



El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.

Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



---

**Aportes de Cristina Laurell al estudio de  
la determinación social de la salud  
Reseña de la obra revisada**

**Gabriel Jaime Otálvaro Castro  
Marlín Téllez Pedroza  
Steven Orozco Arcila  
Alejandra Marín Uribe  
Jeniffer Hernández Pacheco**

**2015**

Publicado en: Morales Borrero, María Carolina, ed. y Eslava Castañeda, Juan Carlos, ed. *Tras las huellas de la Determinación. Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Facultad de Medicina. Facultad de Odontología; 2015. pp. 163-178.

# Tras las huellas de la determinación

Memorias del Seminario  
InterUniversitario de  
Determinación Social de la Salud

Carolina Morales  
Juan Carlos Eslava  
(Editores)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

---

SEDE BOGOTÁ  
FACULTAD DE MEDICINA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**GRUPO DE INVESTIGACION EN SALUD COLECTIVA - GISC**  
**GRUPO DE ESTUDIOS SOCIOHISTÓRICOS DE LA SALUD**  
**Y LA PROTECCIÓN SOCIAL - GESHSPS**

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Seminario Interuniversitario sobre Determinación Social de la Salud (2013 : Bogotá)  
Tras las huellas de la determinación : memorias del Seminario Inter Universitario de  
Determinación Social de la Salud / Carolina Morales, Juan Carlos Eslava (Editores). –  
Bogotá : Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Facultad de Medicina,  
Facultad de Odontología : 2015  
292 páginas

Incluye referencias bibliográficas

ISBN : 978-958-775-364-6 -- ISBN : 978-958-775-366-0 (impresión bajo demanda)  
-- ISBN : 978-958-775-365-3 (e-book)

1. Breilh Paz y Miño, Jaime, 1947- Crítica e interpretación 2. Laurell, Asa Cristina,  
1943- Crítica e interpretación 3. Almeida Filho, Naomar de, 1952- Crítica e  
interpretación 4. Medicina social - América Latina 5. Salud pública - América Latina 6.  
Epidemiología - América Latina I. Morales Borrero, María Carolina, 1964-, editor II.  
Eslava Castañeda, Juan Carlos, 1969-, editor III. Universidad Nacional de Colombia  
(Sede Bogotá). Grupo de Estudios Socio históricos de la Salud y la Protección Social  
(GESHSPS) IV. Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Grupo de  
Investigación Salud Colectiva (GISC) V. Título

CDD-21 306.461 / 2015

Primera edición en español: 2015  
500 ejemplares

© Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá  
Facultad de Medicina  
Facultad de Odontología  
Grupo de Investigación Salud Colectiva - GISC  
Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social - GESHSPS

ISBN: 978-958-775-365-3

*Edición:*

María Carolina Morales, Juan Carlos Eslava C.

*Corrección de estilo:*

Marcela Vega Vargas

Impreso en Colombia – Printed in Colombia  
Bogotá, 2015

*Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización  
escrita del titular de los derechos patrimoniales.*

# Contenido

<b>Presentación</b>	9
<b>Capítulo 1. Debates y desafíos</b>	17
Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica	19
<i>Jaime Breilh</i>	
Determinantes versus determinación de la salud: raíces históricas y teóricas de un debate siempre pertinente	77
<i>Roberto Passos Nogueira</i>	
Potencialidades del abordaje de la salud en las ciencias sociales a partir de la definición de salud como proceso social	87
<i>Alejandra del Rocío Bello Urrego</i>	
<b>Capítulo 2. Análisis y discusiones en torno a la obra de Jaime Breilh</b>	101
Origen y fundamentos de la obra de Jaime Breilh	103
<i>Carolina Morales</i>	
Explorando los inicios de la labor crítica de un pionero de la medicina social latinoamericana	117
<i>Juan Carlos Eslava C.</i>	
Comentarios a la propuesta de epidemiología crítica de Jaime Breilh	129
<i>Omar Segura Durán</i>	
Notas a propósito de la determinación social de la salud de Jaime Breilh	139
<i>Victoria Eugenia Estrada, Yadira Eugenia Borrero</i>	
Discusiones acerca de la crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología	147
<i>GISC -UNAL</i>	147
Discusiones sobre la epidemiología crítica	151
<i>GESHSPS-UNAL</i>	
Discusiones en torno a la determinación social de la salud	157
<i>GSPE-PUJ Cali</i>	
<i>Pontificia Universidad Javeriana, Cali</i>	

<b>Capítulo 3. Análisis y discusiones en torno a la obra de Asa Cristina Laurell</b>	161
Aportes de Cristina Laurell al estudio de la determinación social de la salud	163
<i>Gabriel Jaime Otálvaro Castro, Marlín Téllez Pedroza, Steven Orozco Arcila, Alejandra Marín Uribe, Jeniffer Hernández Pacheco</i>	
Aplicación de la propuesta metodológica de Asa Cristina Laurell para el abordaje de la salud–enfermedad laboral en los estudios mexicanos	179
<i>Marlín Téllez Pedroza, Daniel Tobón García, Andrés Ramírez Giraldo</i>	
 <b>Capítulo 4. Análisis y discusiones en torno a la obra de Naomar Almeida–Filho</b>	 203
Almeida–Filho y la crítica epistemológica de las ciencias	205
<i>Javier D. Rodríguez, Edinso Mosquera, Elis Borde</i>	
Signos de insuficiencia en la epidemiología y propuestas de superación	215
<i>Elis Borde, Edinso Mosquera Ruiz, Javier D. Rodríguez</i>	
Una aproximación a la epidemiología desde la mirada de Naomar Almeida–Filho	231
<i>Luis Jorge Hernández Flórez, Samuel David Osorio García</i>	
Apuntes sobre la etnoepidemiología a partir de la obra de Naomar Almeida–Filho	241
<i>Sonia Concha</i>	
Discusiones en torno a la obra de Almeida–Filho	251
<i>Grupo Fiocruz, Brasil</i>	
 <b>Capítulo 5. Propuesta y apuesta</b>	 255
Propuesta Programa de Investigación en determinación social de la salud en América Latina	257
<i>GISC-UNAL</i>	
<i>GESHSPS-UNAL</i>	
 <b>Sobre los autores</b>	 275
 <b>Referencias Bibliográficas</b>	 281

# Aportes de Cristina Laurell al estudio de la determinación social de la salud

Reseña de la obra revisada

Gabriel Jaime Otálvaro Castro<sup>1</sup>, Marlín Téllez Pedroza<sup>2</sup>,  
Steven Orozco Arcila<sup>3</sup>, Alejandra Marín Uribe<sup>4</sup>,  
Jeniffer Hernández Pacheco<sup>5</sup>

Asa Cristina Laurell nació en la ciudad de Uppsala, Suecia. Se graduó como médica de la Universidad de Lund–Suecia (1971), como maestra en Salud Pública de la Universidad de California Berkeley EUA (1973) y doctora en Sociología de la Universidad Nacional Autónoma de México (1987). Fue profesora titular de la UAM entre 1976 al 2000, lugar desde el cual impulsó la Maestría en Medicina Social en la Unidad Xochimilco a partir de 1976, y fue coordinadora entre 1979 a 1981. La Maestría fue un proyecto desarrollado con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que pretendió innovar en la formación de postgrado y la investigación en salud a partir de una fuerte incorporación de las ciencias sociales y el desarrollo de una perspectiva crítica.

---

<sup>1</sup> Odontólogo, candidato a Doctor en Salud Colectiva. Docente Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: gjotalvaro@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermera, Magíster en Salud Pública. Docente Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia al momento de realizar el Seminario.

<sup>3</sup> Odontólogo, candidato a Doctor en Salud Pública. Docente Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

<sup>4</sup> Odontóloga, estudiante de Maestría en Salud Pública.

<sup>5</sup> Administradora en Salud, estudiante de Maestría en Salud Pública Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Los autores expresan sus agradecimientos a la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2013–2014 de la Universidad de Antioquia.

Ha desarrollado un trabajo investigativo con dos grandes énfasis: el primero, relacionado con la salud–enfermedad como proceso social y sobre la relación entre trabajo y salud; y el segundo, desarrollado desde finales de los 80, relacionado con la política social, las políticas de salud y la seguridad social. Algunos de sus libros más importantes son: *Enseñanza y usos de la epidemiología* (1982), *El desgaste obrero* (1983), *La salud en la fábrica* (1989), *La política social en la crisis* (1991), *El impacto del TLC en el sector salud* (1991), *Estado y la política social en el neoliberalismo* (1992), *Para la investigación de la salud de los trabajadores* (1993), *La Reforma de los Sistemas de Salud y Seguridad Social* (1995), *Hacia una política social alternativa* (1996), *La reforma contra la salud y la seguridad social* (1997), *Mortalidad infantil y desigualdad socio territorial* (2002), *Reducción de la exclusión en salud, removiendo el obstáculo económico* (2004), *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano* (2013).

En el plano académico organizativo fue coordinadora general de la Asociación Internacional de Políticas de Salud (1983–87), vicepresidenta del Comité de Investigación de Sociología de la Salud de la Asociación Internacional de Sociología (1990–94) y asesora temporal de la OMS. En el plano político fue fundadora del Partido de la Revolución Democrática de México (PRD), Vicepresidenta de su Consejo Nacional (1993–96), y Secretaria de Estudios y Programas del Comité Ejecutivo Nacional (1996–99). Fue Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal (diciembre 2000 a mayo 2006). En su gestión se instrumentó y legisló la Pensión Alimentaria Universal que alcanzó cobertura universal en 2002, elevada a rango de ley en 2003, y configurada como nuevo derecho social en el Distrito Federal (DF) a partir del momento. También, se construyó durante su periodo el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para los residentes del DF sin seguridad social laboral, que alcanzó una cobertura del 95% de las familias no aseguradas y fue convertido en derecho para los ciudadanos mediante ley ratificada por la Asamblea Legislativa.

Es reconocida como una de las figuras emblemáticas de la medicina social latinoamericana, siendo fundadora y desde 1984, miembro activo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames). Sus aportes han jugado un papel importante en la construcción teórica de la salud como producto sociohistórico, la acción por la defensa del

derecho a la salud, la formulación de políticas sanitarias universalistas y la confrontación a las reformas neoliberales en salud.

## Sobre la concepción de la salud como proceso social

En un primer momento se revisaron dos textos respecto al carácter social del proceso salud enfermedad (Laurell, 1982, 1994). En el primer texto, la autora hace referencia al contexto de finales de los años sesenta destacando la crisis social y política, económica. A tono con esta crisis, se cuestionó el paradigma dominante de la enfermedad sobre la práctica médica. En conjunto se abrió la posibilidad a una nueva etapa de luchas sociales para afrontar las necesidades y comprender los problemas de manera más acorde con los intereses populares; crisis y luchas que darían origen a nuevas prácticas sociales.

Así, desde el pensamiento médico crítico latinoamericano, corriente en la que se inscribe Laurell, se asume el debate frente al carácter histórico y social del proceso salud–enfermedad (PSE), problematizando aquellas explicaciones centradas en su dimensión biológica individual, diferenciando el objeto de la medicina clínica de aquel de la epidemiología, y señalando límites de los modelos uni–multicausales, dada su limitada capacidad explicativa, su agnosticismo y biologización de lo social, para resaltar la necesidad de asumir el estudio del PSE desde la determinación social mediado por el proceso de trabajo y la clase social.

Plantea Laurell con relación al PSE, que su naturaleza social y carácter histórico se comprueba en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos, a través de los perfiles patológicos que éstos exhiben. Este perfil se constituye tomando en cuenta el tipo de patología, la distribución y frecuencia que determinado grupo social presenta en un momento dado. Afirma que es posible identificar diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como resultado de las transformaciones de la sociedad, en tanto que el grado de desarrollo y de organización social llevan a constituir una patología colectiva diferente; e incluso, planteando al interior de una misma sociedad, las condiciones de salud son distintas entre las clases sociales que la componen.



Para ilustrar empíricamente tales planteamientos, Laurell se apoya en las estadísticas oficiales disponibles con el fin de hacer interpretaciones comparativas de perfiles patológicos al interior de un mismo país pero en diferentes momentos históricos. Utilizando la información mortalidad en México entre 1940 y 1970, establece contrastes entre diferentes sociedades en un mismo momento histórico, comparando las diez principales causas de muerte en Cuba, Estados Unidos y México a inicios de la década del 70 (Laurell, 1982). La autora destaca cuatro grandes planteamientos:

- Los perfiles patológicos que presenta la población en México en los dos momentos históricos estudiados son claramente distintos, hecho que no es explicable en términos biológicos porque las transformaciones sufridas no son el resultado del cambio en la estructura etaria de la población, como tampoco del desarrollo médico hospitalario. Por lo tanto, las explicaciones a dichas diferencias ponen en el centro su relación con las características de las formaciones sociales en cada uno de los momentos históricos analizados.
- Al comparar las condiciones de salud de México, Cuba y Estados Unidos a través de las causas de muerte en un mismo momento histórico, se puede verificar que el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción son procesos que determinan los perfiles patológicos. A la luz de tales hallazgos se problematizan las perspectivas que asocian de manera lineal el desarrollo económico con las condiciones de salud, cuestionando su carácter ahistórico y concepción desarrollista, así como la reducción explicativa de las diferencias de mortalidad entre los grupos sustentadas en las diferencias de acceso a servicios de salud.
- La articulación entre el proceso social y el PSE permite verificar que el tipo, la frecuencia y distribución de las enfermedades se presenta de manera diferente en los distintos grupos que componen la sociedad; los perfiles patológicos son específicos según la clase social, el proceso de trabajo y la inserción en la producción; siendo la enfermedad y la muerte sistemáticamente más altas entre los obreros. Los datos presentados permiten verificar empíricamente el carácter social del PSE en cuanto fenómeno material objetivo, tal como se expresa en el perfil patológico de los grupos humanos.

- Respecto a la conceptualización de salud y enfermedad, se plantea que ésta se relaciona con la manera como las necesidades de las clases dominantes se expresan en forma de de necesidades de la sociedad en su conjunto. En el caso concreto de la sociedad capitalista, la enfermedad se “desocializa” al centrar su conceptualización en la biología individual, lo que hace que se oculte, o que solo se deje ver una mínima parte de la problemática.

Los textos controvierten el concepto médico clínico y epidemiológico –que entiende la enfermedad como proceso biológico resultado del desequilibrio en la interacción entre el huésped y su ambiente– para insistir en la necesidad de reubicar el objeto de estudio, primeramente localizado en el nivel grupal, en la colectividad definida en función de sus características sociales y para pasar de allí al entendimiento de lo biológico en segundo lugar (Laurell, 1982; 1994).

Lo anterior hace necesario partir de una teoría de lo social para la construcción de los grupos. Con el fin de ubicar la teoría, primero se presentan los límites del funcionalismo estructural y se destaca la pertinencia y potencia de las categorías del materialismo histórico para la definición de los grupos con criterios sociales, objetivables y científicos. Aclara la autora que el objeto de estudio de la salud pública sería entonces el PSE de la colectividad, y lo define en tanto resulta del modo específico como se da en el grupo el proceso biológico de desgaste y reproducción destacando, como momento particular, la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad.

La autora continúa afirmando el carácter social del PSE por dos razones: 1) el PSE del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado, es decir, para explicarlo no bastan los hechos biológicos, es necesario aclarar cómo está articulado al proceso social. 2) El propio proceso biológico humano es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico. De hecho, es posible establecer distintos patrones de desgaste–reproducción dependiendo de las características de la relación entre el hombre y la naturaleza. El carácter simultáneamente social y biológico del PSE no es contradictorio, sino que puede ser analizado con una aproximación metodológica desde lo social y lo biológico, dándose en la realidad como proceso único (Laurell, 1994).

Con relación a la posibilidad de investigar el carácter social e histórico del PSE, plantea que una vez construido el objeto a través de la selección del grupo con base en sus características sociales, el estudio concreto se realiza en los individuos que lo componen pero la interpretación de los datos no se da en función de cada caso sino del conjunto por el modo como se relaciona con el resto de los grupos en el proceso de trabajo de la sociedad. La investigación del patrón de desgaste y del perfil patológico busca establecer lo común que caracteriza al grupo, no la singularidad de cada caso, como lo haría la medicina clínica.

Esto hace que la historia social del paciente asuma una mayor importancia porque condiciona su biología y determina cierta probabilidad de enfermar de un modo particular. Así se comprueba la relación entre el PSE colectivo y el individuo: las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual se encuentran determinadas por el PSE colectivo. Implica, por ende, una diferenciación con el abordaje de la epidemiología dominante, al considerar lo social como totalidad cuyas características trascienden las de los individuos que lo componen. La perspectiva de la medicina social entonces, se realiza a través de un encuadre teórico metodológico colectivo, aun cuando sus investigaciones puedan abordar unidades de análisis individuales y/o sociales.

Laurell potencia sus argumentos apoyada en autores como Breilh, Granda, Franco, Nunes, Noriega, Samaja, Lewontin, Levins, Dubos, Canguilhem, entre otros, con relación a la historicidad de los procesos biopsíquicos, la discusión entre lo normal y lo patológico, la complejidad y los procesos de transformación y la necesidad del trabajo interdisciplinar y transdisciplinar en coherencia con la naturaleza social y biológica del proceso salud–enfermedad. Para finalizar, Laurell recrea los límites de los modelos de causalidad presentes en el pensamiento médico dominante para la comprensión del PSE colectivo. Destaca como principal limitación, la reducción que se hace de la realidad compleja a una serie de factores que no se distinguen en calidad; lo social y lo biológico no se plantean como instancias distintas—ambos son reducidos a “factores de riesgo” que actúan de manera similar— cuestionando incluso, la biologización de lo social que resulta frecuente en la epidemiología social norteamericana.

Todo lo anterior lleva a la necesidad de reformular el problema de la causalidad. Retomando a Breilh y Tambellini, asume la interpretación de

la determinación del PSE que tiene que contemplar su unidad y su doble carácter, biológico y social, lo que significa reconocer la especificidad de cada uno y al mismo tiempo analizar la relación y jerarquía que guardan entre sí; planteando que el vínculo entre el proceso social y el PSE biológico está dado por procesos particulares que son al mismo tiempo sociales y biológicos. Esto permite comprender cómo cada formación social crea determinado patrón de desgaste y reproducción; y dicho patrón determina el marco dentro del cual la enfermedad se genera.

Es así como al conceptualizar el PSE y su articulación con el proceso social se afirma que aquel está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, por medio del proceso de trabajo basado en un específico desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción. Por lo tanto, las categorías propias del materialismo histórico *clase social* y *proceso de trabajo* permiten enriquecer la comprensión de la determinación del PSE a partir de prácticas investigativas concretas.

## Sobre la relación entre salud y trabajo.

### Discusión de los resultados de un estudio sobre la salud de los obreros en una industria siderúrgica en México

Para analizar la relación entre salud y trabajo se abordó un texto emblemático bajo el título *La Salud en la Fábrica Estudio sobre la industria siderúrgica en México* (Laurell & Noriega, 1989). El texto revisa el asunto de la salud obrera desde una aproximación que combina elementos de la medicina y la sociología del trabajo, la sociología médica y la medicina social latinoamericana. En este trabajo se buscó problematizar la relación salud-trabajo poniendo en el centro del análisis el carácter social del proceso salud-enfermedad y la necesidad de entenderlo en su relación con el proceso de producción. Además tiene la intención de desarrollar una propuesta teórico-metodológica que permita el estudio empírico del proceso de producción en su relación con la salud obrera.

Se plantea la necesidad de avanzar en cuatro aspectos: 1) en términos metodológicos respecto a cómo estudiar empíricamente el proceso laboral en su relación con la salud; 2) la necesidad de integrar la experiencia

obrero en el proceso de generación de conocimiento; 3) la relevancia del proceso de desgaste obrero en el análisis e investigación de la salud de los obreros; y 4) la necesidad de hacer estudios concretos sobre los tipos básicos de procesos laborales y su relación con el PSE.

El texto se divide en dos partes: una primera de orden teórico–metodológico, donde aborda el estudio del proceso de producción y el desgaste en el marco de la relación entre capital y trabajo, y la segunda analiza una realidad concreta, el proceso de producción y desgaste obrero en la empresa minero–siderúrgica Sicartsa.

En la primera parte, se revisa la literatura latinoamericana que ha abordado la problemática de la salud de los trabajadores usando las ciencias sociales, y se analizan cuatro propuestas metodológicas para el estudio del proceso laboral en su relación con la salud obrera, que son:

- Las guías de inspección industrial. De concepción ambientalista e ingenieril de la relación trabajo–salud y donde prevalece una aproximación cuantitativa.
- El método LEST.<sup>6</sup> De origen francés cuya unidad de observación es el puesto de trabajo, y hace énfasis en el conjunto de elementos nocivos derivados del trabajo más que en los accidentes. Se cuestiona su visión ahistórica y medicalizada de la salud, y su concepción del trabajo circunscrita a las condiciones del mismo.
- La propuesta Gardell y Frankenhauser. Cuyo énfasis es el análisis del proceso laboral en su relación con las cargas psíquicas y el estrés, y que tiene como propósito generar conocimientos útiles para la acción sindical. Su aproximación cualitativa se realiza por medio de escalas.
- El modelo obrero italiano. Formulado en los años 60, fue el sustento de la lucha por la salud del movimiento obrero italiano en los años 70. Su innovación consiste en el reordenamiento de los factores de riesgo de tal modo que sean coincidentes con la experiencia obrera directa en la fábrica. La fuente principal de conocimiento es la experiencia obrera colectiva. Presenta dificultades relacionadas con la generalización y la teorización del conocimiento.

---

<sup>6</sup> Por su sigla en francés significa Laboratoire de Economie et Sociologie du Travail. Desarrollado en 1978 por F. Guélaud, M.N. Beauchesne, J. Gautrat y G. Roustang, miembros del Laboratoire d’Economie et Sociologie du Travail. Nota editorial.

Con base en la revisión se propone una reconceptualización de la relación entre la salud y el trabajo, retomando planteamientos de la medicina social latinoamericana, a partir de categorías como proceso de producción, unidad entre el proceso de valorización y proceso laboral, carga laboral y desgaste. Al analizar la investigación latinoamericana en torno a la relación trabajo y salud identifica la existencia de una mirada parcial de la salud obrera centrada en la atención médica y los riesgos laborales. Estos estudios se realizan a partir de fuentes como los registros de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales (conocidos por los importantes problemas de subregistro), y a partir de estudios sobre riesgos ocupacionales específicos sustentados en una concepción de la medicina del trabajo que privilegian el empleo de técnicas toxicológicas y epidemiológicas.

Al revisar la producción latinoamericana en este campo la autora plantea un panorama caracterizado por una ignorancia construida, producto de la manipulación del conocimiento existente por parte de las empresas, la descalificación sistemática de la experiencia obrera, el carácter externo de lo social al analizar la salud y la ausencia de una problematización del trabajo. Sobre este último afirma que éste no es visto como expresión de las relaciones sociales sino como ambientes aislados donde que implica la exposición a ciertos riesgos.

Destaca en el movimiento latinoamericano de salud colectiva, el empleo de las ciencias sociales no solo para el análisis del contexto socioeconómico y político de los fenómenos de salud, sino como elemento teórico y metodológico central para la interpretación del proceso salud–enfermedad colectiva, asumiendo su carácter social. En esta corriente, lo social no es externo a lo biológico humano, sino se encuentra subsumido en lo social. Por tanto el objeto de conocimiento cambia y ya no es la enfermedad, sino el proceso biopsíquico humano también llamado proceso de desgaste–reproducción.

Una de las categorías analíticas centrales que utiliza es la de *proceso de producción*, a la que se llega por considerar que en la sociedad capitalista el proceso de producción organiza toda la vida social y porque es, simultáneamente, el proceso de valorización del capital y el modo específico de trabajar –es decir, el proceso laboral. Esta categoría permite estudiar, sobre una realidad concreta, la lógica de acumulación (proceso de valorización) y su medio –el proceso laboral– como un modo

específico de trabajar–desgastarse y como un enfrentamiento de clase en términos de estrategias de explotación y de resistencia, lo que a su vez determina patrones específicos de reproducción. La autora hace una distinción respecto al abordaje desarrollado por Breilh y Granda, quienes en sus trabajos colocan de manera central la categoría *reproducción social* para explicar la distribución diferencial de la salud enfermedad entre las clases sociales.

Al preguntarse por el estudio de la salud en relación con su proceso de producción, destaca la categoría *nexo biopsíquico humano* como la expresión concreta en la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado. Plantea que se requiere de la construcción de un nuevo objeto de conocimiento, dado que este nexo no es pensable ni estudiable a través del objeto salud–enfermedad establecido por la medicina dominante. Retoma la expresión *modos de andar por la vida* de Tambellini, donde se plantea que el concepto de adaptación da la clave para entender la historicidad de la biología humana. La adaptación no es entendida como eterno retorno –o vuelta a lo normal–, sino por el contrario, es la capacidad del cuerpo para responder con plasticidad antes condiciones específicas de desarrollo, lo que se traduce en cambios de los procesos corporales expresados como formas biológicas características.

Los procesos particulares de adaptación confieren, entonces, las características a ese nexo, al tiempo que se convierte en el sustrato general determinante de la conformación del proceso de desgaste y del perfil patológico de un grupo humano. De allí que los modos de andar por la vida son característicos de las colectividades y no de los individuos. Argumenta que no se trata de oponer al individuo con el grupo, sino revelar que en la medida en que la inserción social del grupo determina los modos de andar por la vida, es la colectividad –constituida a partir de su ubicación social– la que encarna el nexo biopsíquico históricamente específico.

Optar por el concepto de *proceso de trabajo* en su acepción marxista como categoría central en el análisis de la producción social del nexo biopsíquico humano es lo que permite dar cuenta de las formas sociales específicas bajo las cuales se da la relación entre el hombre y la naturaleza. La clave del entendimiento del carácter social del proceso biopsíquico humano a

través del cual el hombre se apropia de la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo, es decir, en el proceso de trabajo.

En cuanto a las cargas laborales, busca resaltar los elementos que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del obrero, generando aquellos procesos de adaptación traducidos en desgaste –pérdida de la capacidad corporal y psíquica potencial y/o efectiva–. Es decir, el concepto de carga posibilita un análisis del proceso laboral que extrae y sintetiza los elementos más importantes, aquellos que determinan el nexo biopsíquico de la colectividad obrera y le confieren a ésta un modo histórico específico de “andar por la vida”. Es, pues, la combinación entre el desgaste y la reproducción lo que determina la constitución de las formas históricas específicas biopsíquicas humanas. Estas a su vez son el sustrato general que determina la generación de un patrón característico de enfermar, conocido como el *perfil patológico* de un grupo social. Dicha categoría se propone contra la noción de una normalidad ahistórica concebida como el estado ideal a alcanzar.

Concluye con respecto a la construcción del proceso de investigación, que es necesaria una reformulación completa argumentando que ante una nueva teorización, se hace necesaria otra metodología con sus propias técnicas libres de la impronta de la teoría anterior. Luego hace un llamado a la construcción del proceso de investigación bajo un planteamiento metodológico que permita recoger y rearticular técnicas de investigación ya existentes, al tiempo es indispensable generar nuevas técnicas bajo una marco interpretativo global distinto. No renuncia al conocimiento existente, ni *a priori*, a las técnicas de investigación que lo generó. El reto es establecer un marco interpretativo capaz de superar la mera yuxtaposición de los distintos cuerpos de conocimiento y técnicas de investigación, así como avanzar hacia su rearticulación de tal forma que se produzca la innovación conducente a una comprensión distinta de la realidad.

El proceso de investigación, de esta manera, es un movimiento constante entre descomponer el proceso global en sus partes constitutivas y recomponerlo depurando los elementos secundarios; movimiento cuya direccionalidad se desprende, de nuevo, de la concepción teórica dispuesta al pensar la relación entre sus elementos. En la segunda sección del libro realiza un análisis de salud de los obreros en una industria siderúrgica en México (Sicartsa), en medio de un contexto de ajustes derivados de la



competencia intercapitalista y bajo resistencia obrera. Esta industria se seleccionó porque representaba un importante sector de la economía, en tanto renglón preponderante en la contribución al Producto Interno Bruto (PIB) y fuente significativa de empleo.

Durante los 80, convergían la crisis mundial del acero y la crisis económica mexicana, lo que significó el cierre de importantes empresas y el planteamiento de la reconversión de la siderúrgica. La baja productividad, la obsolescencia tecnológica, la débil demanda en el mercado nacional e internacional y la caída de los precios, fueron asuntos que interferían con la pretendida “reconversión” siderúrgica, que se dirigió hacia la transformación de las relaciones laborales con el fin de acelerar la productividad, intensificar el trabajo, eliminar puestos, modernizar la tecnológica y la adecuación a las necesidades del mercado. Esta modernización trajo consigo el despido de obreros y la eliminación del contrato colectivo; y amparados en dicha reconversión, se produjo la disminución del control del obrero sobre el proceso de trabajo.

Mediante la investigación se buscó comprender la salud obrera en relación con el proceso de producción, bajo la perspectiva de las estrategias de la empresa, las instituciones estatales y los obreros a través de tres aspectos: a) la cuestión de la salud en el contrato colectivo; b) prácticas cotidianas y correlación de fuerzas alrededor del control sobre cómo usar la fuerza de trabajo en la fábrica; y c) estrategias en momentos de conflicto (patronal y estatal).

La aproximación metodológica predominante fue cualitativa, haciendo énfasis, por un lado, en la dinámica global de las relaciones a estudiar y, por el otro, en los aspectos políticos. El instrumento central fue una encuesta colectiva a los obreros con validación de los resultados.

La reconstrucción del proceso laboral a través de la encuesta colectiva y su análisis, se realizó en función de los elementos tecnológicos determinantes del control, la división y la organización del trabajo. El análisis del desgaste obrero a la luz del proceso laboral y las cargas se realizó con base en: a) el perfil de enfermedades según área y tipo de trabajo; b) el perfil de morbilidad según tipo de trabajo y antigüedad; c) la accidentalidad según área y tipo de trabajo; y d) el tiempo de trabajo útil con la rotación–expulsión por área y tipo de trabajo. La reconstrucción y análisis del proceso laboral fue el punto de partida de la segunda parte

de la encuesta colectiva para abordar las cargas laborales. Se hizo el análisis del proceso laboral desde un ángulo que permitiese resaltar la interacción de sus elementos con el cuerpo y la mente obrera, y se partió de la premisa de que las cargas laborales tienen relación directa con la dinámica global del proceso laboral, ya que sintetizan las consecuencias, tal como se presentan ante los obreros, de la división y organización del trabajo en sus relaciones con los instrumentos y objetos de trabajo. Se estudió su intensidad y distribución diferencial entre los trabajadores en función de sus respectivas tareas.

Reconocidos, tanto el proceso laboral como las cargas, se abordaron los daños a la salud –indicadores de desgaste– que se relacionan con aquellos. Se discutieron los daños en función de cada grupo de cargas. Por último, se discutió en función de cada uno de los grupos de riesgos y daños a la salud, las medidas de protección existentes y las medidas propuestas por los trabajadores. Luego se realizó una confrontación crítica con la teorización original. Para analizar el proceso de valorización como estrategia de generación de plusvalor se exploraron tres vertientes: el desarrollo de la productividad, el desarrollo de los salarios y la gestión de la fuerza de trabajo en la fábrica, usando fuentes secundarias (cálculo de tasa de explotación, incrementos en la intensidad del trabajo y la depresión salarial). Con respecto a la competencia intercapitalista se estudiaron aspectos de la crisis mundial del acero y de la reconversión de la siderurgia mexicana. Adicionalmente, trató la correlación de fuerzas entre capital y trabajo analizando el contrato colectivo y los conflictos directos en la empresa.

Al analizar el proceso laboral se tomó la base técnica del mismo, es decir, las relaciones entre los obreros y la maquinaria, el mayor o menor control sobre los instrumentos de trabajo, las exigencias técnicas y su articulación con el proceso laboral global, automatización/maquinismo, la subordinación de los trabajadores a las exigencia de flujo de producción y el incremento del ritmo de producción. En el caso analizado no existieron razones técnicas para explicar el régimen de trabajo sino que éstas se imponen para aprovechar al máximo la maquinaria, lo que configura un desfase tecnológico.

Se revisaron las actividades de operación y mantenimiento, identificando cómo en ambos casos, los obreros están al servicio de la maquinaria, imponiéndose determinada manera de trabajar. También se identificó

cómo la calificación de los obreros y su ubicación en un escalafón expresa una determinada relación de fuerza entre el sindicato y la empresa. Respecto a la división y organización del trabajo, se identificó una gestión fordista, es decir, una que se corresponde con una planeación centralizada del control, organización y reparto el trabajo, una centralización de las decisiones, líneas de mando verticales y control burocrático sobre los obreros (por ejemplo los incentivos salariales contra el ausentismo y el bono colectivo de producción). En definitiva, una parcelación del trabajo e individualización de las tareas cuya consecuencia son las tareas repetitivas y monótonas.

El tipo de integración de la empresa explica parcialmente la articulación entre distintos tipos de procesos laborales (los automáticos de flujo semicontinuo y el maquinismo), que a su vez se expresa en la variedad de los tipos de cargas laborales. Las primeras, caracterizadas principalmente por cargas físicas, químicas, psíquicas derivadas del nulo control sobre la tarea, y las fisiológicas determinadas por el desfase tecnológico dentro del proceso laboral. Las segundas, presentan como cargas principales el manejo directo de algunos químicos, el esfuerzo físico y posiciones incómodas y las psíquicas derivadas de altos ritmos de trabajo, monotonía y supervisión estricta instrumentada para contrarrestar el mayor control obrero sobre la máquina.

Se descubrió un desfase tecnológico basado en cálculos de rentabilidad como resultado de la elección de opciones tecnológicas encaminadas principalmente a controlar la calidad del producto y la productividad, antes que a facilitar la tarea del obrero. Como conclusión, se afirma que difícilmente se puede comprender la importancia y la forma específica que asumen las cargas, a menos que se contemplen en su específico contexto social. Aún las cargas físicas y químicas, que parecen simples hechos técnicos de la producción, no adquieren su pleno significado en relación con el desgaste obrero si no son analizadas en función de la lógica del proceso de producción, incluyendo en éste, la organización social de los trabajadores. Así, a pesar de que resulta necesario desagregar los tipos de cargas presentes en un centro de trabajo, y dentro de cada tipo cuáles son los “riesgos” específicos, no es sino con la reconstrucción de aquellos en el contexto del proceso de producción como se pueden desentrañar, tanto sus determinantes como sus implicaciones para el patrón de desgaste que sufre una colectividad obrera.

En cuanto al desgaste obrero, la información producida por la encuesta obrera colectiva y el análisis de registros médicos permitió identificar asuntos como: las molestias y daños a la salud reportados por los obreros, los perfiles patológicos; la antigüedad y rotación de la fuerza de trabajo como indicador de expulsión del obrero del proceso laboral por el desgaste sufrido y los accidentes registrados por la empresa para estimar el desgaste repentino que ocasionan. Se concluye que la enfermedad es una expresión particular del desgaste acelerado por el proceso de inserción laboral. La morbilidad se presenta en los distintos tipos de actividad y de obreros de acuerdo a su antigüedad, estableciéndose una dinámica compleja entre morbilidad, antigüedad y expulsión. Desde este abordaje, el desgaste obrero no es el simple resultado de una constelación de “factores de riesgo” inherente a un determinado tipo de industria, y por tanto inmodificable en sí mismo; sino que es la expresión concreta de la dinámica establecida entre la base técnica, la organización y división del trabajo, y la organización social de los trabajadores.

La consideración de la salud en el contrato colectivo se expuso en atención a los asuntos que amenazaban con convertirse en trabas o interrupciones del flujo de producción, principalmente cierto tipo de accidentes. Se configuró una política de economía del capital, encaminada a evitar todo gasto que no sea directamente productivo, lo que permitió explicar las violaciones sistemáticas de ciertas cláusulas del contrato colectivo, así como la falta de mantenimiento de equipos e instalaciones, el ocultamiento de enfermedades laborales y la negativa a iniciar procesos de reconocimiento. Esta estrategia no se despliega en función de la racionalidad técnica sino en función de una determinada relación de fuerza en la empresa.

El desgaste obrero está determinado por la lógica global del proceso de producción y no por una abstracta fatalidad de sus elementos técnicos. De allí que se pueda afirmar la salud como un terreno de lucha entre capital y trabajo. En esta lucha, las características de la organización social de los obreros son un factor crucial para analizar la generación del proceso de desgaste. El texto representa un importante aporte en el conocimiento de la relación entre el proceso de producción y el desgaste obrero, es un acercamiento a la salud obrera contemplando el análisis de sus articulaciones internas y externas para lograr aprehenderla en su dinámica global. El texto permite avanzar hacia el esclarecimiento de

la determinación compleja de las cargas laborales en su relación con el proceso de desgaste de la colectividad obrera. La aproximación al análisis del proceso laboral se desliga de la visión de éste como resultado de imperativos tecnológicos inmutables y avanza en la comprensión de aquel como la expresión concreta de una estrategia de extracción de plusvalor que se desarrolla dentro de la competencia intercapitalista y ante la resistencia obrera. El punto de partida analítico usado fue la comprensión de la lógica del proceso de valorización, donde las dimensiones del desgaste especifican las formas bajo las cuales se van consumiendo el cuerpo y la mente obrera como resultado de tal estrategia.

*Tras las huellas de la determinación social* se terminó de  
imprimir en los talleres de

en Bogotá, Colombia en el mes de septiembre de 2014  
Edición de 500 ejemplares

Compuesto en caracteres Times New Roman de 11,5 pt.  
sobre 13 pt. para el cuerpo de texto.

Impreso en bond 75g, cubierta propalcote 250g.  
encuadrado rústico.