

La salud de los trabajadores de la salud  
De la medicina ocupacional a la salud del trabajador

Luciana Reif

[lc.reif@gmail.com](mailto:lc.reif@gmail.com)

Universidad Nacional de Avellaneda-CONICET  
Argentina

Resumen: Esta ponencia se plantea como objetivo desarrollar conceptualmente la relación entre salud y trabajo analizando comparativamente que concepción de salud subyace bajo el modelo de riesgo laboral y cual bajo el modelo de salud del trabajador. A partir de este desarrollo, se analiza luego la salud de los trabajadores de la salud, las particularidades y desafíos para su abordaje a partir de los enfoques conceptualizados

Palabras claves: riesgo laboral, salud del trabajador, trabajadores de la salud

Key words: occupational hazard, worker's health, health workers

## Introducción:

La relación entre salud y trabajo se remonta a mediados del siglo XIX con el surgimiento de la medicina del trabajo (Minayo,2012). Esta especialidad surge con una visión eminentemente biologicista centrada en una relación unicausal sustentada en el paradigma epidemiológico de la teoría del germen que sostenía que las enfermedades eran producidas por un agente patógeno específico (Urquía,2006.)La identificación del agente patógeno específico era el objetivo de dicho modelo centrado en la fábrica como lugar de trabajo.

El concepto de salud ocupacional supone un avance frente al concepto anterior y emerge en el contexto de la epidemiología del riesgo, en este sentido la ocurrencia de la enfermedad en el ámbito del trabajo comienza a estar dada por la exposición del trabajador a distintos factores de riesgo. Lo que se logra es relacionar la exposición de grupos de personas a uno o más factores con los resultados de dicha exposición, asociando la presencia de estos factores a determinadas condiciones de salud (Urquía, 2006).En el ámbito laboral esta noción se centra en el concepto de “riesgo laboral” para designar aquellos factores o elementos del ámbito laboral que pueden impactar en la salud de los trabajadores, los que han sido comúnmente designados como tales son: físicos, químicos, biológicos y de inseguridad (Grimberg,1997). A estos factores en la última década se han sumado los factores de riesgos psicosociales (Neffa,2016).

Por último a partir del estudio de la corriente de Salud Colectiva presente en Brasil ha surgido el concepto de “salud del trabajador” cuyo objeto de estudio es el proceso de salud enfermedad de los trabajadores que abreva también en la medicina social latinoamericana tomando como categoría central el proceso de trabajo y un rol activo de los propios trabajadores como sujetos políticos colectivos (Minayo,2006)

Tomaremos los dos últimos modelos para reflexionar y analizar cómo es entendida la salud en la forma particular en la que cada uno intenta explicar el impacto del trabajo en la salud de los trabajadores.

## Desarrollo

El concepto de riesgo laboral surge en el marco de la medicina del trabajo y la higiene y seguridad, siendo tributario de una concepción eminentemente técnica de la relación entre trabajo y salud. Refiere a aquellos factores o elementos presentes en el ámbito laboral que son plausibles de producir un daño a la salud de los trabajadores. A efectos de producir conocimiento, estos riesgos deben ser claramente identificables y medibles, el potencial de daño a la salud se describe entonces en términos cuantitativos, de lo que se trata es de cuan nocivo es determinado factor en relación a un parámetro de normalidad establecido previamente (Grimberg, 1997). Se focaliza en el ambiente laboral dejando de lado la atención a las condiciones de vida asociadas al mismo. La exposición a dichos factores refiere a una unidad de análisis puntual, el trabajador individual y el efecto de dicha exposición serían procesos patológicos específicos, o tipificados como “enfermedad profesional” o “accidentes de trabajo”. Este enfoque individual centrado en el agente nocivo y en la enfermedad incapacitante termina invisibilizando el desarrollo de procesos colectivos de salud- enfermedad en relación con el proceso de trabajo, lo colectivo en última instancia termina siendo la sumatoria de los trabajadores individuales. (Grimberg,1997) Lo que permite el concepto de riesgo es la cuantificación de los eventos de salud-enfermedad, de esta manera las diferencias o particularidades de los procesos concretos se subsumen en el concepto unidimensional del riesgo, en las exposiciones a los agentes nocivos y en los efectos patológicos que producen. (Filho, 2009)

La prevención de los riesgos psicosociales focaliza en el control de la exposición, a través de acciones técnicas o sanciones de tipo monetario. Lo que se deja de lado, como profundizaremos posteriormente, es la elucidación de la complejidad que encierra el proceso de trabajo dentro de las formaciones capitalistas. Al concebir a dichos agentes de manera neutral y aislada se los separa de los procesos de trabajo concretos o de los contextos de producción en los cuales se encuentran. Como afirma Grimberg (1997) el modelo de riesgo laboral analiza la relación trabajo-salud desde una dimensión exclusivamente técnica, dejando de lado el aspecto relacional en términos sociales y políticos que implica el proceso de trabajo. Lo que se termina invisibilizando son las

relaciones de poder intrínsecas al proceso productivo, las estrategias históricas de producción- acumulación de capital, así como las formas predominantes que adquieren las relaciones sociales en el trabajo en cada situación concreta dada. A sí mismo, las propuestas que buscan ampliar los factores de riesgo considerando los factores psicosociales y culturales no problematizan sin embargo las bases conceptuales del enfoque de riesgo; ya que el análisis termina reduciéndose a la sumatoria de una serie de factores sin jerarquización ni peso específico en el proceso de trabajo como determinante del proceso de salud-enfermedad. (Grimberg, 1991)

En palabras de Juan García (1983) la medicina ocupacional considera la categoría trabajo solo en cuanto a sus condiciones materiales. Sin embargo el mejoramiento de las condiciones de trabajo si bien puede disminuir las patologías asociadas a la misma, no hace desaparecer aquellos otros procesos de salud-enfermedad que resultan del proceso mismo de trabajo en el capitalismo. El trabajo según Marx (1975) es en primer lugar un proceso en el cual el hombre se apropia de la naturaleza y la transforma, pero al mismo tiempo en este mismo acto transforma su propia condición. Esto es así, ya que por medio del proceso de trabajo el hombre desarrolla sus capacidades físicas y mentales, en este sentido el proceso de trabajo es de por sí un productor de salud, entendiendo a la misma como el máximo desarrollo de potencialidades del ser humano en consonancia con el grado de avance de las fuerzas productivas de la sociedad en un momento histórico determinado (García,1983). Sin embargo, como veremos más adelante, el trabajador en el capitalismo se encuentra alienado (Marx,1844), razón por la cual se encuentra imposibilitado de verse realizado como trabajador, y más aún cuando dicha alienación se encuentra atravesada por condiciones de empleo determinadas.

De esta manera cuando analizamos el proceso de salud-enfermedad circunscribiéndonos al enfoque de riesgo laboral, y a las enfermedades profesionales estamos tomando una concepción restringida del concepto salud al circunscribirla a manifestaciones biológicas o a lo sumo psicosomáticas, presentes en el sujeto individual. De otra manera si entendemos que el proceso de trabajo es productor de salud en tanto y en cuanto permite el desarrollo de las capacidades del hombre, siempre en relación con los otros, la concepción de salud sale de su molde individual es posible pensar desde otro enfoque cómo el trabajo produce salud o lo contrario en las formaciones capitalistas. Una de las limitaciones del enfoque epidemiológico bajo el paradigma del riesgo es

justamente este, no solo reduce la exposición a una serie de factores aislados y aparentemente neutros sino también reduce el impacto de esa exposición a determinadas enfermedades profesionales que en última instancia solo estarían manifiestas en el cuerpo biológico del trabajador individual. Grimberg (1991) da cuenta de la necesidad de construir categorías de análisis que contengan al trabajo y la salud como relación social, en otros términos que permitan dar cuenta de cómo las condiciones históricas concretas del trabajo se traducen en procesos de salud-enfermedad.

Como sostiene Filho (2009) el enfoque del riesgo constituye una entidad que poseería una existencia autónoma, objetivable, independiente de los complejos contextos socioculturales en los cuales se encuentra la personas. Lo que se pone de manifiesto cómo se expresó anteriormente es la falta de una concepción positiva de la salud ya que como vimos en el análisis de riesgo el proceso de salud enfermedad queda restringida a la prevención de daños.

El modelo de la medicina ocupacional entra en crisis en los años 60, paralelo a la emergencia de movimientos sociales que empiezan a cuestionar en forma colectiva las condiciones de trabajo y su efecto en la salud (OPS,OMS 2013). El Movimiento obrero italiano (MOI) fue precursor a la hora de luchar por las condiciones de salud dentro del trabajo, poniendo en el centro de la escena el conocimiento de los obreros en dialogo con médicos, técnicos y académicos (OPS,OMS 2013)

La experiencia italiana introdujo una mirada colectiva de la salud, conjugo en los trabajadores el sujeto y el objeto de estudio ya que pasaron a ser ellos mismos los investigadores del impacto de las condiciones laborales en su salud. En este sentido constituyó una experiencia para la acción y la socialización del conocimiento. Sin embargo, respecto a dicha producción del conocimiento el MOI se baso en cuatro grupos de riesgo que exceptuando el último grupo con énfasis en la subjetividad, no escaparon a las concepciones clásicas de la Medicina Laboral (Laurell, 1984). De esta manera se puede afirmar que el énfasis que el modelo puso en la experiencia subjetiva de los obreros quedo limitado por los cuatro grupos de riesgo del manual elaborado. Siendo inexistente también una propia conceptualización respecto a la salud y al trabajo tomando los modelos técnicos desarrollados por los médicos e ingenieros industriales sin reflexionar críticamente en torno a ellos (Laurell, 1984).

Esta experiencia sin embargo fue retomada por el enfoque de salud del trabajador. El concepto de salud del trabajador se focaliza en el estudio del proceso de trabajo desde el punto de vista de las ciencias sociales, la epidemiología y la planificación (Minayo, 2012). Este concepto permite un análisis más complejo ya que sitúa al proceso de trabajo dentro del contexto histórico, social, económico, político y cultural dentro de un modo de producción determinado, teniendo en cuenta el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción que se dan en los espacios de trabajo. Hay distintos autores que permitieron el análisis del proceso de trabajo y su impacto en la salud en este marco. En la década del setenta aparece en América Latina la corriente conocida como “Medicina Social Latinoamericana”, focalizándose en la estructura política y económica pone el acento en los temas macrosociales y en los efectos de los sistemas sociales sobre los individuos. Una de las figuras más emblemáticas de esta corriente fue Assa Laurell. Para esta autora (Laurell, 1978) parte del problema del análisis de la relación entre salud y trabajo estriba en la concepción simplista que se tiene del trabajo. La medicina contemporánea analiza el impacto que tiene el trabajo en la salud como un fenómeno biológico individual que solo ocurre en el ámbito del consumo, como si el proceso de salud enfermedad en su relación con el trabajo ocurriera solo en el escenario del mercado (García, 1983; Laurell,1978). En este sentido los análisis más comunes reparan en el trabajo y en la forma en la que este a través del salario es capaz de satisfacer las necesidades. La reproducción social y el proceso de salud enfermedad de las poblaciones pasa entonces a estar por fuera del ámbito laboral y el proceso de trabajo, la forma en la que se consume la fuerza de trabajo está exenta de todo análisis.

El concepto adecuado para analizar esta relación es el de proceso de trabajo; dicho concepto especifica la relación entre el trabajo, los instrumentos de trabajo y el objeto de trabajo, permitiendo a su vez el estudio de dos características fundamentales del mismo: su carácter técnico y su carácter social. (Laurell,1978) El carácter técnico del proceso de trabajo es tenido en cuenta por el enfoque de riesgo laboral, sin embargo como dijimos anteriormente supone una concepción restringida de la salud y políticamente neutra. En este sentido Assa Laurell (1978) afirma que la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico individual sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. La definición de la

enfermedad como proceso biológico debe dar lugar a una comprensión de la enfermedad dentro de un proceso de salud- enfermedad que es histórico y social en sí mismo ya que no es posible fijar la normalidad biológica por fuera de la historia. Apartándose de la explicación monocausal que entiende que la enfermedad es producto de la actuación de un agente externo así como de la multicausal donde lo social entra en juego como una variable más, de lo que se trata afirma Assa Laurell es reconocer la especificidad de lo biológico y lo social y analizar la relación que guardan entre sí. En una apuesta por empezar a dar respuesta a esta problemática la autora sostiene que “el proceso de salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción” (Laurell, 1978); las categorías fundamentales para empezar a dilucidar cuál es el carácter de esta relación son la clase social y el proceso de trabajo. Laurell (1978) a la hora de analizar la relación entre el proceso de trabajo y el proceso de salud enfermedad, retoma la concepción marxista. Nos parece importante a los fines de la exposición detenernos en el concepto de alienación. El surgimiento del capitalismo supone en primer lugar la separación del trabajador de sus medios de producción que pasan a estar en manos de los dueños del capital, en este sentido el trabajador de lo único que dispone es de su fuerza de trabajo para vender en el mercado. En este sentido Marx (1975) habla en primer lugar de la alienación del trabajador respecto del producto de su trabajo, un objeto que le resulta extraño, enajenado; la vida que le ha prestado al objeto se le presenta como un poder extraño y hostil. Sin embargo no es solo el producto del trabajo respecto al cual el trabajador está alienado, también lo está respecto al acto de producción misma. Mientras que el producto del trabajo es la enajenación, la producción misma es la enajenación activa. En su trabajo el trabajador no se afirma sino que se niega. Al mismo tiempo el hombre se encuentra también enajenado con respecto a sí mismo, con respecto a su propio cuerpo y a su esencia humana; y por último la enajenación del hombre respecto del hombre, es decir respecto a cualquier otro sujeto como ser social (Marx, 1844). El desarrollo del capitalismo supuso el paso de la extracción de la plusvalía absoluta que implicaba un aumento de la jornada laboral, a la extracción de plusvalía relativa que suponía el aumento de la productividad en el trabajo por medio de un cambio en la tecnología o una intensificación de la jornada de trabajo en la misma cantidad de horas trabajadas. (Laurell, 1978) De esta manera, la

incorporación de tecnología, supone la captura del trabajo vivo por el muerto, en tanto y cuanto le quita al obrero el factor subjetivo convirtiéndolo en un factor meramente técnico u objetivo; lo cual termina profundizando los procesos de alienación ya mencionados. Si bien es durante el modo de producción capitalista en el cual podemos entender que el trabajador se encuentra alienado, esta alienación se profundiza con el aumento de la extracción de plusvalía relativa característico de las nuevas formas de gestión tecnológicas de la fuerza de trabajo en el sector salud, que pasaremos a describir a continuación.

En el campo de la salud, el proceso de trabajo presenta características particulares. Tomamos el enfoque de Merhy (2006) quien entiende que el proceso de trabajo en el campo de la salud tiene en la producción subjetiva del cuidado su razón de ser, constituyéndose como “trabajo vivo en acto”. El trabajo vivo en acto refiere a un proceso agenciado por sujetos que tienen el atributo de la libertad y la creación, en donde el producto del trabajo en salud solamente existe durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso, trabajadores y usuarios. Esta producción subjetiva del cuidado en salud está presente en el ámbito del proceso de trabajo, y al mismo tiempo en la producción de sí mismos como sujetos de trabajo (2006). En este sentido el producto de trabajo no puede ser desvinculado del trabajador que lo ejecuta porque se realiza en el mismo proceso de producción. Como afirma Merhy (2006) a diferencia del trabajo fabril, en salud el acto de producción y el acto de consumo ocurren al mismo tiempo. Esta particularidad del proceso de trabajo de los trabajadores de la salud pone un límite a la captura del trabajo muerto por el trabajo vivo que nunca puede ser total. De la misma manera el impacto de la década neoliberal, con la reestructuración productiva y su impacto en la salud también debe ser revisada a la luz de estas particularidades.

Como venimos desarrollando, desde el enfoque de la salud del trabajador, las consecuencias que tiene el proceso de trabajo sobre la salud que afectan a los trabajadores de este campo deben abordarse desde una perspectiva histórica y a largo plazo. La larga década neoliberal de los noventa, tras sucesivas reformas sectoriales, ha dejado un legado muy difícil de revertir: precariedad laboral, bajos salarios, descalificación profesional, incumplimiento de las carreras, desinterés por los recursos

humanos, gestión arbitraria, injusticias laborales, incumplimientos legales, reducción presupuestaria, de inversión, deterioro de instrumentos e infraestructura hospitalaria, etc. (Novick, 2003) Además, la crisis social producida en aquella época, ha impactado de manera directa sobre el equipo de trabajadores de la salud a través del cambio cuantitativo, incremento de la población atendida, y cualitativo de la demanda, la aparición de problemáticas sociales que no pueden ser resueltas desde la intervención clínica (Belmartino, 2000) Entre las transformaciones del empleo en el sector se señalan nuevas modalidades de contratación que modificaron y flexibilizaron el empleo estable del sector (Aspiazu, Baldi y Lanari, 2011)

De la mano de estos cambios, en las últimas décadas también se ha evidenciado una desvalorización de la ética del servicio público a favor de valores más comerciales. (Novick, 2003) La incorporación de tecnologías duras es un exponente clave de este proceso. Tomamos el concepto de tecnologías desarrollado por Merhy (2006) que las concibe en un amplio espectro que incluye las máquinas, instrumentos y estructuras organizacionales (tecnologías duras); los saberes (tecnologías duras-blandas), y las relaciones (tecnologías blandas). En este sentido ha ganado peso la incorporación de un modelo de gestión en salud que prioriza la medicina tecnológica, mercantil y un perfil de profesión liberal. Es así que el campo de salud termina profundizando las lógicas de trabajo alienadas agudizadas por las mencionadas condiciones de empleo. Como afirma Spinelli (2010) estas lógicas terminan impactando en el proceso de trabajo y por ende en la salud de los trabajadores. Se expresa en una pérdida de vínculos del trabajo con la organización, con sus compañeros, con los pacientes y con el trabajo mismo. (2010) La transición tecnológica hacia el predominio de tecnológicas duras, o duras-blandas implica la fragmentación del cuidado, una gestión cada vez más competitiva. Es necesario comprender como esta gestión en el campo de la salud impacta en el proceso de trabajo, en los procesos de salud enfermedad de sus trabajadores, más todavía cuando el trabajo humano en salud es un elemento insustituible y el aspecto relacional adquiere una centralidad y una relevancia. Las características del trabajo antes mencionadas demandan al trabajador una implicación total en términos afectivos, corporales e ideológicos (OPS/OMS, 2013). Al mismo tiempo el deterioro de las relaciones que se ve atravesado por una lógica mercantil de gestión de las organizaciones pone en

evidencia el aumento de las situaciones de violencia entre trabajadores y usuarios, y entre los propios pares (OPS/OMS, 2013)

## Conclusiones

Por las características desarrolladas y las particularidades del proceso de trabajo de los trabajadores de la salud, la concepción de la medicina ocupacional a través del concepto de riesgo laboral nos parece insuficiente ya que invisibiliza las relaciones de poder, las estrategias históricas de producción y acumulación de capital, la forma particular en la cual se encuentra mercantilizado el campo de la salud, y la forma específica en la que esto afecta la organización del trabajo y por lo tanto el proceso de trabajo de los propios trabajadores de la salud. Al mismo tiempo el enfoque de salud del trabajador también comporta sus propias limitaciones: existe un desfase entre el avance teórico para aprehender la complejidad de las cuestiones relativas a la salud de los trabajadores y el nivel de los resultados empíricos alcanzados con los estudios. En este sentido lo que se sigue conceptualizando como salud, incluso cuando se hable de un proceso de salud enfermedad, es la dimensión biológica individual como resultante de lo que se entienda en cada enfoque por trabajo (proceso de trabajo, organización de trabajo, riesgo laboral). Son muchas las preguntas que se abren cuando se entiende la complejidad del proceso de trabajo en general, y en los trabajadores de la salud en particular. La producción subjetiva del cuidado, “el trabajo vivo en acto” (Merhy, 2006) atravesado por la lógica mercantil, el impacto de la década neoliberal en el campo de la salud, y el aspecto relacional como una característica central en los procesos de trabajo no pueden analizarse como factores de riesgo desde un carácter eminentemente técnico desligados de las complejidades sociales mencionadas.

## Bibliografía

- Almeida Filho, N., David, L., & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*, 5(3), 323-344.
- Aspiazu, E., Baldi, L., & Lanari, M. E. (2011). Prestadores, prestatarios y pacientes: un análisis de las voces y silencios de los reclamos de los profesionales de la salud.
- Belmartino, S. (2002). Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina Equity issues in health care reform in Argentina. *Cad. Saúde Pública*, 18(4), 1067-1076.
- García, J. C. (1983). La categoría trabajo en la medicina. *Cuadernos Médico-Sociales*, 23, 5-18.
- Grimberg M. (1991) Condiciones de trabajo y salud: el “riesgo” de ser gráfico. Trabajos y condiciones de vida en sectores populares urbanos. Biblioteca. Buenos Aires. p. 85–119.
- Grimberg, M. (1997). Demanda, negociación y salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos, 1984-1990. *Oficina de Publicaciones, CBC*.
- Laurell, A. C. (1975). Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. *Medicine*, 9(7), 351-63.
- Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17, 59-79
- Marx, K. (1975). El capital, crítica de la política económica, Tomo I “la producción del capital”, Siglo XXI, Buenos Aires 2003. *Libro I*.
- Marx K. (2002) Manuscritos económicos y filosóficos de 1844.
- Merhy, E. E., & De Vega, L. I. N. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar
- Minayo Gómez, C. (2012). Historicidad del concepto " salud del trabajador" en el ámbito de la salud colectiva: el caso de Brasil. *Salud Colect.* 8(3):221–7.
- Neffa, J. C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo. *Contribución a su estudio*.

*Argentina: CEIL-CONICET Universidad Nacional de la Plata.*

Novick, M., Galin, P., & Abramzón, M. (2003). *Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Argentina: información estratégica para la toma de decisiones*. OPS.

OPS; OMS Argentina. (2013) *La salud de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires; 244 p.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.

Urquía, M. L. (2006). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria.