



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Rodríguez, Carlos Aníbal

La salud de los trabajadores: entre la ciencia y la ética

Salud Colectiva, vol. 9, núm. 2, mayo-agosto, 2013, pp. 133-137

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73129415001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



La salud de los trabajadores: entre la ciencia y la ética

The health of workers: between science and ethics

Rodríguez, Carlos Aníbal¹

Robert Kahn, pionero en materia de psicología laboral, en un magnífico libro (1), describe las relaciones afectivas con el trabajo. Lo hace fundamentalmente con espíritu didáctico clasificándolas en aflictivas, adictivas y en plenitud. La ejemplificación de las *relaciones aflictivas* la ofrece a través de la descripción de un trabajador que repite y repite los mismos gestos y movimientos, miles de veces por día en una línea de montaje, a lo largo de su vida laboral. Es decir, una característica de la denominada organización "científica" del trabajo. Las *relaciones adictivas* las refleja en un importante directivo de una gran empresa que no logra cobrar interés en otra cosa que no sea su trabajo, incluyendo en esto el desinterés por la vida familiar. Para mostrar las *relaciones en plenitud*, relata la historia de tres amigos que instalan una panadería en una zona muy pobre con el objetivo de hacer pan de buena calidad y bajo precio. Los puestos de trabajo por los que rotaban eran tres: amasar, hornear y expender. Pese a que las condiciones de trabajo no eran las ideales, la satisfacción era grande, sobre todo cuando tocaba la tarea de entregar el pan. Uno de ellos comentaba a Kahn que, una de las cosas que más le agradaba era responder a quien le preguntaba qué hacía. Su respuesta era, simplemente: "*hago pan*".

Está claro que las relaciones de una persona con su trabajo pueden ser examinadas en un gradiente que va desde el placer hasta el sufrimiento, o aun desde la promoción de la salud hasta la mutilación, la enfermedad y la muerte.

Aquellos que trabajamos en el campo de la salud laboral sabemos bien que el trabajo no es neutral respecto a la salud. ¿Cómo no lo sabríamos teniendo en cuenta que es un conocimiento que comenzó hace centenares de años (Hipócrates, Plinio el Viejo, Ulrich Ellembog, Georgius Agricola, Paracelso, Bernardino Ramazzini)? Lo inadmisibile es que, tantos siglos después de los hallazgos de esos maestros, nos encontremos frente a un estado actual donde, conforme los datos ofrecidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre 1,9 millones y 2,3 millones de trabajadores mueren en el mundo cada año, víctimas de las malas condiciones de trabajo (2).

En editoriales anteriores de esta revista (3,4) hemos visto con toda claridad cómo juegan las relaciones de poder y la estructura económica capitalista en el Estado actual. Sin embargo, seguramente parte de nosotros coincidirá con Gramsci y Rosa Luxemburgo cuando, en polémica con Lenin, hacían un aporte fundamental al plantear que *los seres humanos son el centro de todo el proceso de cambio y sus creencias, su organización en la sociedad civil, su cultura y las formas de hegemonía son la base de las transformaciones revolucionarias y no el determinismo de la economía*.

¹Médico. Especialista en Medicina del Trabajo, Clínica del Lavoro Luigi Devoto, Italia. Experto en Salud y Seguridad, Organización Internacional del Trabajo (OIT). Integrante del Comité Asesor, Workers' Health Program (PAHO). Ex Ministro de Trabajo, Provincia de Santa Fe. Ex Gerente General, Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Argentina.

Pensando en esta posición me ha parecido de interés mirarnos un poco el ombligo y ver también si tenemos problemas dentro de nuestras propias filas. Es decir, ¿qué acontece con los hombres dedicados a la ciencia y la técnica en el campo de la salud de los trabajadores? Para comenzar diré que aquellos que ponen sus conocimientos al servicio de los trabajadores están cumpliendo con su deber, pero a todos nos preocupa cuando no es así. Y será en algunos de estos casos donde centraré mi atención.

Demasiado frecuentemente suele haber un abismo entre el conocimiento y la intervención preventiva. Hay, sin embargo, una situación peor cuando se trata de entorpecer o falsear el conocimiento, con lo cual la necesidad de prevención queda obviada. Para documentar esto, repasemos algunas historias.

En 1895, durante el Congreso Alemán de Cirugía, Ludwig Rehm presenta cuatro casos de cáncer de vejiga en trabajadores de una fábrica de colorantes, todos ellos del departamento de fucsina que contaba con 45 trabajadores (5). Grandhomme, médico de la firma introductora del nitrobenzeno en la manufactura de la fucsina, se muestra escéptico. Rehm, sin embargo, continúa con sus estudios y presenta un informe en 1906 con 38 casos en siete fábricas de colorantes, todas ellas en la ciudad de Frankfurt. Grandhomme sugiere rápidamente el origen geográfico de la enfermedad. Ignoraba que Schedler había presentado un año antes casos provenientes de otras ciudades, en una de las cuales se demostraba que los trabajadores de la anilina tenían un riesgo 33 veces mayor de contraer un cáncer de vejiga que la población general. En 1921, un documento de la OIT (6) analiza los informes recibidos de distintos lugares del planeta y llega a la conclusión de que las aminas aromáticas y en particular la bencidina deben considerarse como responsables del cáncer de vejiga. Es la primera alerta que lanza la OIT en materia de salud en el trabajo. En 1970, cincuenta años más tarde, se verifican 36 muertos por tumores vesicales en los obreros de la Industria Piemontese dei Colori di Anilina (IPCA), una fábrica italiana de colorantes, conocida popularmente desde ese momento como *“la fabbrica del cancro”* (la fábrica del cáncer) (7). En 1982, Carlos A. González (médico epidemiólogo argentino, radicado en España) calcula que la probabilidad de tener un cáncer de vejiga en los trabajadores de tinte y estampado de los productos textiles en Mataró (España) es casi seis veces mayor que en el resto de personas (8). En 1990 se publica el primer estudio de cáncer de vejiga por aminas aromáticas en China donde el uso comenzó en la década de 1950 (9). El ejemplo brindado justifica la aseveración previa: *los conocimientos científicos no siempre se traducen en prevención*.

Veamos otro caso de la mano del prestigioso oncólogo Wilhelm Hueper (10). Él nos cuenta que cuando volvió a proponer –por segunda vez– una investigación epidemiológica en Colorado sobre los efectos de las radiaciones en el determinismo del cáncer de pulmón, los científicos del gobierno sostuvieron que el pulmón no respondía a la acción cancerígena de las sustancias radioactivas inhaladas y que por lo tanto no había necesidad de efectuar estudios epidemiológicos. Hueper afirmó, entonces, que las presentaciones científicas hechas a fines de 1879 sobre el riesgo de cáncer pulmonar por exposición a radiaciones en las minas habían sido de alguna forma censuradas. La controversia se extendió hasta 1971, año en que una publicación de dos institutos de investigaciones gubernamentales estadounidenses dio a conocer un pasaje del prefacio de McMahon en el cual sostiene que la epidemia de cánceres de pulmón en curso entre los mineros de uranio americanos podría haber sido prevista sin dificultad, y de hecho ha sido así, teniendo en cuenta la experiencia de otros lugares del mundo (11).

Este caso muestra *las dificultades que se suelen plantear para investigar en materia de riesgos ocupacionales*. Sin embargo, la determinación del riesgo es un imperativo moral, dado que los trabajadores no tienen la posibilidad de escoger libremente los lugares y ambientes de trabajo. Esta desventaja impone por sí sola su necesidad. Lamentablemente, la determinación precisa del riesgo es en la práctica bien distinta de la fijación de riesgos admisibles. Veamos la diferencia: la evaluación de un riesgo necesita de todos los datos científicos pertinentes; la determinación de un umbral admisible no solamente utiliza la limitación de los conocimientos científicos, sino que se funda en otros parámetros, dentro de los cuales juegan un papel preponderante los factores económicos y políticos y donde habitualmente se ignora, o simplemente no se requiere, la opinión de aquellos que van a estar expuestos. En un estudio que hice en Centroamérica pude comprobar, para avalar lo que se acaba de sostener, y solo a guisa de ejemplo, que en casi todos los países hay comisiones nacionales de plaguicidas que

aconsejan qué plaguicidas registrar. En todas ellas están presentes los fabricantes y distribuidores de plaguicidas y en ninguna los trabajadores que luego se verán expuestos a estas sustancias. En el caso de Argentina, ni siquiera participa el Ministerio de Salud; en 2009 se creó por decreto un organismo llamado Comisión Nacional de Investigación sobre Agroquímicos (CNIA), para que funcionara bajo la órbita del Ministerio de Salud. El área tenía el objetivo de investigar, prevenir y brindar asistencia y tratamiento a las personas expuestas al uso de sustancias agroquímicas, con el propósito de promover la salud pública. Conforme la Auditoría General de la Nación, “no se tuvo evidencia de avances de la CNIA posteriores a 2010” (12 p.26).

Además de la evaluación del riesgo, un par de cuestiones relacionadas con esto que impregnan la literatura técnica contemporánea son *la aceptabilidad del riesgo* y *el análisis costo-beneficio*. Nos referiremos a la primera dado que, en cuanto a los análisis costo-beneficio, basta decir que resultan aberrantes cuando se aplican en materia de salud o medio ambiente.

El concepto de *riesgo aceptable*, bajo la excusa de que hasta vivir genera riesgo, se ha transformado en un axioma central de la seguridad. De esta forma se parte de la base de que una acción es segura si los riesgos que entraña aparecen como tolerables. La primera parte de este pensamiento se dirige a tener una medida del riesgo, es decir, la probabilidad y gravedad de un evento, respondiendo a los lineamientos del procedimiento científico, pero la segunda, que implica juzgar la tolerabilidad de ese riesgo, nos muestra lo que es una decisión político-normativa. También en este caso son pocas las oportunidades de los expuestos para manifestar qué cosas les parecen tolerables. Entonces vale preguntarse: ¿aceptable para quién? Seguramente el concepto de admisibilidad sería distinto si consultamos a quien genera el riesgo que si lo hiciéramos a quien está expuesto.

Veamos que aun entre los estratos académicos se pueden presentar problemas. Si bien se pregona la objetividad de la ciencia, como hemos visto, la historia nos muestra que los usos que de ella se hicieron son variables.

Está claro que debemos valorar los esfuerzos de los científicos, pero también debe tenerse en cuenta que no siempre sus productos son asépticos; sus propios valores culturales y las presiones y subvenciones externas cooperan para ello. Por ejemplo, dentro de la epidemiología, en el mismo diseño de un trabajo, en la selección de los casos, en la selección de los controles, en la determinación de las variables de confusión puede estar incluido, premeditadamente, el sesgo de la investigación y de sus resultados finales. Si quisiera demostrar que el asbesto no aumenta el riesgo de cáncer de pulmón entre los trabajadores expuestos, por ejemplo, bastaría escoger una población donde la antigüedad de los trabajadores en su contacto con el amianto no fuera superior al periodo de latencia para la aparición de la enfermedad. Esto puede parecer muy burdo, sin embargo se ha hecho. El *National Research Council* (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas) de Canadá descubrió, hace unos años, la falacia del estudio. Les llamó la atención que el mismo trabajo que había aparecido en el país publicado con el solo financiamiento de una universidad, se publicara posteriormente en Inglaterra y en los agradecimientos, el investigador dijera que ese estudio habría sido imposible sin la financiación de la *Quebec Asbestos Mining Association* (13).

Dentro del contexto regulatorio es también usual solicitar datos estadísticos con un nivel de confianza del 95% para reducir la posibilidad de hallar falsos positivos. Esto puede tener un terrible impacto cuando el principio se aplica sobre poblaciones pequeñas frente a enfermedades de baja frecuencia. En este sentido puede sostenerse (14) que la regla del 95% en muchos casos puede proteger bien a las empresas que producen ciertas sustancias más que a sus potenciales víctimas. Algo parecido sucede con los estándares adoptados para fijar las concentraciones admisibles de sustancias tóxicas en el ambiente de trabajo. Nuestro país, en este caso, como muchos otros, adopta los provenientes de la *American Conference of Governmental Industrial Hygienists* (Conferencia Americana de Higienistas Industriales Gubernamentales), los cuales por definición dejan sin protección a los hipersensibles. Los hipersensibles son alrededor del 10% de la población.

Los servicios de prevención de las empresas pueden comportarse también como zona de conflictos éticos. Andlauer, en el prólogo de su libro *El ejercicio de la medicina del trabajo* (15), señala que a los

médicos en las empresas les acecha un doble peligro: que sus consejos no sean tenidos en cuenta o lo que es más grave, servir de instrumento al empleador para defender sus posturas. Veamos, por ejemplo, una investigación realizada en Argentina (16) sobre 13 ramas de la producción en la cual, para el caso de la *medicina del trabajo*, se comprobó que: a) los exámenes preocupacionales se realizan con finalidades de selección cuando su misión debería ser adaptar el trabajo al hombre; b) la realización de exámenes periódicos es escasa y, cuando se hacen, apenas se usan indicadores sensibles y específicos para la vigilancia de la salud de los trabajadores; c) la práctica del control de ausentismo, en muchas ocasiones, es la única tarea; d) raramente se recorren los ambientes y puestos de trabajo. Para el caso de los servicios de *higiene y seguridad*, lo relevado como tarea más frecuente fue: a) la provisión de elementos de protección personal en lugar de utilizar la ingeniería para la eliminación o puesta de control del riesgo y b) la identificación del trabajador como causante del accidente que sufrió, es decir, la noción de “acto inseguro” como pilar de la investigación de accidentes.

Permítanme recordar que las denominadas “buenas prácticas” en salud laboral se fundamentan en cuatro estamentos: *la evidencia científica, la calidad, el respeto a la legislación y la ética*.

En este breve recorrido hemos identificado algunos problemas que merecen atención por lo cual, y como conclusión provisoria, propondría que en nuestra tarea, para aportar a una sociedad con más equidad y trabajadores saludables, sería necesario mirar hacia adentro y recuperar, donde hiciese falta, las “buenas prácticas” que deben impregnar nuestro trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kahn R. Work and health. New York: John Wiley & Sons; 1981.
2. International Labor Organization. Preguntas y respuestas sobre la prevención de las enfermedades profesionales [Internet]. 23 abr 2013 [citado 10 may 2013]. Disponible en: http://www.ilo.org/safework/events/meetings/WCMS_211485/lang-en/index.htm.
3. Santana VS. Empleo, condiciones de trabajo y salud [Editorial]. Salud Colectiva. 2012;8(2):101-106.
4. Minayo Gómez C. Historicidad del concepto “salud del trabajador” en el ámbito de la salud colectiva: el caso de Brasil. [Editorial]. Salud Colectiva. 2012;8(3):221-227.
5. Rehn L. Blasengeschulste bei Fuchsin-Arbeitern. Archiv für Klinische Chirurgie. 1895;50:588-600.
6. International Labour Office. Cancer of the bladder among workers in aniline factories [Internet]. Geneva; 1921 [citado 20 feb 2013]. Disponible en: http://defendingscience.org/sites/default/files/upload/ILO_1921.pdf.
7. Benedetto P, Masselli G, Spagnoli U, Terracini B. La Fabbrica Del Cancro L'IPCA Di Ciriè. Torino: Einaudi; 1976.
8. González CA. Ocupación, trabajo, café, y cáncer de vejiga en la Comarca del Maresme. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1983.
9. Rodríguez CA. No aceptar cancerígenos. Por Experiencia [Internet] 2001 [citado 1 feb 2013];(14). Disponible en: <http://www.porexperiencia.com/articulo.asp?num=14&pag=12&titulo=No-aceptar-cancerigenos>.
10. Hueper W. Occupational tumors and allied diseases. Springfield: Charles C Tomas; 1942.
11. Sella C. Discovering environmental cancer: Wilhelm Hueper, post-World War II epidemiology, and the vanishing clinician's eye. American Journal of Public Health. 1997;87(11):1824-1835.
12. Auditoría General de la Nación. Control de gestión ambiental realizado en el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria:

Informe de auditoría [Internet]. 13 dic 2012 [citado 2 feb 2013]. Disponible en: http://www.agn.gov.ar/informes/informesPDF2012/2012_247.pdf.

13. Epstein SS. The politics of cancer. New York: Anchor Books; 1983.

14. Cranor CF. Some moral issues in risk assessment. *Ethics*. 1990;101(1):123-143.

15. Andlauer P. El ejercicio de la medicina del trabajo. Barcelona: Editorial Científica Médica; 1980.

16. Rodríguez CA. Salud y trabajo: la situación de los trabajadores en la Argentina. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1990.

FORMA DE CITAR

Rodríguez CA. La salud de los trabajadores: entre la ciencia y la ética. [Editorial] *Salud Colectiva*. 2013;9(2):133-137.
