

“Acerca de la omisión de lo psíquico en la Salud laboral /ocupacional”

Lía Gabriela Guerra

Institución: Universidad Nacional de la Patagonia Austral

e-mail: lgguerra@yahoo.com

Mesa N° 43: Los mercaderes del templo: la salud en tiempos de capitalismo global

Disciplinas: Psicología – Antropología de la salud

Palabras clave: Trabajo - condiciones laborales - salud laboral – subjetividad

Resumen

La presente comunicación surge de la indagación, en curso en el marco de una tesis doctoral, del impacto en la salud mental de los trabajadores petroleros de las condiciones laborales propias del sector. Dicha indagación se sitúa en la cuenca del Golfo San Jorge, en la Patagonia argentina, región de la que se extrae aproximadamente el 50% del total de producción nacional de crudo.

Las categorías y herramientas teóricas empleadas en el análisis de los hallazgos empíricos privilegian una concepción dialéctica de las relaciones entre las esferas de la producción y la reproducción social, atendiendo particularmente a las modalidades en que las condiciones laborales, en una organización sociomunitaria de enclave, configuran la subjetividad de los trabajadores, y los malestares que la habitan.

Partiendo del análisis crítico de las diversas concepciones de salud, se abordan las perspectivas contemporáneas de la salud laboral, y la seguridad y protección de los trabajadores, tanto en lo concerniente al orden de los discursos (académico - científico y jurídico) como de las prácticas, es decir, las intervenciones que sostenidas en esos discursos se llevan a cabo sobre lo real de los cuerpos.

En ese contexto, se verifica la existencia de significativas discrepancias, tanto al interior del paquete textual, como respecto de las prácticas que en ese "saber" se legitiman, que pese a la enunciación del bienestar “psicofísico”, “bio-psico-social”, “integral”, etc. omiten toda consideración de la subjetividad y la experiencia histórica singular, operando la reducción del sujeto al organismo. Ello da cuenta de la

subordinación de la salud laboral al modelo médico hegemónico, signado por una perspectiva naturalista que elude toda reflexión sobre el carácter histórico de la producción, los determinantes estructurales de la inserción laboral y la dimensión política de la salud, revelando así su adhesión a un proyecto conservador de las estructuras sociales.-

“Acerca de la omisión de lo psíquico en la Salud laboral /ocupacional”

“Yo en este momento estoy media pirucha, viste? ... durmiendo 3 horas por día...muy mal, muy mal. Me duermo... porque estoy cansada, pero me despierto pensando en el trabajo... todos los conflictos que te genera esta situación.”
(empleada de YPF, 50 años)

*“ Durante años hemos tratado de mostrar las patologías mentales que produce el trabajo pero ante la situación actual hay que darle la vuelta a la cuestión y preguntarse: ¿Cómo hacen tantos y tantos trabajadores para no volverse locos a pesar de estar confrontados a unas exigencias de trabajo insufribles?”
(Cristophe Dejours, 2009)*

1. Introducción

La presente comunicación surge de una tesis doctoral en ejecución que tiene por objeto analizar y problematizar los efectos producidos por el proceso de trabajo de la industria petrolera, en la salud mental de los trabajadores. El trabajo de campo se localiza en la región de la cuenca del Golfo San Jorge (que comprende la zona norte de la provincia de Santa Cruz y sur de la provincia de Chubut), de la que se extrae en la actualidad aproximadamente el 50% del total de producción nacional de crudo.

La extracción de hidrocarburos es la actividad productiva prevalente en la región, constituyendo en consecuencia la inserción laboral privilegiada en función de los ingresos salariales - que constituyen los más elevados de todas las ramas de actividad -, y el acceso al consumo que de ello se deriva. Cobra especial relevancia el hecho de que la región se constituyó históricamente como un **enclave petrolero**¹. La noción de enclave, como categoría de análisis remite no sólo a una realidad económica sino también a un sistema específico de relaciones sociales asalariadas, caracterizado por la estrecha vinculación entre el centro productivo y los servicios necesarios para mantener a los trabajadores y sus familias (Zapata: 1985). De modo tal que se reconocen en él dos dimensiones fuertemente imbricadas: la económica (relativa a la estructura sectorial, las relaciones sociales y técnicas de producción y los vínculos con

¹ Las formaciones de enclave constituyeron en América Latina una forma recurrente y bastante generalizada de dinamizar el desarrollo productivo y organizar el espacio territorial. Se trata de una forma de organización económica y social de vasta referencia empírica en las economías latinoamericanas (Zapata, 1985).

el Estado y la economía nacional y mundial), y la social (la estructura social del trabajo, la organización política y gremial, las diferencias y jerarquías sociales, la vida comunitaria). Así, los servicios sociales y comunitarios, el mercado de trabajo y la vida institucional están directamente vinculados al centro de producción, y el resto de las actividades económicas y el sistema comunitario existen en función de la actividad de enclave, a la vez que los principales recursos locales y el sostenimiento de la infraestructura urbana devienen de los salarios, las demandas, los servicios y las donaciones que brindan las empresas del sector. No sólo se trata entonces de una economía sino de una organización socio – comunitaria “de enclave”, que – sin lugar a dudas - deja huellas en la subjetividad, dado que la organización de la producción trasciende lo estrictamente económico para impregnar todo el ámbito de la experiencia subjetiva, merced al proceso de condicionamiento recíproco de la esfera de la producción y de la reproducción. Palermo (2012:117) lo expresa así “...un control de la empresa en la esfera de reproducción social situado en todas las hendiduras de la cotidianeidad de los trabajadores y sus familias: la vivienda, la salud, la educación y las distintas formas de recreación y ocio.” Se ha planteado asimismo, para este tipo específico de organización socio- productiva, una gran vulnerabilidad institucional y social hacia los ciclos económicos y los cambios de política sectorial (Salvia, 1997); así como otras características que ameritan ser tenidas en cuenta en función de precisar el potencial impacto en términos de generar vulnerabilidad subjetiva. Entre ellas se destaca la alta composición migratoria que presenta su población. La escasa población de origen², así como la existencia de niveles salariales por encima de la media nacional, son factores determinantes del comportamiento socio – migratorio típico, en función de constituirse como polos de atracción poblacional, resultando mayoritaria la atracción de trabajadores varones, en edad activa, que arriban al enclave en búsqueda de ingresos diferenciales. Ello resulta particularmente significativo dada la potencialidad traumática de la experiencia de desarraigo, así como la relevancia de las dinámicas vinculares respecto de la consideración de la salud mental.

El trabajo como actividad humana tendiente al dominio de la naturaleza, y medio para la subsistencia, ha existido desde siempre, pero no fue hasta la industrialización que adquirió las características que aun detenta, y que han llevado a los teóricos sociales a postular su centralidad. Centralidad dada en función de que las relaciones en las que

² Cabe señalar que, en la región que nos ocupa, la población de origen sólo era escasa en función de la campaña de exterminio que llevara a cabo el Estado argentino, durante las últimas décadas del siglo XIX.

los trabajadores asalariados del sector industrial se hallan inmersos en el espacio productivo determinan los espacios extraproductivos, tanto públicos como privados (Leite Lopez, 2011; Palermo, 2012, 2014; Figari y Palermo, 2010; Neiburg, 1988). Así, las particulares condiciones en las que el trabajo se desarrolla aparecen limitando y condicionando en gran medida las formas de vida y las relaciones extralaborales, tornando preciso determinar las formas de desgaste de los procesos de explotación y alienación inherentes a la relación asalariada (Menéndez, 1990).

Las particularidades de la inserción laboral exceden entonces, por mucho, el ámbito de la esfera productiva para penetrar los intersticios de la vida cotidiana, siendo asimismo constitutivas del singular modo de ser en el mundo. No resulta un dato menor que la absoluta mayoría de los individuos transcurran, teniendo en cuenta la expectativa de vida actual, aproximadamente la mitad del tiempo de vida en alguna (más – o menos – formal o informal, estable o precaria) inserción laboral, y aproximadamente el primer cuarto preparándose para su logro (ello claro, en el mejor de los casos, es decir, si cuentan con la fortuna de no verse obligados a trabajar durante la infancia). Cómo podría entonces no impactar en la salud?

Ya a fines del siglo XVII el médico italiano Bernardino Ramazzini (Carpi, 1633 – Padua 1714), realizó estudios sobre enfermedades profesionales, visitando los lugares de trabajo para observar los procedimientos y técnicas empleados, y los materiales y las sustancias que se utilizaban en cada oficio, información que complementó con la obtenida a partir de la realización de entrevistas. En el 1700, se publica en Módena su obra “*De Morbis Artificum Diatriba*” (Discurso de las enfermedades de los artesanos), el cual constituye el primer estudio de las enfermedades relacionadas con los distintos oficios. En él, Ramazzini realizó un detenido examen de los factores etiológicos de las afecciones propias de los distintos oficios que existían antes de la Revolución industrial, lo cual le valió el reconocimiento, en la historia de la medicina, de haber sido el fundador de lo que se denomina en la actualidad medicina laboral, y autor del primer tratado sistemático en la materia. En su obra analizó los peligros para la salud de productos químicos, polvo, metales, así como el efecto de las posturas corporales y los movimientos repetitivos o violentos, entre otros agentes potencialmente patógenos, encontrados en los trabajadores de una amplia gama de ocupaciones. Si bien no consideró factores de índole psíquica, resulta significativo que propusiera a los médicos ampliar las clásicas preguntas que Hipócrates dirigiera a los pacientes (Qué le pasa? Desde cuándo? A qué lo atribuye?), para incluir el interrogante:

¿Cuál es su ocupación?, dando cuenta de la participación de los factores sociales (tal como la inserción laboral) en la causación de las enfermedades.

Mucho se ha producido, en términos teórico- metodológicos tanto como jurídico – legales, desde aquella temprana inclusión (como factor a ser tenido en cuenta) hasta la actualidad, en relación a los efectos sobre la salud de la condición laboral, pero no es sino hasta el siglo XIX que por efecto conjugado (aunque no sin conflicto) de las demandas de las organizaciones obreras, y los dispositivos de ordenamiento y control social de los Estados (derivados de intereses militares, económicos y/o políticos), así como la labor de reformadores sociales, que la relación trabajo – salud se torna objeto de pre/ocupación sistemática (tanto en términos de análisis y estudio como de intervención) para múltiples actores sociales.

Es a partir de allí que se instituye de manera hegemónica un modelo de saber en torno de los procesos de salud-enfermedad, desde una perspectiva biológica (necesariamente a-histórica) que obvia la consideración de los aspectos sociales y políticos, y de la que se derivan prácticas institucionalizadas de orientación mercantilizadora y asistencialista basada en la eficacia pragmática (Menéndez,1978,1990).

Qué lugar ocupa en esos discursos (y en las intervenciones que en ellos se legitiman) lo mental?

En nuestro país, el proceso de trabajo en la mayoría de las empresas petroleras fueron muy similares hasta el año '90, en que la Secretaría de Energía comenzó a emitir normas regulatorias de la actividad en materia de prevención y control del medio ambiente para tareas de explotación y producción. En ese marco, los datos oficiales relevados por la SRT relativos a número de siniestros durante el período 2015, dan cuenta de que las provincias de Chubut y Santa Cruz cuentan con el lamentable privilegio de ocupar el primer y segundo puesto (20,0% y 17,7%) respectivamente en número de casos notificados, (se consideran tanto accidentes como enfermedades profesionales); ello resulta aún más significativo si consideramos el dato en relación a la escasa densidad poblacional respecto de las restantes provincias. Asimismo, es de esperar que el número total supere el de casos notificados, a lo que debe sumarse el hecho de que solamente se consideran los trabajadores cubiertos por sistema de la LRT.

Si consideramos los datos propios de la provincia de Santa Cruz, desagregados por actividad económica, se verifica que el sector relativo a la explotación de minas y canteras que incluye la extracción de petróleo es el **ámbito en el que se producen la**

mayor cantidad de accidentes y enfermedades profesionales. Dado que el segundo lugar corresponde al rubro construcciones, corresponde señalar que buena parte de las obras de infraestructura en la región forman parte de emprendimientos petroleros; resultaría entonces pertinente precisar – al interior de dicho rubro – el emplazamiento y destino de las obras a fin de referenciar los datos.

Resulta en este contexto relevante destacar que las empresas petroleras discriminan entre “accidentes” e “incidentes”, estos últimos de menor rango (por los daños ocasionados y porque no implican detener la tarea), con lo cual muchos accidentes no son considerados tales y, en consecuencia, no son denunciados. Otros factores inciden en que el número de accidentes acaecidos supere el que informan las estadísticas; por un lado, impactan negativamente en las evaluaciones que las operadoras realizan de las empresas contratistas, poniendo en riesgo la renovación de los contratos, existiendo acuerdo tácito de los trabajadores en ese ocultamiento, dado que - de no conseguir la empresa la renovación del contrato - perderían su fuente laboral; así como también los bajos índices de accidentabilidad representan significativos ahorros y/o mayores ganancias para las empresas en términos concretos.

Al interior de la actividad **minería**, las estadísticas disponibles dan cuenta de una significativa variación del número de accidentes y enfermedades profesionales según sus causas, tamaño de la empresa, medido en número de empleados, y según remuneración obtenida. Ello da cuenta de una marcada **segmentación** al interior del sector, de lo que se deriva la necesidad de estudios pormenorizados de carácter contextual (o multinivel), así como de la relevancia de territorializar (georreferenciar) la problemática.

En los estudios relevados hasta el momento y los datos regionales obtenidos sólo se consideran afecciones de índole somática, así como – en lo relativo al ambiente como potencial agente causal – son exclusivamente tenidos en cuenta los factores de índole física. Postulamos que se trata de un **análisis de tipo reduccionista**, habida cuenta de la ausencia / **negación de factores de índole psicosocial** que – sin lugar a dudas - participan en el proceso de salud – enfermedad.

Uno de los rasgos distintivo de la actividad petrolera en la región que nos ocupa (que se limita a la extracción, deshidratación y almacenamiento temporal del crudo hasta su traslado por vía marítima) lo constituyen las largas jornadas de trabajo y vastas distancias – dada la dispersión de los pozos - entre los lugares de residencia de los trabajadores y el lugar en el que desempeñan las tareas; así, puede darse que los

traslados (en algunos casos, diarios) insuman alrededor de 4 horas por jornada, o bien, lo más frecuente, que permanezcan en “el campo”, es decir instalados alrededor de los equipos de perforación en trailers que, si bien están completamente equipados, se hallan en total aislamiento. En función de esa disposición espacial propia de la actividad extractiva, el trabajo en los equipos se organiza en “diagramas” que varían desde 4 x 2 (días de trabajo por días de franco) hasta 20 x 10, mientras que las distancias varían entre 20 y 250 km (para los residentes en la zona), hasta casos de trabajadores que viven en la CABA y trabajan en la zona norte de Santa Cruz. A ellos se suma el hecho de los turnos rotativos, con lo cual los tiempos disponibles para actividades extralaborales (y, consecuentemente la participación en grupos de toda índole) son extremadamente limitados, no sólo cuantitativamente dada la escasísima disponibilidad de tiempo para la vida fuera de la producción, sino que también esa disponibilidad muy frecuentemente se presenta desfasada respecto de la del resto de sus congéneres. Definitivamente cabe aquí la definición propuesta por Halbwachs (1972:60) de la clase obrera como “*el conjunto de hombres que, para dar cuenta de su trabajo, debe volverse hacia la materia y salirse de la sociedad*”.

Ello denota un significativo impacto en la configuración y dinámica familiar derivada de la particular organización de este sector productivo; el hecho de estar ausente por períodos prolongados, e imposibilitado – en consecuencia – de participar de la mayor parte de las interacciones, relega al trabajador petrolero a un lugar claramente periférico, limitándose a funcionar como sostén económico. Asimismo, esa distancia espacial que genera distancia emocional, atenta contra la construcción de la relación de pareja, generando conflictos que incluso frecuentemente terminan en la ruptura del vínculo conyugal, o bien pueden generar situaciones de violencia doméstica.

Las excesivas horas de trabajo, habitualmente doce, a las que se suman – como se ha señalado hasta cuatro de traslado, así como la rotación de los turnos, no sólo restringe la sociabilidad, sino que genera grados extremos de fatiga, que los trabajadores refieren registrar concientemente tanto en el plano físico como psíquico.³ Por otra parte, los lugares físicos donde se desarrollan las tareas no sólo se hallan aislados de todo intercambio social (más allá del único posible con los compañeros del turno), sino que se encuentran sometidos a condiciones climáticas extremadamente adversas.

³ Está demostrado que turnos rotativos generan disminución de la performance (física e intelectual) y una desincronización inicial que incrementa el riesgo de accidentes, y se acompaña de diversas afecciones psicósomáticas (Cardinali, 2001)

Cabe preguntarnos, ¿en qué términos puede hablarse de salud mental ante exigencias de trabajo que bien podríamos calificar – con Dejours – de insufribles?

2. Acerca de la salud

“En toda sociedad, la enfermedad y la atención de la misma constituyen hechos estructurales, por lo cual la atención de la enfermedad expresa las características de la sociedad en la cual se desarrolla y opera.”
(Menendez, 2005)

Abordaremos en este apartado, en primer término los enfoques relativos a la salud en general, las concepciones de la salud mental, y posteriormente los planteos respecto de la salud laboral, para situar la perspectiva crítica desde la cual analizamos los fenómenos propios del campo.

✚ La salud como equilibrio (o la reducción del sujeto al organismo)

El *equilibrio entre el organismo y el medio* es, el modo más clásico y antiguo de conceptualizar la salud. Una de las primeras definiciones en esos términos la debemos a Galeno, quien afirma que “la salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O, también, es la cómoda armonía de los elementos.” (Moura, 1989: 42)

Esa concepción clásica, aun mediando algunas modificaciones, continúa vigente en la actualidad bajo las más diversas enunciaciones, siendo el marco de referencia obligado para los profesionales de la salud. Veamos el modo en que se expresa en una de sus versiones más contemporáneas: “*salud es un estado de relativo equilibrio de forma y de función del organismo que resulta de su ajuste dinámico satisfactorio a las fuerzas que tienden a perturbarlo. No es un interrelacionamiento pasivo entre la materia orgánica y las fuerzas que actúan sobre ella, sino más bien una respuesta activa del organismo en el sentido de ajuste*” (Perkins, en Kawamoto, 1995:11). Aún cuando se explicita que se trata de un equilibrio / ajuste “dinámico” y que el organismo responde de forma “activa”, el concepto se restringe al ámbito de lo biológico (“materia orgánica”) reduciendo el fenómeno de la salud a un mecanismo (en el estricto sentido del término) adaptativo, sin considerar que el ambiente al que el individuo humano se ve compelido a adaptarse es un medio artificial (determinado por variables históricas), al tiempo que resulta ser en muchas ocasiones el que genera las condiciones de aparición (y determina la distribución social) de las enfermedades. No sólo es un **concepto restringido** (entre otras cosas porque deja fuera la consideración de los

aspectos subjetivos), sino también **negativo**, ya que se halla implícita la noción de salud entendida como ausencia de enfermedad (se la define por lo que no es).⁴

✚ **La salud como bienestar**

En reacción a esas restricciones surgen conceptos “ampliados” que intentarán una definición positiva. En esta línea, un viraje significativo lo constituye la definición propuesta por la OMS, que postula que *“La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de molestia o enfermedad”*. Si bien aquí se supera la concepción previamente citada, avanzando en dirección a una definición positiva de la salud, han sido frecuentes las críticas por proponer un estado inalcanzable, utópico. Por otro lado, si se objetaba la falta de subjetividad, en este caso se peca de lo contrario, ya que **¿cómo podría el “bienestar” definirse de manera objetiva?** Debe reconocérsele, no obstante, la incorporación de los factores sociales entre los determinantes de los estados de salud / enfermedad. Es así que en la carta de Ottawa, desde su divulgación el principal marco de referencia de la promoción de la salud en todo el mundo, se postula como esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo; evaluación que debe acompañarse de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública.

En la misma dirección converge el enfoque de la **salud mental**, la cual según la OMS “se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

Si bien en todos los campos a los que la definición se refiere (físico, mental y social) el bienestar carece de parámetros objetivos, consideración especial requiere lo relativo al campo mental y social. Cabe preguntarnos, *¿cuáles son las tensiones “normales” de la vida? Qué actividades merecen calificarse como “contribuciones a la comunidad”?* ¿y quién/es detentan el poder para efectuar esa calificación? ¿en qué medida trabajar “de forma productiva y fructífera” es una opción al alcance de todos? Si se deja de lado el carácter histórico de cada uno de esos aspectos, (no menos históricos que la subjetividad y la sociedad), sólo se arribará a una concepción de salud

⁴ Tributario de este enfoque con eje en el des/equilibrio es el concepto de estrés.

/enfermedad (en correspondencia con el binomio normal / patológico) que no habilita más que a diagnósticos (e intervenciones derivadas) de tenor moralizante. Es en tal sentido que debe entenderse la aseveración de Dejours (1986) al afirmar que **no sólo es difícil precisar lo que debemos entender por bienestar mental, sino que puede resultar muy peligroso intentar precisarlo**. El estado de bienestar implica la negación de la tensión que, en un cierto grado, es inherente a la vida, y es sólo el registro de algún tipo de malestar, aún cuando sus causas sean desconocidas para el que lo vivencia, lo que puede motorizar cambios tanto en el plano individual como social. Así concebida, salud mental sería equivalente a la inacción y una pasiva adaptación al statu quo. He aquí una pequeña muestra tomada del discurso psiquiátrico: “Una vez superada con éxito [la fase de la adolescencia] la persona surge como un ser (...) con la libertad de iniciativa personal que representa una comfortable adaptación de la propia situación personal a las circunstancias que caracterizan al orden social del que uno es parte.” (Sullivan, 1959: 67). A ese respecto, corresponde señalar que en la aceptación - o no - de un concepto determinado hay mucho más que un enunciado en juego, dado que de allí se derivan ciertas intervenciones efectivas sobre el cuerpo y la vida de los sujetos, implicando la re/definición de ese espacio donde se ejerce el control administrativo de la salud de los individuos. Es por tanto una **opción teórica**, pero que implica siempre una **opción política**.

Así, al hablar de bienestar social y mental, sin problematizar esos conceptos, el discurso médico - sostenido en un saber meramente normativo sin ninguna pretensión científica - acaba ocupando el lugar del discurso jurídico y todo aquello que amenaza el statu quo se torna objeto de una intervención, resultando en un mecanismo de control social. Claro está que a efecto de las intervenciones, la industria farmacéutica pone a disposición un arsenal de medios para la obtención del “bienestar”.

Para salir de este atolladero - subjetividad ausente en un caso, excesivamente presente en el otro pero a condición de la elisión de su carácter histórico -, recurriremos a Canguilhem, quien – retomando un enunciado kantiano que contradice la equiparación de la sensación de “bienestar” (necesariamente subjetivo) a la salud - plantea que la salud es un objeto ajeno al campo del saber objetivo: “...**no hay ciencia de la salud**. La salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Esto no quiere decir trivial sino simplemente común, al alcance de todos.” (Canguilhem, 1988.:52) Sostiene esa tesis en una revisión del discurso académico / científico demostrando que fisiólogos y biólogos prescinden de cualquier conceptualización de la

salud. Claude Bernard, por ejemplo, pese a referirse al “*organismo en estado de salud*”, afirma que “*sólo hay en fisiología condiciones propias para cada fenómeno que es preciso determinar exactamente, sin perderse en divagaciones sobre la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y otras entidades de la misma especie.*”⁵

Es que tratándose de salud no es posible evitar las referencias al dolor o al placer y de ese modo se introduce, subrepticamente, el concepto de **cuerpo subjetivo**, necesariamente singular. Pero no hay lugar para él en un campo signado por pretensiones de universalidad, y en el que se apela a contabilizar, medir, clasificar, condicionar los fenómenos que recorta como propios; en palabras de Canguilhem “en un espacio médico ocupado cada vez más, a escala de los llamados países desarrollados, por los equipamientos y reglamentos sanitarios y por la multiplicación programada de las “máquinas de curar” (Canguilhem, 2004:85-6).

Por el contrario, la noción de cuerpo subjetivo remitirá a ese existente singular cuya salud expresa los poderes que lo constituyen a partir del momento en que debe vivir bajo la imposición de tareas, esto es en relación a la exposición a un medio que él mismo no escogió.

✚ ¿Qué salud para los trabajadores?

Menéndez (1989, 1990,1992) ha descrito y desarrollado conceptualmente lo que denominó "Modelo Médico Hegemónico", cuyos rasgos esenciales son: tecnicismo, ambientalismo, focalización en el daño (enfermedad/ accidente), biologismo, individualismo, asocialidad, responsabilización del trabajador, orientación reparatoria en términos monetarios, control de ausentismo y negación del saber de los trabajadores. La relación trabajo - salud se ve así reducida a una relación mecánica entre agentes ambientales (causas) y patologías (efectos) en una concepción lineal y reduccionista que reproduce el enfoque epidemiológico unicasal (Grimberg, 1997). El tecnicismo, rasgo dominante, resulta el sustento en el plano conceptual (explicación), como en el metodológico (propuestas de “mejora”, de índole correctiva), pretendiéndose así – sostenido en el enfoque biologista - de carácter científico y, en consecuencia, presuntamente neutral. Condición de ello es la elisión de la compleja trama de aspectos económicos, políticos, culturales, sociales, etc. que determinan el trabajo, y la descomposición del mismo en una serie de operaciones aisladas que deben ser

⁵ Citado por Canguilhem, 1990:19.

ejecutadas en ciertas condiciones y secuencias determinadas por la “técnica”. En ese marco, el "medio ambiente laboral", pasible de ser descompuesto en unidades discretas, se reduce a las condiciones edilicias y objetos (y maquinarias) empleados para la tarea, analizando aspectos tales como temperatura, iluminación, humedad, etc. Es de esa fragmentación que surge la noción de “riesgos” (cuya clasificación es cada vez más extensa) en tanto agentes potenciales causantes de daño a la salud de los trabajadores. Es inherente al tecnicismo que tanto el riesgo como el daño se definan en términos cuantitativos; así, se establecen magnitudes (umbrales) a partir de los cuales ciertos elementos se tornan nocivos, y por el otro lado el daño es factible de ser estimado en términos de por ejemplo porcentaje de incapacidad, para el cual se estima un resarcimiento monetario.

Es el marco jurídico (parte integral de ese modelo hegemónico) el que establece por ejemplo el valor de una extremidad amputada como efecto de un accidente laboral, pero ¿cómo se expresa en términos cuantitativos, *cómo se “mide” el costo psíquico?* Por otro lado, habida cuenta de los intensos lazos que se forman entre quienes comparten el “turno”, dada la extensión temporal como también la intensidad de las experiencias compartidas, ¿resulta la víctima del accidente el único damnificado? Por otro lado, cómo participa la organización del trabajo en los factores determinan el accidente? Puede medirse (y ponérsele precio a) la sangre derramada y los miembros amputados, pero.... cómo medir los costos anímicos? Cuánto cuesta el temor, la inseguridad, la conciencia de que cualquier falla puede acarrear la muerte? Y quién/es paga/n ese costo?

En la medida en que se trata de un enfoque tecnicista, naturalmente se requiere de “técnicos” que son quienes cuentan con el saber acerca de la “norma” de uso de los materiales así como con las herramientas para la medición del riesgo tanto como del daño; saber del cual se supone los trabajadores carecen, quedando restringido a los profesionales y las instituciones especialistas en la materia que, naturalmente venden sus buenos servicios a las empresas. Resulta así, tal como Grimberg (1997) lo ha propuesto, la negación del saber obrero no un efecto, sino un rasgo constitutivo del modelo, tanto como el verticalismo que le es propio.

El establecimiento de valores y parámetros (niveles de aireación, ruido, humedad, etc. ambiental) presupone la existencia de una cierta normalidad, lo cual implica la negación de la indudable heterogeneidad según las ramas de actividad; siendo la contrapartida de esa normalidad general el trabajador promedio, construcción

ideal que no contempla la circunstancia (necesariamente histórica) de ningún trabajador (cualquier sujeto es ningún sujeto). Incluso la OMS (1975), pese a no cuestionar el modelo hegemónico, ha propuesto establecer normas sanitarias en el ámbito laboral en función, no de considerar un "hombre medio", sino de los "trabajadores realmente expuestos".

No sólo queda así de plano excluida cualquier consideración de la subjetividad (excepto claro, que se trate de responsabilizar al trabajador), sino que – en consonancia con ello - se omite el carácter histórico resultado de la correlación de fuerzas en una coyuntura económica, política y social determinada del que esas “normas” resultan herederas.

En la medida en que la norma se presenta naturalizada, las circunstancias vitales quedarán fuera del cálculo, y los indicadores de los procesos de salud – enfermedad de los trabajadores se limitarán a la definición (jurídica, pero también técnica) de las enfermedades profesionales (véase Dec. RA N°658/96 y 1167/03), que excluyen de plano el campo de la psicopatología. Dado que nada de lo relativo a la salud mental es tenido en cuenta por el orden jurídico, tampoco se contempla obligación alguna por parte de la empresa (cuya responsabilidad fuera por otra parte, delegada por Ley 24.557/95 en las Aseguradoras de riesgos del trabajo), limitándose las “prestaciones” ante las “contingencias” que pudieran sufrir los trabajadores, a las que a continuación se enumeran (art. 20 de la ley mencionada): a) Asistencia médica y farmacéutica; b) Prótesis y ortopedia; c) Rehabilitación; d) Recalificación profesional; y e) Servicio funerario. Tal parecería que los trabajadores - al igual que las máquinas - carecemos de psiquismo.

Ello explica la ubicación subordinada de la psicología al "Modelo Médico Hegemónico" (Menéndez,1990) en el ámbito laboral, y la asignación de su rol no respecto de la salud, sino de las relaciones laborales (o más precisamente, tal vez, de los “recursos humanos”), funcionando eminentemente como una tecnología de la clasificación, al servicio de la construcción de la hegemonía empresaria y el incremento de la rentabilidad. Posibilita ello una concepción de la psicología de corte biologista (y raigambre empirista) que atribuye (más – o menos - explícitamente) a la “naturaleza” las diferencias individuales que se hallarían en la base de la ponderación de las aptitudes /habilidades /competencias /perfiles / rasgos de personalidad, etc.; a lo sumo, la consideración de lo “cultural” se reduce a tener en cuenta variables tales como el nivel educativo o socioeconómico, o categorías como el "estilo de vida", que comprendería

prácticas de higiene, de alimentación, o consumos (en un abanico tan amplio que abarca desde el consumo de alcohol o tabaco hasta los llamados “consumos culturales”), sin consideración alguna por el carácter histórico de la organización de la producción a la que se espera que el sujeto se “adapte”, tan histórica como las configuraciones familiares en las que los sujetos se constituyen, y las oportunidades educativas a las que acceden, determinando los “estilos de afrontamiento” que luego los psicólogos evaluarán, y clasificarán, condicionando las posibilidades de acceso al mercado laboral, en un perfecto círculo vicioso que no hace más que perpetuar el orden establecido.

Es el modelo hegemónico hasta aquí descrito el que a partir del trabajo de campo pretendemos poner en cuestión, para situar los discursos y las prácticas de la salud laboral en el marco de la oposición capital / trabajo, trascendiendo los enfoques de corte naturalista, para contextualizar las situaciones individuales y colectivas en el marco del modo histórico de organización de la producción que determina los procesos de trabajo en todos sus aspectos.

3. Acerca de la salud laboral (o “Del dicho al hecho....”)

En consonancia con la concepción ya tratada de salud como bienestar, la OMS y la OIT definen a la salud ocupacional como la “Rama de la salud pública que busca mantener el máximo estado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones, protegerlos de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. En suma, adaptar el trabajo al hombre.” Y el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores C155, OIT 1981 ratifica que el término *salud*, en relación con el trabajo, abarca no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y *mentales* que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo.

En nuestro país, la prevención de los riesgos y derivados del trabajo y las eventuales reparaciones de los daños se rigen por la Ley N°24.028/91 (Accidentes de trabajo⁶) y Ley N° 24557/95 (Riesgos del trabajo).⁷ En ambas se califican como

⁶ La primera ley sobre accidentes de trabajo del país (Ley N° 9688), a la que esa norma reemplaza, se sancionó en 1915. Hasta ese momento, los trabajadores que sufrieran daños como resultado de su actividad laboral no contaban con cobertura alguna, y resulta sumamente significativo que, según consta en los registros de la Cámara de Diputados de la Nación, la aprobación de esa norma se lograra tras trece años de tramitación, en cuyo transcurso fueron considerados diez proyectos. Ello da cuenta de la intensidad de la disputa y la magnitud de los intereses en juego. (Registro de la sesión disponible en <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/wdebates/Ley.09688.Debate.Accidentes.de.Trabajo.pdf>)

⁷ Si bien no se analizará aquí exhaustivamente las prescripciones que ellas establecen, y las modificaciones respecto del marco legal (y el piso de derechos) previo, que generaron importante movilización a nivel social, baste con indicar que ambas se sancionaron durante la presidencia de Carlos

“*psicofísicos*” los daños a los que potencialmente los trabajadores estarían expuestos por el hecho o en ocasión del trabajo, y que las tareas de prevención que sendas normas prescriben pretenden conjurar, y las indemnizaciones que establece, reparar. Pero la relativa a los accidentes laborales, en total consonancia con lo planteado en cuanto al modelo médico hegemónico, se limita a establecer las condiciones y procedimientos para la compensación monetaria, y la referida a los riesgos sólo considera incapacidad resultante (parcial o completa) y fallecimiento.⁸ Asimismo, la Ley N° 19587/72 de Higiene y Seguridad en el Trabajo, sancionada por un gobierno de facto, establece (en su art. 4) que la higiene y seguridad en el trabajo tiene por objeto “preservar y mantener la integridad *psicofísica* de los trabajadores”, propugna la investigación de factores determinantes de accidentes y enfermedades del trabajo “especialmente los físicos, fisiológicos y *psicológicos*” y la adopción de medidas para proteger la salud y la vida “especialmente en lo que atañe a los servicios prestados en tareas *penosas, riesgosas o determinantes de vejez o agotamiento prematuros*”, pero al enumerar los factores primordiales a tener en cuenta con objeto de promover la seguridad no hallamos referencias más que a herramientas, artefactos, instalaciones eléctricas, sustancias nocivas / peligrosas, prevención de incendios, protección de maquinarias, agentes químicos, efluentes industriales, etc. etc. etc. En todo el texto de las normas que configuran el marco legal de “protección” de la salud de los trabajadores no se menciona un solo factor que no sea de índole física; lo *psico-físico* se esfuma en el camino que transcurre de la declaración del objeto de la ley hasta la definición de medidas (ya sea de prevención como de reparación⁹) tendientes a convertir esa declaración en una realidad.

Por otro lado, factor común a todas esas normas es el objeto de priorizar las medidas preventivas, ligadas prevalentemente a la capacitación (respecto de cuyas

Menem (1989 – 1999, dos mandatos mediando reforma constitucional que redujo la duración del mismo de 6 a 4 años y habilitó la reelección inmediata), período que marcó el auge de las políticas neoliberales en el país (bajo la estricta aplicación de las directrices del llamado “consenso de Washington”), a partir de la reforma del Estado, la desregulación de la economía y la privatización o disolución de decenas de empresas estatales (algunas de ellas emblemáticas), que derivaron en un importantísimo incremento de la desocupación y de la precarización del empleo.

⁸ Las “prestaciones” a las que están obligadas las ART ante las “contingencias”, que no consideran en absoluto el impacto psicológico, se explicitaron ut supra (véase pág. 14)

⁹ Según la perspectiva adoptada por la Organización Mundial de la Salud, la reparación se considera parte integral de la prevención, ya que ésta se despliega en tres niveles que van desde evitar el daño o la contracción de la enfermedad minimizando los factores de riesgo (prevención primaria) hasta la rehabilitación posterior al acaecimiento (prevención terciaria).

instancias los empleadores - al igual que las ART - están obligados a brindar, y los trabajadores a participar de ellas), a lo cual subyace el supuesto de *responsabilización de los trabajadores* en la ocurrencia de los accidentes y/o la contracción de enfermedades profesionales en función de un presunto desconocimiento de la normativa relativa a seguridad, o bien de los riesgos a los que se hallan expuestos, mientras que resulta mucho más verosímil que sean ellos, que transcurren su vida en las instalaciones, entre las máquinas, quienes conozcan las condiciones de su buen – o mal – funcionamiento, y los peligros que este último acarrearía. A ese respecto, Dejours (2001) sostiene que en lo que se refiere al funcionamiento y vigilancia de una instalación industrial, la dirección, los ingenieros, diseñadores, constructores (en síntesis, diríamos, los “técnicos”) poseen ciertos conocimientos formulados como consignas, pero éstos son discontinuos y no bastarían para hacer funcionar la empresa, dado que se hallan desprovistos de conocimientos prácticos. Por el contrario, son los obreros quienes, a lo largo de su práctica, descubren los “secretos de oficio”(“forma pragmática y operatoria del saber obrero”), saber que no se escribe, circula entre los obreros, y no se articula con ningún conocimiento teórico, sino que es exclusivamente pragmático, resultado de la experiencia y de la observación y se transmite de modo exclusivamente oral. “La totalidad de los secretos del oficio que son acumulados y poseídos en forma colectiva por los obreros es lo que hace andar la fábrica.” Y la “dirección” no desconoce la importancia de este saber práctico, de allí el requerimiento habitual a los obreros, luego de un incidente, de que “elaboren ellos mismos una consigna” para que no se vuelva a producir (aún cuando esas instancias “participativas” no conlleven el reconocimiento ni la valorización del saber de los trabajadores, sino que se las proponga en función de una pretendida horizontalidad y democratización de las decisiones). Por otro lado, no son los brazos de los ingenieros ni de los “expertos” en seguridad los que corren el riesgo de ser arrancados por una máquina, ni su vida la que está en peligro ante la posibilidad de caer de un andamio: esos secretos de oficio que los obreros construyen colectivamente tienen *literalmente* un carácter vital, ya que gracias a ellos llegan a controlar, e incluso dominar el proceso. El estado de ansiedad y de alerta, no se aparta del trabajador durante toda su jornada, y “*es en ese cuerpo a cuerpo violento, en ese enfrentamiento entre monstruosos y amenazadores equipamientos frente a obreros (...), obligados por la situación ansiógena a adaptarse lo más rápidamente que pueden, donde se elabora el saber productivo obrero.* De forma

tal que el descubrimiento de los secretos de oficio es, en cierta forma, arrancado a los obreros por el miedo.” (Dejours, 2001: 116)

Pero ni el hecho de que, para el discurso jurídico como para las políticas públicas,¹⁰ la salud de los trabajadores se vea reducida al aspecto anátomo-fisiológico, ni la desvalorización del saber obrero, son las mayores contradicciones entre las declaraciones en términos de bienestar, calidad de vida, trabajo decente, etc. y las “protecciones” reales otorgadas a los trabajadores en la Argentina del siglo XXI. La mayor paradoja es que el régimen de riesgos del trabajo que se concibe como un subsistema de la seguridad social sea administrado privadamente. Máxime cuando, recuperando la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), se declara¹¹ que la seguridad social “es un derecho humano fundamental que garantiza el bienestar inherente a la dignidad de las personas”, definiéndosela como “el sistema de protección que una sociedad construye *a fin de brindar amparo* frente a los riesgos que atraviesan todos los seres humanos a lo largo de la vida.” Más que suficiente con eso para preguntarnos cómo es posible que la salvaguarda de un “derecho fundamental” esté en manos privadas, es decir, de empresas, cuyo objeto no es - ni será jamás -¹² el bienestar común ni la protección de la dignidad de las personas, sino la rentabilidad.¹³ Si acaso la contradicción no fuera suficientemente palmaria, se añade todavía que “es responsabilidad primaria del Estado garantizar su ejercicio efectivo.” Ello no se condice en lo más mínimo con la realidad de que hace más de 20 años¹⁴ la sanción de la Ley de Riesgos del Trabajo (Ley 24.557), cambió el modelo de responsabilidad individual y de seguro voluntario imperante, por un régimen de responsabilidad colectiva y seguro obligatorio administrado privadamente, por lo cual el subsistema de la seguridad social correspondiente a la cobertura de riesgos y daños derivados del trabajo se halla desde

¹⁰ En el discurso teórico / académico sí se vienen contemplando en las últimas décadas la participación de factores psicosociales, pero ello carece de impacto en las condiciones en las que los trabajadores desarrollan su actividad y, en última instancia, en sus condiciones de vida, como así también quedan fuera de toda compensación reparatoria.

¹¹ Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad social, en <http://www.trabajo.gob.ar/seguridadsocial/>

¹² No hace falta, al respecto, demasiada argumentación ni debate teórico, es un hecho fuera de toda duda.

¹³ Si ese es el caso, y el fin de la seguridad social es “brindar amparo”... ciertamente los/las trabajadores/as estamos *des-amparados/as*.

¹⁴ La Ley fue sancionada en 1995, pero las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo comenzaron a funcionar en 1996.

aquel momento en manos privadas.¹⁵ La misma página oficial que consagra la seguridad social como derecho fundamental informa que “Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) son empresas privadas contratadas por los empleadores para asesorarlos en las medidas de prevención y para reparar los daños en casos de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales”; no está acaso lo suficientemente claro que **no dan “cobertura” al trabajador sino al empleador**, quien abonando una cuota mensual exime de todo riesgo a su patrimonio?

Expuesto el marco regulatorio de la declamada “protección integral de los trabajadores”, analizaremos a continuación algunos aspectos en que ese subsistema de la seguridad social se actualiza concretamente, es decir, ¿cuánto, y qué, de lo que la legislación prescribe se lleva a cabo? Cuántas de esas bellas - y políticamente correctas - palabras relativas a protección y prevención se traducen en hechos y medidas concretas? Apelaremos para ello en primer lugar a la evaluación diagnóstica de la situación de la seguridad y salud en el trabajo llevada a cabo por la OIT,¹⁶ que expone las múltiples deficiencias del sistema nacional de cobertura de riesgos del trabajo:

- Existencia de **“adicionales” con base en la salud**, (producto de convenios colectivos o estatutos especiales). **Monetarización del riesgo** y **“cristalización de malas condiciones de trabajo”** (OIT, 2006:34).

- Lineamientos estratégicos de la SRT proponen: “Planteará medidas tendientes a reducir y eliminar el actual **subregistro en materia de enfermedades profesionales.**” Reconocer de tal modo “oficialmente” el subregistro implica la puesta en duda de los informes y estadísticas elaborados por esa entidad, actividad que se cuenta entre sus funciones principales.¹⁷

- Función de la SRT de inspección de las ART y empresas, **“los inspectores no tienen estabilidad en el puesto de trabajo** (todos los empleados de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo – SRT - están dentro de la Ley de Contrato de

¹⁵ La misma norma crea la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), ente dependiente del Ministerio de Trabajo de la Nación, que tiene a cargo el contralor de las ART

¹⁶ OIT (2006): Perfil diagnóstico en Seguridad y Salud en el Trabajo del Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. (http://www.ilo.org/safework/areasofwork/national-occupational-safety-and-health-systems-and-programmes/WCMS_212043/lang--es/index.htm)

¹⁷ El subregistro es un hecho conocido por quienes cuentan con alguna experiencia empírica en el campo laboral, ya que los trabajadores lo expresan de continuo, y se relaciona directamente con el hecho de la gestión privada, ya que las mayores tasas de siniestralidad implican el incremento de las alícuotas que las empresas deben abonar a las ART para percibir la cobertura; de modo que los empleadores ejercen presión sobre los trabajadores para que situaciones que implican daños “menores” no lleguen a la instancia de denuncia.

Trabajo, que regula el empleo privado).” (OIT, 2006:57); llamativa discrepancia con el propósito de la protección integral de los trabajadores desconocer el impacto negativo de la inestabilidad laboral en el plano anímico, pero sabido es que, *en casa de herrero....*

- **Ámbito privado**, la situación varía de provincia a provincia, pero el denominador común es la escasez de recursos (“... lo cierto es que **los recursos con que cuentan las provincias son muy insuficientes.**”). Para seguridad e higiene “la **tasa de inspectores es inferior a un inspector cada 200.000 trabajadores**”, y “**no cabe por lo tanto efectuar tareas de formación o asistencia técnica.**” Preocupante panorama si las víctimas no denuncian y los inspectores no inspeccionan,....
- La **vigilancia de la salud se presta sólo a los trabajadores con cobertura y están desprovistos de ella los trabajadores del sector informal** de la economía. Y el **número de trabajadores afiliados está en descenso**, atribuyendo ese fenómeno al “incremento del trabajo en negro y la desocupación y el no haber sabido encontrar mecanismos aptos para incorporar a autónomos e informales” (OIT, 2006: 70)
- Conceptos de accidente de trabajo y enfermedad profesional: “la norma **no define técnicamente qué considera enfermedad profesional** y remite a un listado cerrado de enfermedades (hecho cuestionado en los medios jurídicos); si bien se contempla la inclusión de otros casos, a consideración de los comités médicos, la norma exceptúa aquellos que son consecuencia de hipersusceptibilidad individual, por lo cual se podría incurrir en **discriminación genética**. Pero al respecto de las enfermedades profesionales, la objeción más importante es que la normativa exige que la enfermedad sea consecuencia de la acción directa e inmediata del factor de riesgo, mientras que “**como es sabido las enfermedades profesionales nunca son consecuencia inmediata**”. (OIT, 2006:71)
- **Financiamiento.** Si bien el valor de la alícuota es libre, refleja la siniestralidad presunta, y efectiva, y la permanencia del empleador en la misma ART. “En la práctica esto ha determinado que la **competencia entre ART se dé sólo a través de los precios y no por la calidad del servicio.**”
- **La situación en la práctica** – “Las ART (...), fundamentalmente porque su costo estaba reñido con la baja recaudación lograda. (...) no están cumpliendo adecuadamente la realización de los exámenes periódicos”, y “en general **toda nueva norma reglamentaria de carácter preventivo, que las involucre, es sistemáticamente atacada por las ART.**” (OIT, 2006: 72)

● **La participación de los trabajadores.** En la norma argentina la participación en las acciones preventivas, que otras legislaciones establecen como derecho, aparece, “curiosamente”, como una obligación, pero “su reglamentación no prescribe ninguna forma orgánica para ejercer ese derecho. En efecto, **Argentina es uno de los pocos países de América Latina donde no existen organismos mixtos en materia de higiene y seguridad a nivel de empresa.**”¹⁸

● En cuanto al **asesoramiento y servicios de las ART en materia de prevención**, la OIT expresa no haber podido acceder a los resultados de los planes debido a “argucias técnicas y la **falta de capacidad técnica de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo**”. El **Comité Consultivo Permanente** entre cuyas funciones se cuenta elaborar el **listado de enfermedades profesionales**, en ese tema “**ha sido inoperante**”, (habiéndosele solicitado la revisión del listado de Enfermedades Profesionales sin obtener respuesta alguna).

● **Las prestaciones de la ley eximen al empleador de la responsabilidad civil frente a sus trabajadores y los derechohabientes**, salvo en caso de dolo (Art. 39, Ley 24.557/95 de riesgos del trabajo). Ello fue declarado *inconstitucional* por la Corte Suprema en el año 2004.¹⁹ ¿Cómo podría esto comprenderse? ¿Qué clase de sistema normativo cuyo objeto sea la “protección de los trabajadores” exime de responsabilidad civil a los empleadores por los daños sufridos por “sus trabajadores por el hecho o en

¹⁸ Hasta donde se ha podido verificar, la provincia de Santa Fe sancionó en el año 2008 la Ley de Comités de Salud y Seguridad en el trabajo (Ley N° 12.913), pero la misma a la fecha sólo se ha reglamentado parcialmente. En la provincia de Buenos Aires se creó en el 2008 la Comisión Mixta de Salud y Seguridad en el Empleo Público (CoMiSaSEP). La SRT con fecha 23/4/2015, establece por Resolución 905/15 las funciones que deberán desarrollar los Servicios de Higiene y Seguridad en el Trabajo y Medicina en el Trabajo “en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Decreto N° 1338/96”; pero, teniendo en cuenta que la creación de dichos servicios se dispuso ya por Ley N° 19.587 sancionada en 1972, más de 40 años de atraso en la implementación de las instancias que habilitan la participación directa de los trabajadores, otorgan plena vigencia a lo observado por la OIT.

¹⁹ Asimismo, ha obtenido sentencias de inconstitucionalidad el artículo 4° y art. 17 inc.2) de la Ley 26773/12 (Régimen de ordenamiento de la reparación de los daños derivados de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), modificatoria de la Ley 24.557/95, que establece que los damnificados deberán optar “de modo excluyente” entre la indemnización prevista en ese régimen o las que correspondieren en otros sistemas de responsabilidad, no siendo acumulables, y en caso de iniciar acciones civiles se aplicará la legislación correspondiente al derecho civil. Ello significa que el trabajador víctima de accidente de trabajo y/o enfermedad profesional aceptará la indemnización que correspondiere de acuerdo al régimen de la ley 24577, renunciando a todo otro reclamo, o bien, si (en la expectativa de obtener una mayor compensación) “optara” por acción judicial por la vía civil renuncia al derecho que le asiste en tanto trabajador; es así que dicha ley, al desplazar la competencia, deja al trabajador en una clara situación de desventaja, dado que no se someterá a un proceso bajo los principios y reglas específicos del derecho laboral sino a uno (el proceso civil) en el que se parte del principio de igualdad de las partes, condición que claramente no aplica a la relación propia del contrato de trabajo. (Véase sentencia del 28 de junio de 2013, en los autos “Aguirre, Carlos c. Azul S.A de Transporte Automotor y otro s/accidente – acción civil”).

ocasión del trabajo durante el tiempo en que éstos estuvieren a disposición de aquéllos, en y para la ejecución del objeto del contrato de trabajo”²⁰? Lisa y llanamente, ninguno. Semejante eximición sólo cobra sentido tratándose no de proteger la salud y la vida del trabajador, sino la rentabilidad del capital. Así, palabras más palabras menos, lo deja en claro un informe técnico del Ministerio de Economía: “El ramo riesgos del trabajo ha detenido su desarrollo a raíz de un fallo de la corte suprema en 2004, sobre la inconstitucionalidad del Artículo 39 de la Ley 24.557, mediante el cual se otorgó la posibilidad a los trabajadores de realizar demandas por mayores sumas indemnizatorias en la vía civil. **Esta situación afectó uno de los pilares del sistema que es el de delimitar los montos de las indemnizaciones para los empleadores.**”²¹ Las interpretaciones huelgan.

● Por último, el informe plantea que si bien la Ley de Riesgos de Trabajo constituyó un “avance frente a un sistema anacrónico y socialmente injusto”, **“al copiarse la Ley Colombiana se la copió mal, (...) olvidando aspectos esenciales.”** Si bien la entidad de control (SRT) tuvo la capacidad para poner en marcha el nuevo sistema, no logró mantenerlo en el tiempo, atribuyendo los desaciertos a dos problemas centrales: el de la sucesión de administraciones, dado que si bien **la ley establece que el cargo de superintendente debe ser cubierto por concurso “en la práctica este ha ido variando conforme los avatares políticos.** En 6 años de existencia de la SRT ha habido 8 (ocho) Superintendentes y con cada uno nuevos gerentes y subgerentes, **buena parte de ellos con limitados o ninguna idoneidad en el tema.** (...) nadie se apropia del saber hacer, los **planes y proyectos responden a situaciones coyunturales y son elaborados por los grupos de elite del momento.** Y por otro lado, el hecho de que **el país nunca tuvo y siguió careciendo de Política nacional,** por lo cual tampoco se contó con una política para la SRT.

Si el sistema ha sido objeto de semejantes críticas (en su concepción e implementación) respecto de los riesgos en general, ¿qué decir de los atinentes al “bienestar” mental?

²⁰ Texto del artículo 2° de la Ley 24.028/91. Nótese el uso del posesivo - “sus” - indicando la propiedad de los trabajadores por el empleador.

²¹ Ayerbe Gastón y Bongiorno María: “Situación del mercado asegurador en Argentina 2001 - 2010” Coordinación de Seguros y Mercado de Capitales Subsecretaría de Servicios Financieros – Secretaría de Finanzas MEyFP.
http://www.mecon.gov.ar/finanzas/sssf/documentos/informe_situacion_del_mercado_asegurador.pdf

Desde el momento de esas categóricas observaciones por parte de la OIT hasta la fecha, el Estado ha producido algunos “avances” de índole teórica²², política y de gestión (como la firma de acuerdos de cooperación con las jurisdicciones provinciales, y con otros Estados²³) así como normativa (baste con señalar que la LRT N° 24.557 cuenta con la friolera de 386 normas que la modifican y/o complementan²⁴), pero cuyo impacto en la vida de los trabajadores resulta mínimo, si no nulo. Basta con conversar con cualquier trabajador para verificar que todas las declaraciones respecto de la protección, del bienestar, la seguridad y la salud (y en particular el bienestar “mental”) lejos están de concretarse en la realidad; como reza el refrán popular, **del dicho, al hecho... hay un gran trecho.**

Que esos “avances” no son tales y lo “psicosocial” queda nuevamente fuera de la escena se muestra a las claras en la Res. SRT N°762/13 (Protocolización de prestaciones médicas en psiquiatría en el sistema de riesgos del trabajo), que contempla: prestaciones derivadas de enfermedades profesionales (listadas o no) y secuelas de accidentes de trabajo, enumerando: a) desarrollos vivenciales anormales neuróticos. Estrés postraumático, .” b) Estados psicóticos *postraumáticos*, y c) Desordenes mentales *orgánicos* con o sin psicosis, especificando para todos los casos “...que tengan un nexo causal específico de índole laboral como consecuencia de un *accidente de trabajo* o de una enfermedad profesional”, “adquirido como *consecuencia de un siniestro*”; clasificándolos (para más datos) según la “magnitud de contingencia.” Nada nuevo bajo el sol. Ninguna nueva clasificación da cuenta (ninguna encuesta releva) el padecimiento subjetivo, que debe permanecer invisibilizado para que la organización de la producción permanezca inalterada. La elisión de lo psíquico resulta así la condición de la subordinación de la vida al capital.-

²² Véase SRT (MTESS) - Estrategia Argentina de salud y Seguridad en el Trabajo. Objetivo específico N° 2: Reforzar el marco normativo de Salud y Seguridad en el Trabajo. Área de Investigaciones en Salud Laboral. Recopilación Normativa Internacional y antecedentes vinculados con factores de riesgo psicosocial (Noviembre 2012). Y “*Factores de riesgo psicosocial en el trabajo en Argentina. Estrategia Argentina de Salud y Seguridad en el Trabajo (2013). Marco Teórico* Disponibles en la web de esa entidad.

²³ Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2010 – 2013. Documento refrendado por la XIX Cumbre Iberoamericana de jefes de estado y de gobierno, Estoril (Portugal), diciembre 2009.

²⁴ Base de datos del Centro de Documentación e Información del MEyFP (Infoleg)

Bibliografía

- Canguilhem, Georges** (2004): *“Escritos sobre la medicina”*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.
- Dejours, Christophe** (2001): *“Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo”*. Buenos Aires. Grupo editorial Lumen
- *“No hay trabajo neutral para nuestra salud mental”*. Revista Por experiencia, N° 45, julio 2009. Publicación digital: <http://www.istas.net/pe/>
- Dominique, Dessors** (1998): *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires, Lumen
- Figari, Claudia & Palermo, Hernán M.** (2010). *“Disciplina laboral, precarización y subjetividades en la industria petrolera”*. En: de la Garza Toledo Enrique y Neffa Julio César (comp). *Trabajo, Identidad y Acción Colectiva*. México, Editores Plaza y Valdés. Pp. 227-249
- Guerra, Lía** (2012): *“Situación laboral y salud. El precio de la integración”*, en Casas, S. (dir.) *“Anales del II encuentro de Investigadores, Becarios y Tesistas de la Patagonia Austral”*. E-book 1° Ed. Río Gallegos, UNPA.
- Guerra, Lía** (2014): *“Trabajo y salud mental. El caso petrolero”*, Proyecto de tesis Doctorado en Psicología, UNC.
- Guerra, Lía & Alcaín, Julia** (2014): *“¿Qué significa trabajar en el petróleo? Las demandas de los out y los costos de los in”*. En Grinberg S.; Bang, L; Roldán, S: *“Estado, sujetos y poder en América Latina, debates en torno de la desigualdad: preALAS, Calafate 2014 “/ 1a ed. - Río Gallegos, UNPA. E-Book.*
- Grimberg, Mabel** (1997). *“Demanda, negociación y salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de los trabajadores gráficos 1984-1990”*. Buenos Aires. Instituto de Ciencias antropológicas. Oficina de publicaciones del CBC, UBA.
- Hopenhayn, Martín** (2002): *“Repensar el trabajo”*. Buenos Aires, Norma.
- Kawamoto, Emilia** (1995): *Enfermagem comunitaria*. São Paulo, EPU
- Leite Lopes, José Sergio** (2011): *“El vapor del diablo. El trabajo de los obreros del azúcar”*. Buenos Aires. Ed. Antropofagia.
- Menéndez, Eduardo** (2009): *“De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva”*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Neffa, J.** (1987): *Condiciones y medio ambiente de trabajo en Argentina*. Buenos Aires, CEIL – Humanitas.

- Neiburg, F.B.** (1988): *“Fabrica y Villa obrera: historia social y antropología de los obreros del cemento”*. Buenos Aires, Biblioteca Política Argentina. N° 237/238. CEAL.
- Palermo, Hernán M.** (2012): *“Cadenas de oro negro en el esplendor y ocaso de YPF”*. Editorial Antropofagia, Buenos Aires.
- (2014): *“Machos que se la bancan”*: *Masculinidad y disciplina fabril en la industria petrolera Argentina*. En Revista Desacato, N° 47 (enero- abril 2015). México.
- Panaia, Marta** (comp.) (2002): *“Competitividad y salud ocupacional”*. Buenos Aires. Editorial La Colmena.
- Salvia, Agustín & Panaia, Marta** (comp.) (1997): *“La Patagonia privatizada. Crisis, cambios estructurales en el sistema regional patagónico y sus impactos en los mercados de trabajo”*. Buenos Aires. UBA, Oficina de Publicaciones del CBC.
- Spinelli, H.** (comp.) (2008): *“Salud colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas”*. Buenos Aires, Lugar.
- Sullivan, H.** (1969): *“Concepciones de la psiquiatría moderna”*, Bs. As. Psique.
- Vatin, Francois** (2004): *Trabajo, ciencias y sociedad. Ensayos de sociología y epistemología del trabajo*. Buenos Aires, Lumen
- Zelaschi, C., Amable, M. & Garaño, P.** (comp.) (2013): *“Trabajo y salud mental. El trabajo, las instituciones y la subjetividad”*, UniRío Editora, Río Cuarto.
- Zukerfeld, Rubén & Zukerfeld, Z.** (1999): *“Psicoanálisis, tercera tópica y Vulnerabilidad somática”*. Buenos Aires, Lugar.