiere asegurar la libertad y también el pan de justicia a todos los administrados” (Fiorini, 1968, p. 646)

De este modo, la “clásica noción de la policía limitadora se desplaza también sobre actividades particulares cuando suministran bienes a la colectividad fijándole un régimen cual si fuere prestado por la administración pública” (Fiorini, 1968, p. 647).

Con esta breve exposición, creemos haber brindado un panorama sucinto de los fundamentos inexpugnables en que se apoyan las Ley 1655 y la Ley 1814 —así como los actos dictados en su consecuencia— y que van desde las disposiciones constitucionales hasta las raíces mismas del orden natural, pasando por la inestimable fontana de la justicia que ha impregnado el contenido intrínseco de sus disposiciones. Justicia que nos enseña a “dar a cada uno lo suyo” y a realizar los derechos propios de cada cual y orden natural que, a pesar que sus manifestaciones cambien con los avances históricos y sociales, mantiene incólume sus líneas esenciales que fueron, son y serán siempre las mismas. Por lo demás, quienes quieran la grandeza de la patria, que amen a sus trabajadores (y deben amarlos porque su condición se asemeja más que a ninguna otra a la del divino Maestro) y que les presten la asistencia material y espiritual a la que tienen derecho.

Asistencia material, procurando que se cumpla en su favor no solo la justicia conmutativa (emergente del contrato de trabajo o de sociedad) sino también la justicia social; es decir, todas aquellas providencias que miran a mejorar su condición. Y asistencia espiritual, respetando su dignidad esencial y prestándole los auxilios morales, sin los cuales vivirá hundido en un materialismo que lo embrutece y lo degrada.

La teoría de la indiferencia de la concausa

Eduardo R. Perugini

Luego de que en el año 1940 la Ley 12631 modificó la redacción del artículo 19 de la Ley 9688, esta quedó referida a los accidentes ocurridos a los trabajadores “durante el tiempo de la prestación de los servicios, ya sea por el hecho o en ocasión del trabajo, o por caso fortuito o fuerza mayor inherente al mismo”. Ni esa modificación, ni las posteriores, introdujeron en el articulado de la Ley 9688 una definición de lo que debe entenderse por accidente del trabajo. Se dejó así librado a la doctrina y a la jurisprudencia la tarea de fijar el concepto que, en términos generales, quedó definido como toda lesión o daño al cuerpo del trabajador proveniente de una causa exterior por lo general súbita y violenta (C.S.N., 6-VII-31, J. A., t. 36, pág. 11).

También desde antiguo la jurisprudencia ha admitido luego de algunas vacilaciones que no es necesario que se trate de una causa única, sino que es suficiente que un elemento exterior vinculado con el trabajo haya contribuido a producir o agravar una enfermedad o un estado patológico, aunque sea de un modo paulatino y suave. Es el ingreso de la denominada enfermedad accidente al campo del derecho positivo. En este concepto se comprende a toda lesión orgánica de marcha evolutiva que es originada o agravada por un hecho exterior al trabajador vinculado con el tipo de trabajo, el ambiente laboral o la materia utilizada, obrando como causa única o unida concausalmente a un estado patológico que portaba el afectado y que estaba incluido en su propio esquema de “salud práctica”.

Se condenó al pago de indemnizaciones en los casos de enfermedades tales como reumatismo, hernias, tuberculosis, asma alérgica, bronquitis asmática crónica, neumonía, bronconeumonía, cáncer, dermatosis, hipertiroidismo, espondiloartrosis, mal de los rastrojos, sordera, “estrés de vuelo”, etcétera.

Aunque la diferencia entre accidente y enfermedad accidente no tiene mayor importancia práctica desde el punto de vista indemnizatorio porque ambas son indemnizables de la misma forma, cabe acotar que se consideraron accidentes a enfermedades provocadas por fenómenos agudos, súbito enfriamiento, síncope cardíaco como consecuencia de un esfuerzo extraordinario y prolongado. También han sido admitidas enfermedades de orden psíquico en tanto derivan del trabajo hasta un punto en que se incluyó al suicidio derivado de un estado depresivo y alteración de las funciones intelectuales como consecuencia de un accidente.

Desde luego que esta expansión del concepto por vía pretoriana se vio favorecida por la modificación del Art. 1 de la ley de accidentes por vía de la Ley 12631 que, como he dicho, ahora solo requiere que el accidente —o la enfermedad— ocurra “durante el tiempo de la prestación de los servicios ya sea por el hecho o en ocasión

del trabajo”, en lugar de la originaria fórmula que requería que el infortunio se produjera “con motivo y en ejercicio de la ocupación”. No se mantiene la idea de una causa directa, pero se exige que el accidente o la enfermedad tengan una vinculación por lo menos mediata y concurrente con el trabajo, limitando esa vinculación “al tiempo de la prestación”.

Es más, la jurisprudencia proyectó el principio de la indiferencia de la concausa también a las llamadas enfermedades profesionales para que por vía interpretativa se extendiera la hipótesis contemplada en el Art. 22 de la Ley 9688. Las enfermedades profesionales a diferencia de las enfermedades accidentales estaban expresamente contempladas en el texto de la ley y son aquellas que no derivan de un hecho súbito, violento y exterior al trabajador, sino que consisten en un proceso evolutivo y gradual y que se hallaban taxativamente enumeradas por el decreto reglamentario de la ley de accidentes y los posteriores que el Poder Ejecutivo dictó ampliando la nómina.

Dije más arriba que la jurisprudencia aplicó a este tipo de enfermedades la teoría de la indiferencia de la concausa porque según el Art. 22, inciso a), de la Ley 9688, para que una enfermedad sea reconocida como profesional “debe ser declarada efecto *exclusivo* de la clase de trabajo que realizó la víctima durante el año precedente a la inhabilitación”. He subrayado “exclusivo” porque la letra de la ley parece requerir que la enfermedad profesional sea causada por un trabajo intrínsecamente dañoso que actúe como único desencadenante del proceso patológico. La aplicación del principio que analizamos llevó a admitir como suficiente que el trabajo tuviera preponderancia en el origen o la agravación de la enfermedad.

La diferencia práctica era que en el caso de tratarse de una enfermedad profesional, el trabajador afectado que cumplía servicios en una tarea o lugar considerado foco típico de ese tipo de afección, no tenía obligación de probar el nexo causal entre su estado y el trabajo ya que este se presumía y era el empleador quien corría con la prueba de descargo.

En la actualidad, la diferencia entre enfermedad profesional y enfermedad accidental ha quedado eliminada desde la sanción de la Ley 18913 que reemplazó el último párrafo del Art. 22 de la Ley 9688 que decía “las enfermedades profesionales deberán ser taxativamente enumeradas por el Poder Ejecutivo en decretos reglamentarios, previo informe de las oficinas técnicas y la responsabilidad por ellas solo comenzará a los 90 días de su determinación”, por otro, que ahora dice: “Se considerará enfermedad profesional toda aquella que sea motivada por la ocupación en que se emplee al obrero o empleado”.

Como se observará, esta reforma no solo borró la diferencia entre enfermedad accidental y enfermedad profesional, sino que inclusive impide que sea tan forzada la interpretación jurisprudencial y doctrinaria que introdujo a la figura de las enfermedades profesionales la teoría de la indiferencia de la concausa no obstante lo que decía y dice el inciso a) del Art. 22 de la ley.

Realizada esa breve introducción pasaremos seguidamente al análisis conceptual del tema específico de este trabajo.

Por lo pronto señalo que el concepto de “concausa” está íntimamente ligado al de “causa”. Para no entrar en el debate filosófico sobre el alcance de este concepto

porque nos llevaría más allá del objeto específico de este trabajo y porque no estoy en condiciones de abordarlo con rigor científico, tomaré una simple definición y diré que *causa es el hecho sin el cual no puede existir otro hecho, o, si se quiere, la condición necesaria y suficiente de la aparición de un fenómeno*. Se debe entender por condición necesaria a la circunstancia sin la cual el fenómeno no puede existir y por condición suficiente la circunstancia en cuya presencia el accidente debe ocurrir. Tomo estos conceptos de Irving Copi que también señala que, en otro sentido, *causa es el incidente o la acción que en las condiciones que se hallan de ordinario presentes, señala la diferencia entre la aparición y la no aparición de un fenómeno* (Copi, 1968).

No entraremos tampoco en la discusión filosófica, que dividió a los especialistas entre partidarios de la teoría de la pluralidad o de la unicidad de causas, porque dentro del tema específico de este trabajo aparece como indiscutido que la teoría de la indiferencia de la concausa está admitiendo la posibilidad de que el efecto accidente o enfermedad estén provocados por una pluralidad de causas.

En otras palabras, en la casi totalidad de los casos, la enfermedad o el accidente son provocados por dos o más circunstancias que se unen para producirlos. Cada circunstancia podría ser denominada “concausa” que, de este modo, puede ser *definida como el hecho que conjuntamente con otro u otros constituye la causa de un accidente o de una enfermedad que, a su vez, son la causa de una disminución de la capacidad laborativa del dependiente y, por esta vía, del derecho a un resarcimiento*.

El concepto de “concausa”, como lo señalara Héctor Genoud en una conferencia que pronunció el 6 de diciembre de 1962 en el Círculo Médico de Rosario, aparece por primera vez en el derecho penal cuando en los delitos preterintencionales, para no agravar la situación del imputado, se apartan en la valoración las circunstancias que han concurrido a la producción del hecho pero que son ajenas a la conducta del imputado.

De ese campo pasa al derecho del trabajo en el cual, tanto la doctrina como la jurisprudencia lo han admitido en forma pacífica, en forma tan pacífica que solo hace unos pocos días en una reunión que se realizó en el Instituto de Medicina del Trabajo y ante la inquietud de los compañeros médicos que preguntaban sobre aspectos jurídicos del problema reparé que estaba vivo y con ganas de seguir creciendo.

La aplicación del principio de la indiferencia de la concausa lleva a que deban resarcirse los infortunios teniendo en cuenta la gravitación total de sus consecuencias en el organismo prescindiendo de cualquier estado patológico o labilidad preexistente. Sus fundamentos son los siguientes:

- 1) el trabajador víctima de un infortunio debe ser indemnizado por las consecuencias de este y la única forma de que ese resarcimiento sea verdadero, completo, eficaz, consiste en aplicar el principio porque es justo que, si es portador de un proceso patológico latente más o menos torpe o bloqueado que en virtud del infortunio se agrava, se desencadena o se revela, el daño se mida por el total de su minoración. Resulta afectado su estado de “salud práctica” que frente al estado ideal de salud perfecta que, en última instancia puede considerarse imposible que exista, se debe entender como el conjunto

- de manifestaciones reales del estado psicofísico de un individuo, la conjugación de la cuota de salud y de enfermedad que es normal en él y con el cual se desenvuelve normalmente en sus actividades por haberse adaptado;
- 2) una segunda razón de orden social resulta del principio que priva en materia de accidentes del trabajo, especialmente desde que Francia —país cuya legislación sirvió de modelo a la nuestra— modificó la ley en 1938 y pasó del viejo principio del riesgo profesional al del riesgo de autoridad. Por este, el trabajador por el solo hecho de realizar el trabajo y desempeñarse en una actividad lucrativa bajo las órdenes de un patrono, tiene derecho a ser indemnizado en caso de ver disminuida su capacidad laborativa por razones de orden moral o simplemente sobre la base de su derecho a la existencia, según lo entendieron respectivamente Ripert y Gastón Morin;
 - 3) una tercera razón también basada en la equidad me lleva a señalar que es dable pensar que, si no hubiera ocurrido el accidente, el obrero, aun enfermo, hubiera vivido y continuado trabajando durante un lapso indeterminado, quizá aún más largo que otros de sus compañeros que gozaban de mejor salud práctica;
 - 4) por fin y sin la pretensión de agotar los argumentos, señalo que el principio de la indiferencia de la concausa está avalado por razones prácticas puesto que, si en un accidente o una enfermedad concurren a su producción o a su grado de incapacidad varias causas encadenadas o combinadas de una manera compleja, sería materialmente imposible determinar cuál ha sido la más importante o si esta es la ligada con el trabajo.

Se trataría de examinar las variantes que la constitución física de la víctima puede producir sobre la herida —para no citar sino un ejemplo— y puede verse en este simple supuesto cuántas variantes pueden presentarse: cada individuo tiene una constitución psicofísica diferente que ejercerá influencia sobre la causa inicial de los accidentes o sobre sus consecuencias. Así, por ejemplo, existen en cada uno lesiones orgánicas o debilidades constitucionales que son debidas a la herencia, a la gestación, al nacimiento, a la insuficiencia de los cuidados en la primera infancia, a un crecimiento demasiado rápido, a una higiene más o menos defectuosa, a los excesos de toda naturaleza, a la edad, a las consecuencias de enfermedades infecciosas sufridas con anterioridad, etcétera.

Como fácilmente puede advertirse, frente a ese panorama, si se entrara a discutir hasta qué punto la salud práctica del individuo ha sido alterada por el hecho directamente vinculado con el trabajo, la mayoría de los accidentes ofrecerían materia de discusión que nunca podría ser resuelta con una certidumbre más o menos grande.

En concreto, por los motivos expuestos, solo se requiere que el accidente sea la causa generadora de la lesión, de la incapacidad para el trabajo o el deceso de la víctima, pero no es necesario que se trate de la causa única y exclusiva.

Desde luego que este principio resulta un tanto chocante para quienes imbuidos de una formación civilista clásica solo consideran justificada la reparación del daño cuando este resulta de la culpa o el dolo del obligado. Es ponerse siempre a mirar

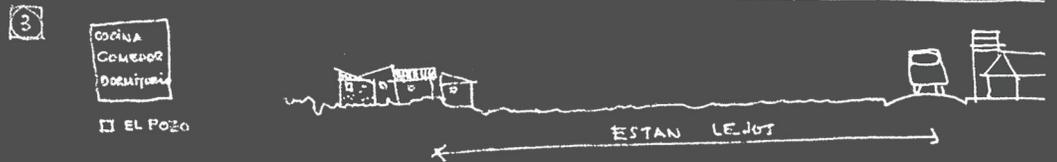
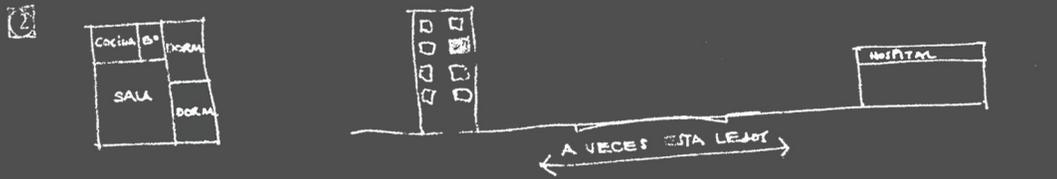
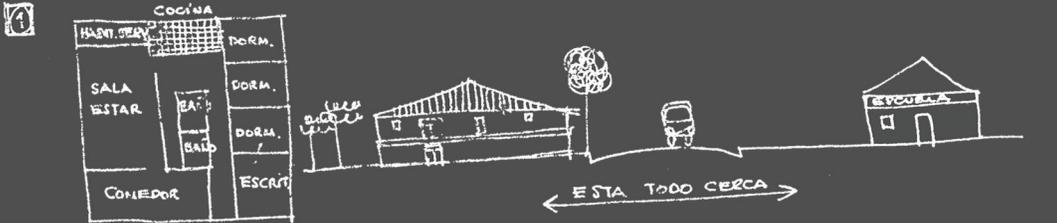
las cosas desde el punto de vista del deudor y es justo que así sea en el campo del derecho obligacional civil puesto que desde Roma hasta nuestros días este derecho fue organizado y se fue adaptando a las necesidades que creaban la defensa de los deudores a quienes se trataba de proteger.

En el campo del derecho obligacional laboral, en cambio, la situación es sumamente distinta porque es preciso colocarse desde el punto de vista del acreedor que siempre es el trabajador, y aquí la responsabilidad del empleador no está basada en la culpa o dolo sino en lo que hemos denominado *responsabilidad social delegada*. El empleador debe resarcir el daño que sufren los trabajadores que ocupa, porque voluntariamente y en su propio beneficio, ha sido autorizado a desarrollar una actividad comercial o industrial asumiendo entre otras cargas la de cubrir contingencias desfavorables que afecten a quienes de otra forma necesitarían del apoyo de la sociedad. Es justo que así sea. La sociedad no solo permite el desarrollo de la actividad, sino que da al empleador infraestructura —camino, luz, energía, servicios públicos, etcétera—, sino que le brinda trabajadores sanos, educados y con un poder de compra que les permitirá adquirir los productos que elabora o distribuye. Además, le garantiza que será propietario de lo que obtenga en su actividad incluso contra el ataque que pueda provenir de aquel a quien le es imprescindible lo que a él le sobra.

Dentro de este esquema, la teoría de la indiferencia de la concausa representa un avance del derecho social porque sobre esa base quedan protegidas muchas más personas y muchas más contingencias desfavorables, pero es solo una etapa. Como he dicho, es justo que el patrono que se beneficia con la actividad del trabajador corra con los perjuicios que a este derive de aquella. También es justo que se compense al dependiente su deterioro físico o psíquico porque ya que el trabajo no cumple su finalidad de hacerlo persona desarrollando sus facultades intelectuales y espirituales es equitativo que la materia compense la materia y el dinero repare el perjuicio.

Pobre reparación, pero algo es algo. Lo ideal no es que se repare, sino que se prevenga el perjuicio. Sin embargo, la reparación lleva a la prevención, porque si el responsable sabe que los accidentes le costarán caros, tomará las medidas necesarias para evitarlos.

COMO SON LAS CASAS DE CADA UNO?



Algunas insuficiencias y contradicciones en la Ley 19587 y su reglamentación

Gregorio Ganopol

El objetivo de esta comunicación es examinar algunos aspectos del Decreto 4160, que reglamentó la Ley 19587. Los aspectos que interesarán evidencian, a juicio del autor, sea una contradicción, sea una insuficiencia; cualquiera de ambas características podría dar lugar a:

- Imposibilidad para la aplicación real y efectiva de la ley;
- imperfección y/o limitación en su aplicación;
- situaciones controversiales.

Resulta sumamente grato poder tener la oportunidad —y poder aprovecharla— para examinar públicamente un instrumento legal de tanta importancia para el futuro de la medicina del trabajo en nuestro país. Esta gratificación deviene, aunque se tratarán aspectos negativos, del hecho de que la existencia de los mismos fue inteligentemente prevista por quienes legislaron, al instituir una Comisión Nacional Permanente de Asesoramiento y Actualización (Art. 331). Este organismo para el perfeccionamiento del instrumento legal, solo podrá cumplir su objetivo si se aúnan dos corrientes de esfuerzos:

- a) La de quienes integren la Comisión;
- b) la de todos los integrantes de cada uno de los sectores de la sociedad comprometidos y relacionados con la medicina, la seguridad y la higiene en el trabajo.

Para ambas corrientes rige, junto con la ley, una exigencia ético-moral y técnico-profesional de realizar una constante labor intelectual y práctica, creativa y prospectiva a la vez que haga de esta magnífica ley un instrumento vivo, capaz de ir reflejando, e influyendo sobre, una realidad concreta del país en el que deberá aplicarse, para que los beneficios que de ella debieran derivarse, se alcancen lo más pronta, amplia y profundamente posible. Las observaciones que se quiere realizar son:

- 1) El espíritu de las leyes, eminentemente educativo y recomendativo. Este espíritu, favorecedor de un proceso en el que el libre juego de las instituciones y de los intereses comprometidos, vaya descubriendo los cauces, será, casi con seguridad, un factor de demora para la aplicación de la ley y, además, creará

un terreno propicio para que dichas demoras, o las insuficiencias en la aplicación, generen conflictos, quizá evitables o atemperables, con un espíritu más imperativo. Sin embargo, es insoslayable esta pregunta: ¿está el país, por su nivel de desarrollo económico, social, tecnológico y profesional, en condiciones de hacer factible una legislación tan imperativa, como lo es de educativa? Por no tener, aún, una respuesta convincente para ofrecer a la consideración de esta reunión, se deja nada más que planteada la pregunta.

- 2) Segunda. Se refiere a la situación real del médico especialista en medicina del trabajo y a la del técnico en seguridad e higiene en el trabajo. Esta observación está motivada por los artículos 10 y 24 de la reglamentación:

Art. 10) A los efectos del cumplimiento del Art. 5, inciso a) de la Ley 19587, los establecimientos concretarán las correspondientes prestaciones sobre medicina del trabajo, seguridad e higiene, mediante la siguiente estructura orgánica y funcional: Servicio de Medicina del Trabajo - Servicio de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Estos servicios deberán actuar en coordinación y tendrán relación de dependencia jerárquica en el establecimiento, con el máximo nivel actuante del mismo.

Art. 24) Los profesionales que dirijan los Servicios de Medicina del Trabajo, internos o externos, serán responsables de su actuación profesional, ante la autoridad de competencia, del cumplimiento de las obligaciones que surgen de la Ley 19587 y de su reglamentación, no excluyendo tal responsabilidad, la que corresponda legalmente a las personas físicas o ideales, propietarias del establecimiento.

El problema que aquí se plantea es el siguiente: ¿cómo se aseguran la independencia profesional, por un lado, y la estabilidad e inmunidad necesarias para la persona profesional que trabaja en relación de dependencia, en el caso de tener que actuar en una situación controversial entre la ley y la empresa?

- 3) Tercera. Se refiere a la posibilidad real de cumplir con las obligaciones establecidas por la ley (Art. 27 del Decreto 4160) ateniéndose a la afectación de horas-médico especificadas en el mismo artículo del decreto, aunque ello se haga definiéndolo como el mínimo al que deberán ajustarse las empresas, señalemos, de paso, que la afectación en función del número de operarios, no se fundamenta en el texto legal y si pareciera otorgar mayor importancia decisoria a los trabajadores manuales, en relación a la de los administrativos, profesionales y ejecutivos de las empresas; esto pareciera no concordar con el espíritu universalista de la ley ni con lo que la diaria observación médica demuestra.

Tomemos como ejemplo una empresa con 250 operarios: la ley establece un mínimo de tres horas-médico. No hay ninguna razón para suponer que la empresa en cuestión, por propia iniciativa, asigne todas las horas necesarias y designe la cantidad de profesionales que les corresponda, para:

Inciso b)

- b2) Confeccionar y tener actualizado un legajo médico de cada trabajador.
- b3) Registrar en libro foliado los siguientes datos: Enfermedades profesionales, Accidentes del trabajo
- b4) Realizar estudios higiénico-preventivos y visitas a la totalidad de los lugares de trabajo del establecimiento.
- b5) Efectuar, directamente o bajo su supervisión, los exámenes médicos de ingreso y demás exámenes en salud, según corresponda, a todo el personal del establecimiento.
- b6) Efectuar, personalmente, los exámenes de retorno al trabajo, después de la ausencia provocada por patología.
- b7) Efectuar, directamente o bajo su supervisión, examen clínico a la totalidad de los trabajadores del establecimiento, por lo menos una vez cada dos años y, anualmente, a los menores de 20 años y mayores de 45 años.
- b8) Efectuar personalmente reconocimientos semestrales y en períodos menores, a su juicio, del personal afectado a tareas con riesgo de toxicidad, peligrosidad o penosas y de los disminuidos, en readaptación.
- b9) Realizar campañas de educación sanitaria, socorrismo y de vacunación.
- b10) Realizar estudios de evaluación sobre ausentismo por causa médica, para mejor orientación del programa médico del establecimiento.
- b11) Efectuar encuestas y análisis sobre los accidentes acontecidos.
- b12) Efectuar seguimiento médico de los accidentados y de los afectados por enfermedades profesionales.
- b13) Asistir a las reuniones del Comité de Higiene y Seguridad, cuando este se constituya.
- b14) Asistir a reuniones con la dirección del establecimiento, o con otros sectores del mismo, de donde surgiere un beneficio para el mejor funcionamiento del Servicio de Medicina del Trabajo.
- b15) Efectuar auditoría médica y memoria de actividades para elevar, en caso de que así se requiera, a la autoridad competente.
- b16) Llevar las estadísticas médicas relacionadas, específicamente, con sus tareas.

Es opinión del autor que, solo una fracción de las antedichas obligaciones podrá ser cumplida y, asimismo, dentro de plazos difíciles de predecir. Nada más que los exámenes periódicos, bien realizados, demandarían una labor exclusiva durante varios meses. Es oportuno, por lo tanto, señalar aquí la conveniencia de que:

- 1) Un médico del trabajo debiera trabajar, cuando una empresa deba crear un Servicio de Medicina del Trabajo, no menos de seis horas;
- 2) el equipo de medicina del trabajo debiera estar integrado por un mínimo de dos profesionales;
- 3) la afectación de horas-médico debiera regirse por un criterio diferente al del número de operarios.

Y ENTONCES QUE PASA DENTRO DE LAS GRANDES CIUDADES?

QUE EXISTEN COMO DOT CIUDADES JUNTAS, UNA ADENTRO DE OTRA: NO HAY UNA CIUDAD PARA TODOS, UNA CIUDAD QUE TODOS PODAMOS USAR POR IGUAL

HAY UNA CIUDAD DE LA OLIGARQUIA CON SUS AVENIDAS BIEN ILUMINADAS, CON TRANSPORTE, CON SUS COMERCIOS Y RESTAURANTS, CON SUS HERMOSOS PARQUES Y PLAZAS ARBOLADOS.

Y HAY OTRA CIUDAD DENTRO DE LA MISMA CIUDAD, DONDE NO HAY LUZ, NI AGUA, NI TRANSPORTES NI ARBOLES

PORQUE ES POSIBLE ESTO?

PORQUE LOS DUEÑOS DE LA TIERRA URBANA ESPECULAN CON ELLA Y LE PONEN LOS PRECIOS QUE SE LES OCURRE

El concepto de accidente inhabilitador: su importancia en la mistificación de los objetivos de la seguridad industrial

Miguel Ángel Maglione

El objetivo de este aporte es llamar la atención sobre el equivocado manejo de las estadísticas de los accidentes del trabajo que, a mi entender, está desvirtuando los principios básicos de la seguridad industrial.

Se acepta universalmente que las estadísticas más apropiadas para evaluar los resultados de un programa de seguridad son los índices de frecuencia y gravedad de los accidentes del trabajo. Ahora bien, en la práctica, el cómputo del índice de frecuencia (el más importante de los citados) se efectúa sobre la base de los accidentes conocidos como inhabilitadores, es decir, aquellos que, por la naturaleza de su lesión, impiden al accidentado reintegrarse al trabajo al día siguiente de producido el infortunio. A estos accidentes se los conoce también como “mayores” o “con pérdida de días”.

El primer error consiste, según mi criterio, en considerar a los accidentes desde el punto de vista de la lesión que producen, peor aún, del tiempo que esa lesión resta al trabajo. Todos estos son factores aleatorios y su influencia en el error de los cálculos puede llegar a ser significativa.

Pero, a este error de base, se suma el manejo, a mi modo de ver desleal, que se imprime a los infortunios laborales en sectores cada vez más amplios de nuestra industria. El concepto de accidente inhabilitador tal como lo he expresado se presta a que mediante maniobras de pseudoreubicación del accidentado, un accidente que produjo una lesión de cierta magnitud pueda considerarse como “no inhabilitador”, “menor” o “sin pérdida de días” y por lo tanto no entrar en el cómputo de frecuencia y gravedad.

Tal es el caso del trabajador que sufre una fractura de antebrazo, por ejemplo, es enyesado el mismo día del accidente y, al día siguiente se “reintegra” (quizá transportado por la misma empresa) al trabajo. Claro que ayer era tornero y hoy traslada boletas de una a otra oficina. Este accidente no va a figurar en las estadísticas habituales. El origen fundamental de esta práctica debe buscarse en las competencias que se han ido creando en torno a la seguridad. Es así que, en trance de disminuir frecuencias, se corre el peligro de perder de vista los objetivos básicos de la prevención de accidentes.

No pongo en tela de juicio los posibles beneficios que puedan generarse en un correcto programa de reubicación del trabajador accidentado, pero sí condeno

toda acción que sin solucionar problemas de fondo pretenda primordialmente el logro de una estadística “competitiva” en desmedro de la integridad psicofísica del trabajador.

La prevención de accidentes debería basarse fundamentalmente en la educación y capacitación en todos los niveles de la actividad laboral, conjuntamente con un correcto desarrollo tecnológico. De esta manera se crea un legítimo espíritu de seguridad en un ambiente adecuado tanto en sus condiciones físicas como en las técnicas y anímicas. Los incentivos y las competencias son armas de doble filo que, si bien dan resultados computables, producen la mistificación de los objetivos de la medicina del trabajo y la seguridad industrial.

En tal sentido, propongo se propicien modificaciones en la legislación vigente que tiendan a:

- a) Normalizar las estadísticas de los accidentes del trabajo de forma tal que solo se considere como accidente no inhabilitador a aquel que permite al accidentado retomar su *puesto habitual de trabajo* sin ningún tipo de incapacidad;
- b) reglamentar la incentivación y competencias de seguridad tanto nacionales como internacionales de manera que su práctica no redunde en perjuicio de los trabajadores;
- c) establecer un adecuado programa de prevención de accidentes fundado en el estudio de los sistemas de trabajo, de las maquinarias y equipos, de los ambientes de trabajo y en la capacitación y selección profesional.

El concepto de seguridad deberá surgir de la integración de los distintos sectores interesados (empresarios, trabajadores y técnicos) como un elemento de bien común cuyo valor va mucho más allá de una cifra falsamente trabajada o del impactante descenso de una curva.

Ley 11544 de 1929: su caducidad en 1973

Hugo Torres Barea

En mis ocho años de actividad en la seguridad e higiene industrial, he logrado apreciar en numerosas oportunidades la caducidad de una ley que fue realizada en pos de las mejores condiciones laborales para el trabajador argentino.

Me refiero a la Ley 11544, con vigencia desde el día 17 de setiembre de 1929. Considero que dicha ley, positiva en el momento de su creación, no solo es obsoleta para 1973 sino que simplemente ha perdido toda su razón de ser y, lo que en principio fue aceptado como una conquista de los trabajadores, hoy, esa ley perjudica al sector obrero.

No son muchas ni alambicadas las razones en que me baso para hacer esta aseveración. Tomaré solo el artículo 2 de dicha ley que dice: “La jornada de trabajo nocturna no podrá exceder de siete horas, entendiéndose como tal las comprendidas entre las veintiuna y las seis horas. Cuando el trabajo deba realizarse en lugares insalubres en los cuales la viciación del aire o su compresión, emanaciones o polvos tóxicos permanentes, pongan en peligro la salud de los obreros ocupados, la duración del trabajo no excederá de seis horas diarias, o de treinta y seis horas semanales”.

Como acotación al margen señalo que esta ley no menciona aspectos de insalubridad en el trabajo como temperatura, humedad, ruidos, radiaciones, etcétera.

La Ley 11544 fue, o pudo ser, positiva en el año 1929. Para decir esto debemos considerar las condiciones tecnológicas de esa época. Muchos problemas, que eran prácticamente insolubles, como el de las emanaciones sulfurosas, por hacer un ejemplo, son hoy perfectamente controlables y, en muchos casos son definitivamente eliminados.

Por esto creo firmemente que la Ley 11544/29 ha perdido en gran parte su razón de ser. La tecnología, esa que hemos llegado a poner al servicio del hombre en las cuestiones cotidianas, puede perfectamente ser aplicada para que los trabajos dejen de ser extremadamente insalubres, o por lo menos asegurar al trabajador argentino mejores condiciones de salubridad en el trabajo.

Esto ya es implementado por numerosos industriales de nuestro país. Pero también son numerosos los industriales que consideran conveniente el actual régimen de la Ley 11544 o, simplemente, estiman que es más rentable pagar a los trabajadores lo que fija esta ley y mantener las condiciones de trabajo insalubres.

Con respecto a esto, estimo que es muy conveniente reformar este régimen para obligar a los señores industriales a que aprovechen los adelantos tecnológicos de 1973 y, que aun en detrimento de sus ganancias, brinden a sus trabajadores las condiciones de seguridad e higiene que exige esta realidad social y política que es un pueblo en su lucha por la liberación nacional, dirigido por un gobierno popular.

Debo hacer una reflexión respecto a lo antes mencionado: ¿Es realmente beneficioso económicamente no aprovechar las múltiples facilidades y comodidades que da la técnica actual..., realmente, es negocio no actualizar los métodos de producción y de trabajo...?

Si se mantienen las condiciones de insalubridad en el trabajo podemos notar que el trabajador se beneficia laborando dos horas menos, pero ¿podemos evaluar cuánto se perjudica trabajando esas seis horas?; ¿justifica ese salario la pérdida cotidiana de la salud del trabajador?

Personalmente creo, como trabajador que soy, que no hay salario que pague la pérdida de la salud.

Dado que, en beneficio de la sociedad que conformamos, algunos trabajadores deben sacrificar diariamente su salud, estimo que, social y humanamente obligados debemos reconocer y premiar ese sacrificio constante e inadvertido. Por eso, cuando el trabajo deba ser irremediamente insalubre el salario de esos trabajadores debe ser lo suficientemente generoso, aun cuando prefiero decir justo.

No es posible que ocurra lo que común y cotidianamente sucede: que por ser mezquinamente pagado por sus seis horas de trabajo en un clima insalubre ese hombre deba ir a otras tareas a laborar otras horas más de trabajo también insalubre. Resalto que el trabajo insalubre debe ser remunerado tanto, o más que el trabajo considerado de, o en, condiciones peligrosas. El peligro se ve, se puede planificar su prevención, pero el cuerpo humano no puede resistir más allá de sus límites normales; límites superados con esos trabajos insalubres.

Es muy importante señalar que, si bien el trabajador debe ser protegido de terceros, también debe ser protegido de sus propias limitaciones, de las que somos responsables todos los que no procuramos eliminarlas. Me refiero concretamente a que se prohíba la realización de horas extra en los trabajos insalubres, como así también más de diez horas de trabajo diario en otras tareas no consideradas insalubres, pero en las que es imprescindible el mantenimiento normal de los reflejos humanos.

Señores, compañeros, en síntesis, digo que:

- 1) Se debe procurar que desaparezca el trabajo insalubre, haciendo que el sector empresario extreme las precauciones específicas;
- 2) de no ser posible lo antes expuesto, que esos trabajadores sean social, humana y económicamente reconocidos y premiados;
- 3) si se cumple el punto anterior se impida que el trabajador hipoteque su salud realizando más de esas horas de trabajo.

Todo esto lo exige esa Argentina grande, socialmente justa, que todos queremos.

La neumoconiosis de los mineros del cobre de indio muerto (Chile)

Carlos Pommerenck, Iván Murúa

Comunicación preliminar

En setiembre de 1972 el Departamento Médico de Cobresal (cuyo director era el doctor René Jara Avaca), empresa estatal explotadora de la mina de Cobre Indio Muerto, Atacama, Chile, programó una investigación sobre la neumoconiosis que afecta a los trabajadores expuestos a la inhalación de polvo en los diferentes sectores de trabajo minero.

Se trata de una colectividad de aproximadamente 2.200 individuos expuestos (1800 en trabajo subterráneo y 400 en superficie) que viven a 2.230 metros sobre el nivel del mar, en un clima particularmente seco. La proposición debió considerar que no existía ningún estudio epidemiológico previo en lo relativo a la prevalencia de enfermedades broncopulmonares inespecíficas, que no se tenían índices de fumadores ni conocimiento de la repercusión del hábito de fumar sobre el aparato respiratorio, que no existían estudios de correlación entre factores socioeconómicos y salud y que las historias ocupacionales existentes eran deficitarias. En la contraparte, el departamento médico contaba con medios humanos y materiales suficientes. Se adoptó el criterio de encuestar en su totalidad la colectividad expuesta, desde el punto de vista médico, por un estudio consistente en: anamnesis, examen físico, radiología del tórax y exploración funcional respiratoria. Asimismo, se recogió una historia ocupacional cuidadosa.

La investigación comenzó en noviembre de 1972 y debió interrumpirse en setiembre de 1973. Se estudiaron, de acuerdo a la metodología propuesta, 918 mineros en trabajo subterráneo, aproximadamente el 50% del universo problema. Esta comunicación adelanta los resultados radiológico-funcionales y algunas de las conclusiones tentativas que surgen de la investigación. La publicación final correspondiente, con el análisis de la investigación, está en preparación.

Métodos

A todos los obreros se les practicó radiografía de tórax de tamaño estándar en posición anteroposterior. Se utilizó una técnica ajustada en lo que respecta a exposición,

penetración y desarrollo y se repitió la toma siempre que defectos técnicos dificultaran la lectura. Esta se realizó en tres instancias sucesivas: personalmente por cada uno de los autores y, en caso de discrepancia, en reunión con un tercer miembro del equipo hospitalario, el especialista neumonólogo.

La clasificación que se utilizó fue la adoptada por el Servicio Nacional de Salud de Chile (Seminario Regional de Silicosis, 1967), prácticamente superponible a la recomendada por la Organización Internacional del Trabajo (Bureau International du Travail, 1958). Las categorías radiológicas son cinco: normal, sospechosa y silicosis fases I, II y III.

Se considera sospechosa la radiografía con discreto aumento de la trama broncovascular y/o infiltración aproximadamente redondeada o estrellada, poco radiopaca y/o densificación significativa de los trayectos linfáticos, generalmente del tercio inferior de los campos pulmonares. La nomenclatura con intención de correlación anatomoradiológica la denomina fibrosis patológica inicial (FPI).

La silicosis fase I o fibrosis nodular inicial (FNI) refiere a la condición de infiltración nodular bien visible, radiodensa, regular y extendida no más de un tercio de los campos pulmonares. En nuestra casuística la localización fue generalmente inferior.

La silicosis fase II o fibrosis nodular marcada (FNM) se aplica a la radiografía con infiltración nodular extendida a dos tercios o más de los campos pulmonares; la nodulación es difusa y numerosa, bien redondeada y fuertemente radiopaca, en algunas zonas en contacto.

La silicosis fase III o fibrosis nodular confluyente (FNC) muestra la imagen de pequeñas o grandes masas de variada forma, muy radiodensas, de opacidad prácticamente uniforme, rodeadas de nodulación. Son de localización predominante en el tercio superior o medio de ambos pulmones. Esta categoría es asimilable a la fibrosis progresiva masiva (PMF) de los autores británicos.

El estudio espirométrico se realizó mediante un espirómetro a fuelle, electrónico, de lectura directa digital (Med-Science).

El trabajador se estudió en posición sentado. Las pruebas de la función respiratoria determinadas fueron la capacidad vital forzada (CVF), el volumen espiratorio forzado en un segundo (VEF1) y el índice VEF1 X 100/CVF, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (Bureau International du Travail, 1966). Los valores se expresaron a temperatura corporal y presión ambiente aire saturado (*Body Temperature Pressure Saturated water vapor* o BTPS).

La tabla de normalidad que se empleó fue la elaborada por la Comunidad Europea del Carbón y el Acero (CECA) (Bolt *et al.*, 1961).

Se consideró función alterada cuando la CVF y el VEF1 tenían un valor por debajo del 90% del valor considerado normal en la tabla, para las condiciones de edad y talla. Un índice VEF1 x 100/CVF, 5% por debajo del valor tabulado como normal se consideró indicativo de alteración, cuyos resultados se consignan en la Tabla 24.

Tabla 24. Estudio radiológico-funcional de 918 mineros del cobre.

Función respiratoria	Categoría radiológica												Total	
	Normal		Sospechoso		Silicosis						Total silicosis			
	Nº	%	Nº	%	Fase I		Fase II		Fase III		Nº	%	Nº	%
					Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Normal	595	64,8	173	18,8	37	4,0	8	0,9	1	0,1	46	5,0	814	88,7
Alterada	75	8,2	7	0,8	13	1,4	4	0,5	5	0,5	22	2,4	104	11,3
Total categoría	670	73,0	180	19,6	50	5,4	12	1,4	6	0,6	68	7,4	918	100,0

Conclusiones

- 1) Atendiendo a la clasificación radiológica de silicosis usada en Chile se encuentra una prevalencia de la enfermedad de 7,4%. Es un índice bajo relacionado con los comunicados por autores anteriores. (Seminario Regional de Silicosis, 1967)
- 2) El 19,6 de los trabajadores presentaron imágenes radiológicas sospechosas. A la luz de los conocimientos actuales esos casos deben ser considerados como neumoconiosis provocada por polvos mixtos, no esclerógenos, capaces de llevar, como la silicosis clásica, a importantes grados de invalidez laboral. Un criterio de medicina preventivo-social correcto obliga a considerar a los trabajadores con esta radiología como portadores de una enfermedad profesional tan severa como la silicosis y a tomar las medidas higiénicas pertinentes. Este criterio no se tiene en Chile y, en nuestro conocimiento, tampoco en otros países sudamericanos. Manejar bajos porcentajes, como el 7% mencionado, induce a conclusiones equivocadas en cuanto a las medidas de prevención existentes.
- 3) Si se suman los porcentajes para las dos categorías anteriores resulta que el 27% de los mineros de Indio Muerto presentan neumoconiosis. Es un índice alto, indicativo de que las medidas de higiene del ambiente de trabajo son francamente insuficientes. Este porcentaje es muy aproximado al hallado por investigadores estadounidenses en minas de carbón de los montes Apalaches, 30%, (Morgan *et al.*, 1973) usando la clasificación radiológica de la UICC - Cincinnati. (Bohling *et al.*, 1970)
- 4) En esta casuística solamente seis mineros se encontraron con imagen de fibrosis nodular confluyente que es la situación superponible a la fibrosis progresiva masiva (PMF) de los autores británicos. Llama la atención la baja prevalencia de esta forma clínico-radiológica de neumoconiosis en una población con 27% de obreros afectados. Una hipótesis de explicación debe apuntar a la escasa

incidencia de las concausas de PMF (Cochrane, 1962) que se presentan en la región, por razones socioeconómicas, de altura y clima.

- 5) En el total de los trabajadores estudiados se encontró bajo porcentaje con alteración funcional respiratoria, 11,3%. En el grupo de los obreros con silicosis clásica se encontró que en dos tercios (46 en 68) las variables de función respiratoria eran normales.

Es improbable que esta sea una situación real, teniendo en cuenta la prevalencia de la enfermedad radiológicamente diagnosticada, 27%, y la importancia de la expresión lesional en el caso de las silicosis confirmadas. Se puede presumir que los valores de normalidad utilizados para la comparación con los obtenidos, son inferiores a los valores normales de la colectividad estudiada. Es factible que la altura de la región, el tipo de trabajo y la extracción predominantemente campesina de estos mineros provoquen un aumento de los parámetros respiratorios utilizados en este trabajo, de tal forma que los valores normales promedios sean francamente mayores que los elaborados por la Comunidad Europea del Carbón y el Acero (CECA). Los porcentajes de desviación, consecuentemente, estarían falseados.

Esta objeción fue planteada a priori por los investigadores y uno de los objetivos del trabajo era calcular tablas propias de normalidad para la colectividad minera.

La suspensión del trabajo decretada en setiembre de 1973 dejó trunca esta elaboración imprescindible para una correcta pesquisa y evaluación de neumoconiosis en la Mina de Indio Muerto.

Bibliografía

- Belding, H. S.; Hatch, T. F. (1955). Index for evaluating heat stress in terms of resulting physiological strains. *Heating, Piping and Air Conditioning*, v. 27, n. 8, p. 129-136.
- Bion, W. R. (1979). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bohlig, H.; Bristol, L.J.; Cartier, P.H.; et al. UICC/Cincinatti Classification of the radiographic appearances of pneumoconiosis. *Chest*, v. 58, n. 1, 57-67, 1970.
- Bolt, W.; et al. (1961). Aide memoire pour la pratique de l'examen de la fonction ventilatoire par la spirométrie. Luxembourg: Haute Autorité de la C.E.C.A.
- Bureau International du Travail. (1966). *Les épreuves fonctionnelles respiratoires dans les pneumoconioses*. Ginebra: BIT.
- Cochrane, A. L. (1962). The attack rate of progressive massive fibrosis. *British Journal of Industrial Medicine*, v. 19, n. 1, p. 52-64.
- Copi, I. M. (1968). *Introducción a la lógica*. 6ta ed. Buenos Aires: Eudeba.
- Davis, H.; Kranz, F. (1964). International audiometric zero. *Journal of the Acoustical Society of America*, v. 36, n. 8, p. 1450-1454.
- De Treville, R. T. (1964). Natural occurrence of lead. *Archives of Environmental Health*, n. 8, p. 24-33.
- Donovan PP, Feeley DT, Canavan PP. (1968). A survey on lead contamination in mines in western Ireland. *Chemistry & Industry*, n. 51, p. 1802-1804.
- Federal Register. (1969). 50-204.10 Occupational noise exposure. *Federal Register*, v. 34, may 20.
- Fernández, G.L.; Fernicola, N.A.G.G.; Molina de Severino, H.L.; Guatelli, M.A. (1970). Estudio cuantitativo de la LDH (L-lactato-NAD-oxidoreductasa) y sus isoenzimas en la exposición plúmbica profesional. *Bioquímica Clínica*, v. 4, n. 1, p. 3-11.
- Fiorini, B.A. (1968). *Manual de Derecho Administrativo*. Buenos Aires: La Ley.
- Gibson, S. L. M.; Mackenzie, J. C.; Goldberg, A. (1968). The diagnosis of industrial lead poisoning. *British Journal of Industrial Medicine*, n. 25, p. 40-51.
- Goldberg, A.; Smith, J.A.; Lochhead, A. C. (1963). Treatment of lead-poisoning with oral penicillamine. *British Medical Journal*, v. 1, p. 1270-1275.
- Goldwater, L. J.; Hoover, A. W. (1967). An international study of "normal" levels of lead in blood and urine. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, n. 15; p. 60-33.
- Jones, H.H. (1968). American Conference of Governmental Industrial Hygienists' proposed threshold limit value for noise. *American Industrial Hygiene Association Journal*, v. 26, n. 26, p. 537-540.
- Kehoe, R. A. (1960). *The Harben Lectures: The metabolism of lead in man in health and disease*. Cincinnati: Kettering Laboratory.
- Leithead, C. S.; Lind, A. R. (1964). *Heat stress and heat disorders*. London: Cassell.
- Morgan, W.K.; Burgess, D.B.; Jacobson, G.; O'Brien, R.J.; Pendergrass, E.P.; Reger, R.B.; Shoub, E.P. (1973). The prevalence of coal workers' pneumoconiosis in U.S. Coal Miners. *Archives of Environmental Health*, v. 27, n. 4, p. 221-226.
- Reunion d'Experts Sur la Classification Internationale des Radiographies de Pneumoconiosis. Bureau International du Travail. Ginebra, 1958.
- Rodríguez Brunengo, N. (1969). *Organismos laborales dentro de la empresa*. Buenos Aires: Plus Ultra.

- Organización Panamericana de la Salud. (1967). Seminario Regional de Silicosis. La Paz: OPS.
- Singerman, A. (1970). Revista de la Asociación Bioquímica Argentina, v. 35, n. 186-187, p. 78-82.
- Stopps, G. J.; Maxfield, M. E.; McLaughlin, M.; Pell, S. (1966). Lead research: current medical developments. 31st Annual Meeting of the Industrial Hygiene Foundation. Pittsburgh, Oct, 18-19.
- Ter Haar, G. (1970). Air as a source of lead in edible crops. Environmental Science & Technology. v. 4, n. 3, p. 226-230.
- World Health Organization. (1966). WHO Occupational Health 66.39. Geneva: WHO.
- Zurlo, N.; Griffini, A. M.; Vigliani, E. C. (1970). The content of lead in blood and urine of adults, living in Milan, not occupationally exposed to lead. American Industrial Hygiene Association Journal, v. 31, n. 1; p. 92-95.



En julio de 1973 se creó, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y Popular de Buenos Aires, el Instituto de Medicina del Trabajo (IMT). El decano de la Facultad era Mario Testa y el director del IMT era Ricardo Saiegh. La experiencia del IMT cuestionó las categorías y prácticas en higiene, seguridad y medicina del trabajo dominantes en la época, colocando en tensión el rol adjudicado a los médicos y a las ciencias médicas en relación con el trabajo y los trabajadores. Se trató de un proyecto político sobre el campo de la salud, organizado y elaborado con propósitos renovadores respecto de la relación entre medicina y trabajo. La particularidad del IMT fue su planteo sobre la participación de los trabajadores y sus organizaciones en el control de la salud, la higiene y la seguridad laboral.

Las referencias teóricas del IMT provenían del Modelo Obrero Italiano (MOI) impulsado por la Confederazione Generale Italiana del Lavoro que circulaba desde fines de la década de 1960. A pesar de la corta vida institucional (1973 y 1974) el IMT logró una gran proyección, la cual puede rastrearse en la biografía intelectual y profesional de la mayoría de sus integrantes.

Las actas de las Jornadas Nacionales de Medicina del Trabajo, realizadas entre el 1 y el 3 de noviembre de 1973, fueron publicadas originalmente por EUDEBA, en 1974. Dada la relevancia histórica del IMT hemos decidido volver a editar este libro en la serie Clásicos, como forma de mantener viva la memoria de los grandes hitos de la salud pública argentina y también como homenaje a quienes participaron de esta experiencia desde distintos lugares y concepciones ideológicas.

Hugo Spinelli

Director de la Colección Cuadernos del ISCo

