S A L U D Y T R A B A J O

- Una perspectiva bioética -

FRANCISCO A. FERNANDEZ JIMENEZ
Licenciado en Medicina y Cirugía

SANTIAGO, Septiembre

1 9 8 6

A todos los trabajadores que, con palabras de Pablo VI, se hallan "indignamente explotados, con ultrajes escarnecidos en su cuerpo y en su alma, envilecidos por un trabajo degradante sistemáticamente querido, organizado e impuesto"*

(*)Discurso ante la OIT, 10.6.1969

"No hay duda de que el trabajo humano tiene un valor ético, el cual está vinculado completa y directamente al hecho de que quien lo lleva a cabo es una persona, un sujeto consciente y libre, es decir, un sujeto que decide de sí mismo"

JUAN PABLO II(Laborem exercens, 6)

"No exploten al trabajador a jornal, pobre y necesitado, sea hermano suyo o emigrante que vive en su misma tierra"

Deuteronomio 24, 14-15

"One can then think about achieving a state in which work not only provides men with food, clothes and shelter, but is enjoyable in itself and is combined with full oportunities for education"

RUDOLF VIRCHOW(1849)

"Nunca fue la salud más mortal"

CESAR VALLEJO

1. INTRODUCCION

El mundo del trabajo, y del trabajador como su principal protagonista, no ha dejado de plantear vigorosas polémicas, sobre todo a partir de la revolución industrial. El trabajador se encuentra desde ese momento inmerso a radice en un mundo conflictivo donde, solidariamente con sus compañeros de faena, debe hacer frente a los apremiantes requerimientos de la tarea concreta con los limitados medios de su inteligencia y su capacidad física.

El hombre del trabajo, de esta forma, se ha constituido en el eje temático de multitud de investigaciones de todo tipo y, lo más decisivo e importante, de un creciente interés que no ha cesado de convertirse en hechos como, podría mencionarse, la institución de la Organización Internacional del Trabajo(OIT), la creación de Sindicatos obreros, la aparición de ideologías que fundamentan su teoría y su praxis en el trabajo humano, etc.

Hoy, a la par que ha visto más reconocidos sus derechos, el trabajador quiere ser partícipe de igual a igual en la vida comunitaria e institucional, ya sea individualmente o a través de las organizaciones que mejor le pueden representar(Sindicatos y Federaciones sindicales). Esta voz del trabajador, por tan largo tiempo silenciada, se levanta en intensidad y reclama salarios más justos, una jornada laboral más corta, mayor tiempo de vacaciones, cobertura económico-asistencial ante el infortunio, etc.

Uno de los reclamos que ha ido preocupando cada vez más al trabajador en su historia reivindicativa es el derecho a un medio laboral más seguro y libre de riesgos a la vez que el derecho a acceder a una atención sanitaria adecuada y pronta ante problemas de salud generados o facilitados por el trabajo.

El objeto del presente estudio es contribuir a la reflexión bioética sobre las implicaciones de la salud de los trabajadores, haciendo ver la importancia que tiene un enfoque ético sobre problemas que han sido normalmente abordados desde la Sociología, el Derecho o la Economía.

A la vez, este estudio quiere ser una llamada de atención sobre las muchas veces inhóspitas condiciones laborales en que tienen que ejercer su faena los trabajadores, sujetos a una indignante falta de derechos y acuciados por un esquema económico mercantilista donde a la explotación se la intenta ocultar con el falaz y eufemístico nombre de "economía social de mercado".

Como dijera un eminente ex-Presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Allende Gossens:

> "No es posible dar salud y conocimientos a un pueblo que se alimenta mal y que trabaja en un plano de inmisericorde explotación"

2. LA MODERNA SALUD OCUPACIONAL

La preocupación por la suerte de los trabajadores en lo que concierne a su salud está documentada en Plinio el Viejo, que en los inicios de nuestra era refiere daños a la salud de las personas que trabajaban con mercurio, describiendo los primeros y más rudimentarios medios de protección personal (vejigas de cerdo). Más tarde será Paracelso el que se interesará por algunas afecciones de los obreros metalúrgicos y mineros en su obra "De los oficios y enfermedades de la montaña" (1567).

Mas será el italiano B. Ramazzini (1633-1714) el que se hará acreedor al título de "padre de la Medicina del Trabajo", con su tratado "De morbis artificum diatriba" (1700). En esta obra enfatiza Ramazzini la importancia de la Historia clínica ocupacional como fuente de datos para un cabal diagnóstico de las enfermedades ocupacionales.

Habrá que esperar al comienzo del siglo XIX para que aparezca la primera legislación protectora de la salud de los trabajadores(Ley inglesa sobre la salud y la moral de los aprendices,1802). En 1833,por - la "Ley de las fábricas",se crea la Inspección de las fábricas,órgano gubernamental británico que entra por primera vez en el interior de la in-- dustria para verificar si la salud de los trabajadores estaba siendo protegida contra los agravios surgidos del medio laboral.

Sin embargo,y desde una filosofía primermundista desarrollada,se ha pretendido enfocar la Medicina ocupacional muy restringidamente como una medicina curativa de las afecciones orgánicas(Requena Bichet, M) más estrechamente ligadas al trabajo y,además,vinculada a un impulso paternalista del empleador,deseoso de tener "hombres-máquinas" más eficientes y productivos.

Esta delimitación conceptual de la Medicina Ocupacional,y su praxis correspondiente,se adscriben a un modelo capitalista de sociedad donde el trabajador cumple un rol altamente dependiente,poco participativo y explotado. De esta forma,la salud del trabajador se convierte en un modo más de reproducir la estratificación social y el técnico en sa-- lud en "compañero de viaje" de las clases privilegiadas a las que devuelve,restablecida de sus afecciones,la mano de obra que había sufrido el - deterioro a la salud por el medio de trabajo.

La definición propuesta por un Comité conjunto OMS-OIT(1950) reza como sigue:

"La salud ocupacional tiene como objetivo promover y mantener el más alto grado de bienestar físico,mental y social de los - trabajadores en todas las profesiones,evitar el desmejoramiento de la - salud de éstos por las condiciones de su trabajo,protegerlos en sus ocupaciones de los riesgos resultantes de la presencia de agentes nocivos a

su salud;ubicar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; y, en resumen, adaptar el trabajoal hombre y cada hombre a su trabajo"

El enunciado expuesto se pierde en detalles sobre la descripción de lo que debería ser un programa de Salud Ocupacional y no entra a explicitar qué se debe entender como tal. Se soslaya además el término "estado", que ya ha sufrido bastantes críticas, siendo así que la salud debe entenderse como un proceso dinámico, una forma de vivir y de entender la vida y las relaciones con los demás, con su entorno físico y consigo mismo.

Sin embargo, y para los solos fines de este humilde trabajo, me arriesgaré a exponer un concepto propio:

> "Por Salud Ocupacional deberíamos entender aquella forma de vivir de la persona trabajadora que le permite, siempre en relación con su trabajo y su entorno, unas relaciones interpersonales solidariamente enriquecedoras, el respeto de su propia autonomía personal y de su dignidad intrínseca y el disfrute de un ambiente, físico y humano, apto para la convivencia ecológica con las comunidades vecinas"

Es así como la Salud ocupacional hace ver su estrecha relación no sólo con el eje somático-psicológico, sino con las estructuras injustas de la sociedad y con el quehacer socio-cultural de la comunidad a la que pertenece el trabajador como miembro activo. Esto lleva como corolario más evidente el que el médico deberá dejar de autoconceptuarse como el eje referencial de la atención de salud del trabajador, enfocando más bien su actuación clínica en el seno de un equipo coordinado de salud en el que no podrían faltar psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales, educadores sanitarios, etc. La OMS en la Conferencia de Alma Ata puso hincapié en la Atención Primaria de Salud como una herramienta adecuada y eficaz para hacer frente a los problemas de Salud Pú-

blica de mayor incidencia y trascendencia social. Por lo tanto, parece - evidente que la Salud Ocupacional debe ocupar un lugar importante en - una estructuración de Atención Primaria de Salud(A.P.S.)que desee -- hacer realidad la meta de Salud Para Todos el año 2000.

En resumidas cuentas, creo fundamental enfocar la Salud O- cupacional de manera que dé respuesta a estos puntos:

1. Delimitar su campo interés con un criterio social, dinámico e integra dor(aspecto dinámico y conceptual).
2. Criticar lúcida y coherentemente todas las formas, por solapadas que sean, de oprimir aún más al trabajador en sus derechos y en su salud. (aspecto proyectivo-teleológico).
3. Enfatizar la participación del trabajador en su problemática de salud, en el contexto de una justa participación del mundo del trabajo en el área de la toma de decisiones de la empresa(aspecto participativo).
4. Delinear un sistema de Atención de Salud enmarcado en la línea de Al- ma Ata de A.P.S.(aspecto integral de A.P.S.).
5. Poner su interés no sólo en la recuperación de la Salud maltratada si- no en los aspectos preventivo y rehabilitador, con objeto de que haya, por una parte, un menor riesgo de enfermar o accidentarse y, por otra, una - más fácil reinserción del enfermo o discapacitado laboral en su comuni- dad(aspecto preventivo y rehabilitador).
6. Enfocar la problemática de Salud Ocupacional en un contexto más ge- neral teniendo en cuenta el medio ambiente humano y natural sobre el - que incide el trabajo humano(aspecto ecológico).

3. INTRODUCCION AL CONCEPTO DE BIOETICA

Literalmente podriamos definir a la moderna Bioética como aquella disciplina que se interesa por las consecuencias éticas de toda cuestión lindante con la Salud y con la vida(de bios=vida, y ethos=com-- portamiento, actuación humana). Es, pues, una búsqueda sistemática de - respuesta a la pregunta: ¿Cuál deberá ser mi actuar en el campo de la -

salud y de la vida para responder más fielmente a mi vocación de persona como ser co-rresponsable con los demás y con el medio?(Mifsud,T).

Una discusión que afronté en otro lugar(Fernández Jiménez,F) es la crítica de una moral deontologista que enfoca los aspectos del humano actuar desde una postura apriorística,legalista y condenatoria. Este era precisamente el enfoque dado antaño a la disciplina de Deontología médica de obligada inserción en el despliegue curricular del futuro profesional de la Medicina -y también el resto de las ciencias de la salud-.

Hoy se enfrenta a la ética antes mencionada una visión bioética utilitarista,"bioutópica",que procede sobre todo del mundo anglosajón, y que justifica todo en el nombre de una ciencia casi idolatrada en sus medios y en sus fines. Sobrevalorando los beneficios y minimizando los riesgos,esta vertiente bioética opta por una filosofía teleologista de la vida (en cierta forma Teilhard de Chardin se puede considerar en este paradigma con su optimista visión del punto Omega,ante cuya consecución no vacila en proponer medidas eugenésicas,vid. Le Phénoméne Humain).

Un criterio que creo más ajustado -y que coincide con el que nos servirá para abordar este trabajo-es el criterio personalista que sin ser el absoluto(para nosotros los cristianos el único absoluto tiene cara de persona y es Dios),puede ser una herramienta eficaz ad usum quotidianii para soslayar los extremismos de los dos criterios anteriormente expuestos y dar un ajustado tratamiento a los problemas que más adelante estudiaremos.

La persona,como concepto instrumental con el que hay que trabajar,podríamos considerarla como "aquel ser a cuya realidad individual pertenecen la vida,la intimidad,la inteligencia,la libertad,la capacidad de apropiación y la abertura responsable a las cosas y a los demás" (Laín Entralgo,P).

Como notas características suplementarias de qué deba entenderse por "persona",y desde un "personalismo de alteridad social",tene-

mos que citar:

1. Carácter indigente de la realidad del ser humano. La persona como ser aún no concluso, como ser en devenir hacia una meta de "más ser"(Teilhard de Chardin, Erich Fromm).

2. La persona se realiza en el espacio-tiempo de una realidad social concreta que le lleva al compromiso solidario por los demás(en lenguaje de X. Zubiri:la persona ha de"hacerse cargo"de la realidad).

3. Complejidad y apertura. El ser personal como pluridimensional, abierto a lo trascendente, a lo carente -al menos aparentemente- de "eficacia" social, a lo gratuito:arte, deporte, contemplación religiosa, etc.

4. Constituir un fin, nunca un medio. Como expresó Kant en su'Metafísica de las costumbres":

> "Considera a tu propia persona y a la de los demás siempre como un fin, jamás como un medio"

Sobre esta base(el individuo como persona =fundamento del reflexionar bioético)intentamos ahora delinear cuáles pueden ser las referencias fundamentales:

(a)Responsabilidad personal en un quehacer motivado por la clásica formulación:"haz el bien y lucha contra el mal"(corregida por Mifsud, T).

(b)Participación de todos los sujetos éticos en el debate, en la confrontación:personas singulares, comunidad, grupos humanos concernidos, instituciones, etc.

(c)Asunción del carácter conflictual de la convivencia humana, de la pluralidad de pareceres, en todo aquello que forma parte de la área de lo opinable(=áreas en las que haya consenso social).

(d)Compromiso histórico frente a todos los "ídolos" de uno u otro tipo, que esclavicen al hombre y frenen su camino de plena humanización(Mounier, E).

Para muchos pudiera parecer la reflexión bioética sobre la Salud de los trabajadores un mero "discurso de salón", objeto de un bonito y supuestamente ineficaz juego dialéctico para ociosos. Hemos de re-

calcar, como más de una vez lo ha hecho el Director General de la OIT, que la lucha por un medio laboral más salubre y apto para el trabajo humano no es incompatible con la lucha por mejores salarios o más empleo, aunque lo contrario pareciera ser más cierto en la inmisericorde "lucha por la existencia" imperante en nuestros países latinoamericanos. El camino hacia el desarrollo no debe saldarse con vidas humanas o con la salud quebrantada de los trabajadores, principales autores de la riqueza nacional. Es precisamente el desafío ético al que queremos aportar nuestro pequeñísimo granito de arena concientizador, en un afán educador de conciencias que, a no dudar, constituye la clave para el convencimiento de la importancia de resolver, a tiempo y adecuadamente, esta problemática.

4. ASPECTOS BIOETICOS DE LA SALUD OCUPACIONAL

Una vez definido el marco conceptual de la Bioética y de la Salud Ocupacional, hemos de entrar en la elucidación de cuáles pueden las áreas de convergencia y de confrontación de ambas disciplinas.

La Bioética no debe entenderse sola y exclusivamente como aquella ciencia de las "cuestiones fronterizas" (algunos la siguen entendiendo así y la vinculan a temas tales como eutanasia, FIVTE, aborto, etc). La Bioética, en este sector que nos ocupa, tendrá que decir mucho de cuestiones tan cotidianas como los sistemas de rotación de turnos, los salarios, la relación con las demás áreas de la empresa, etc, etc.

Es así como lo han entendido países de mayor industrialización que Chile al establecer, por una parte, codificaciones y normativa legal que ampara la salud de los trabajadores y, por otra, constituyendo Comisiones nacionales de Etica en el área de las ciencias de la vida y de la salud (Gran Bretaña, Estados Unidos de América, Francia, etc).

Es esta área de las implicaciones éticas de la Salud Ocupacional un área infravalorada por ambos lados: ciencias de la Salud y Etica, pero ya se va notando un creciente interés que se convierte en literatura especializada. Es así como, por ejemplo, la American Association of Occu-

pational Medicine hizo públicas unas normas de ética para los médicos - que ejercen en empresas(vid. Anexo)y la Asociación homónima del Reino Unido ha confeccionado un "handbook"sobre ética para sus asociados.

Paso a enumerar los puntos que más atención van a recibir en este estudio:

-Responsabilidad compartida de la Salud Ocupacional.
-Educación sanitaria.
-Grupos humanos especialmente vulnerables.
-Secreto clínico e independencia profesional.
-Derecho a la información(notificación de riesgos).
-Tamizaje genético ocupacional.
-Consideraciones bioéticas sobre la práctica deportiva.
-Bienestar y adaptación ocupacionales.

5. UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

La gravedad e impacto social que tienen muchas de las implicaciones éticas originadas por el daño a la salud de los trabajadores, hacen más que lógica la obligación moral de que tanto el Estado, como los empleadores y los trabajadores(amén del personal técnico especializado en este ámbito de la salud) asuman su parte de responsabilidad.

No hay que olvidar que, por poner un solo ejemplo, se lanzan al mercado estadounidense unas tres mil sustancias químicas nuevas que se suman a la lista de aproximadamente quince mil productos que ha elaborado el National Institute of Occupational Safety and Health(NIOSH) tras cuidadoso examen de sus propiedades biológicas. Toda esta gama de sustancias son eventualmente riesgosas para la salud de los trabajadores que tienen que enfrentarse a su manejo por razones laborales. Por otra parte, se habla de que el número anual de casos mortales por accidente laboral asciende a cien mil defunciones en todo el mundo, debiéndose añadir a esto las cifras, muy mal conocidas, de la agricultura y la silvicultura. I-

gualmente se reconoce que el promedio de accidentes que causan suspensión del trabajo es de aproximadamente 160.000 por día.

Estas cifras tan elocuentes proceden de la OIT y tienen diez años de antigüedad, lo cual hace sospechar que la realidad actual de los problemas de Higiene y Salud del Trabajo es mucho más cruda y desalentadora.

La obligación primera y responsabilidad princeps del Estado y de la Sociedad entera en lo que hace relación a la Salud Ocupacional es reconocer el hecho de que la enfermedad le interese, sobre todo en este ámbito de la Salud Pública que por lo masivo pasa a ser un problema social. En buena y cabal Epidemiología, esta fase se llamaría: hacer un ajustado y pormenorizado Diagnóstico de Situación de Salud Ocupacional.

Una vez cumplimentada esta etapa, cuya ejecución es harto difícil debido al desinterés sangrante existente -sobre todo en los países ultraliberales como Chile- por la suerte colectiva de los trabajadores, el paso siguiente sería una puesta en funcionamiento (o impulso, de ya existir) de un sistema organizado de cobertura de Atención de Salud Ocupacional, que muy bien podría depender de las Autoridades de Salud Pública del país, con un apoyo que sería muy eficaz a nivel de la empresa misma, con la organización de Comités Paritarios de Seguridad e Higiene en el Trabajo y de Servicios de Salud Ocupacional empresariales.

La creación de futuros profesionales del sector salud y conexos adiestrados en problemática ocupacional sería una etapa sin la cual sería casi imposible el implementar una Atención de Salud en el ámbito laboral. Esto conllevaría la creación de especialidades dentro de las profesiones como médico, enfermería, ingenieros, psicólogos, sociólogos, Asistentes sociales, etc. Con todo esto se podría crear un Equipo de Salud Ocupacional que laborase integrado y cuya filosofía fuese de coordinarse, por un lado, con el sistema de A.P.S. y, por otro, con el sector Trabajo.

Obligación ineludible del Estado que quiera promover y fomentar la salud integral de sus trabajadores será el dotarse de un marco legal, modernizado y puesto al día con regularidad, encaminado a la consecución de un trabajo más sano y apto para el ser humano, así como una Atención de Salud (curativo-asistencial) generalizada a toda la masa laboral del país, y -como hemos recalcado más arriba- incardinada en el sistema de A.P.S. Además, y como tema conexo con la Salud por las evidentes connotaciones que tiene, será necesario y éticamente injustificada su no implementación, la consecución de niveles salariales, de cobertura de empleo, de protección en forma de Seguridad Social, etc que den una vida digna al trabajador y un máximo desarrollo de su ser personal.

En Chile, el Decreto 78/1983 sobre Condiciones sanitarias mínimas en los lugares de trabajo, y legislación derivada, es a todas luces insuficiente (incluso regresivo respecto, por ejemplo, al Decreto 19 sobre la misma regulación...). Se echa en falta la contemplación legal de los índices de exposición biológicos, la creación de la Medicina del Trabajo como disciplina autónoma, la implementación de Programas de vigilancia epidemiológica de enfermedades profesionales y accidentes ocupacionales, y un sinfín más de carencias que sería tedioso enumerar (como ejemplo lancinante se puede citar que ascienden a dos los médicos que el Ministerio de Salud, en todo Chile, ocupa en Medicina del Trabajo...).

No sería justo olvidar la labor emérita que hace la más antigua agencia internacional de la ONU: la Organización Internacional del Trabajo, que trata de impulsar y armonizar esta labor legislativa. Fruto de ello han sido bastantes instrumentos jurídicos y conferencias internacionales, entre los que cabría mencionar:

- -Conferencia Internacional del Trabajo sobre las condiciones y medio ambiente laborales. 1975 .
- -Convenio 42, de 1934 sobre enfermedades profesionales (revisado)

-Recomendación 69, de 1944, sobre asistencia médica.

-Recomendación 97, de 1953, sobre la protección de la salud de los trabajadores.

-Recomendación 112, de 1959, sobre los servicios de medicina del trabajo en los lugares de empleo.

-Convenio sobre el peso máximo de la carga que puede ser transportada por un trabajador, 1967 (Convenio número 127).

-Convenio 155, de 1981, sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente laboral.

-Reunión de una Comisión mixta OIT/OMS sobre la Seguridad y Salud Ocupacional de los trabajadores migrantes, 1977.

Por lo que se refiere el trabajador está llegando el tiempo en que se deberá hacerle partícipe en lo que atañe a su salud. Es éticamente ilegítimo no reconocer el derecho a la participación a los trabajadores, ya sea individualmente, ya sea a nivel colectivo a través de sus sindicatos y comités de empresa, en la resolución de problemas que tienen que ver con su salud y seguridad personales. Con palabras de la Conferencia de la OIT de 1975, "la elaboración, planificación y aplicación de nuevas políticas destinadas a mejorar el medio ambiente de trabajo requieren la plena participación de los empleadores y de los trabajadores y de sus organizaciones".

No ha sido sin esfuerzo y luchas incansables que trabajadores de otras latitudes han visto reconocidos sus derechos en este campo. Un ejemplo que quisiera mencionar porque se trata de un país cercano culturalmente a Chile, es el ejemplo italiano. Según refieren Navarro y Assennato, gracias a las movilizaciones de los años 69 y siguientes, se pudo conseguir el que estuviese asegurada legalmente la participación en programas y servicios de salud ocupacional de los mismos trabajadores a -

través de los representantes gremiales. El Servizio di Medicina nel Ambiente di Lavoro(SMAL), regionalizado en su estructura, se limita a proveer asistencia del siguiente tipo:

(a)Ayuda técnica a los trabajadores, a requerimiento de los mismos;

(b)Colaboración con los "delegati di Fabbrica", intercambiando opiniones sobre las características del proceso laboral y productos usados en el mismo, con su respectivo impacto sobre la salud del trabajador;

(c)Preparación de una lista de riesgos industriales, en colaboración con los "delegati di Fabbrica";

(d)Elaboración de informacion médica, epidemiológica y de laboratorio, previa petición de los trabajadores.

De esta manera, merced a la presión del movimiento obrero, se consiguió en la Ley de 1979 del Servicio Nacional de Salud, por ejemplo, la creación de unos documentos o cartillas personales y colectivas que consignan la exposición a riesgos, así como el derecho a ser informados sobre todos los productos químicos y riesgos involucrados en el proceso industrial.

Una legislación más perfeccionada en lo técnico es la imperante en la República Democrática de Alemania(Código laboral de 16 junio de 1977, Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional de 1 diciembre 1977).

En países como los de Latinoamérica donde el trabajador sufre una secular explotación y goza de una prácticamente nula participación en la empresa, habría que insertar la demanda de un trabajo más salubre y de participación en salud en el marco de los distintos tipos de convenios colectivos y, de ser posible, en un programa reivindicativo global frente a las autoridades del sector público competentes.

La responsabilidad del empresario es primariamente la de -

instaurar un medio, físico y humano, no sólo libre de riesgos para la salud de sus trabajadores a cargo y de la comunidad circundante (esta "vecindad" puede ser bastante amplia en su concepto; tómese como ejemplo un escape radiactivo en un curso de agua internacional); esta responsabilidad se entenderá en el sentido de que el medio laboral provea del máximo de bienestar al trabajador, en lo que podría llamarse una verdadera Psicología industrial ecológica (vid. capítulos 2, 12 y 13).

Ejemplificando lo hasta este momento expuesto, con esta obligación moral inherente al rol empresarial y que debería regularse jurídicamente, el empleador se compromete a:

- suministrar equipo de protección personal, en buen estado, adaptado a cada individuo y con previa educación sobre su uso y cuidado;
- proveer de unas condiciones socioeconómicas dignas al trabajador (vacaciones, salarios, política de personal, etc);
- Facilitar revisiones periódicas de salud de sus trabajadores, sobre todo de aquellos que se desempeñan en las tareas más riesgosas.
- Disponer de un Manual de procedimientos específico y actualizado y facilitar un ejemplar a cada trabajador que ejecute la misma tarea (con ello se disminuiría la accidentabilidad, por ejemplo)
- Poseer un Plan de emergencia para casos de catástrofes (incendios, inundaciones, derrumbes, escapes tóxicos, etc), con simulacros periódicos;
- Dotar a la empresa de un clima de verdadera cooperación (incluso a nivel de decisiones -cogestión-), en el que se tome en cuenta a cada trabajador como persona que es.

6. EDUCACION EN SALUD OCUPACIONAL

Cada vez se concede más importancia, con toda justicia, al aspecto educativo en el área de salud. Esto que es cierto en general, puede ser afirmado con más razón aún en el área de la Salud Ocupacional.

Chile fue un país pionero en la formación de educadores sanitarios. En nuestros días, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile retoma esta tradición, perdida por largo tiempo, iniciando un programa de Educación en Salud, como mención autónoma del Magíster en Salud Pública.

Si como un ilustre gobernante dijo "gobernar es educar y dar salud al pueblo", en la praxis concreta de la Salud de los trabajadores, y sus implicaciones éticas, el paradigma educacional se debe entender como de una importancia capital, al ser el concepto que da trabazón lógica y coherente a todo su edificio doctrinal. Lo pedagógico acá fluye en dos sentidos:

-Trabajadores-Equipo de salud ocupacional.

-Equipo de salud ocupacional-Trabajadores.

Como estamos dándole vueltas a las consecuencias bioéticas de la Salud Ocupacional, podríamos indicar algunos aportes éticos desde el paradigma pedagógico:

-Convencimiento de la posibilidad de mejoramiento del medio laboral y sus condiciones, así como de la posibilidad de prevenir los accidentes y siniestros laborales. Esto es de vital importancia en países como Chile, de idiosincracia fatalista ante la seguridad industrial;

-Asunción de un modelo educativo que profundice el espíritu crítico del educando y lo concientice acerca de sus derechos (en este sentido Minkler y Cox relataron en 1980 una experiencia educativa en Salud sirviéndose de la Filosofía pedagógica de Paulo Freire como herramienta).

Este rol del educador en Salud Ocupacional se amplificaría y facilitaría en su objetivo valiéndose, de una parte, de los grupos sindicales, como expresión más genuina de la comunidad de los trabajadores, y, de otra parte, de la formación de monitores o supervisores como agentes educativos entre los mismos trabajadores. Esto, por supuesto, incrementaría la aceptabilidad de los contenidos entregados y, a la vez, facilitaría el acceso a enseñanzas sobre Salud Ocupacional y Seguridad Industrial a trabajadores que no pueden llegar a alcanzar ese conocimiento por una u otra razón. Algo digno de señalar en este camino que hemos delineado se implementó en Chile a principios de la década de los setenta gracias a un acuerdo CUT-SNS.

Este impulso educador en Salud Ocupacional vería su marco óptimo de referencia en la estrategia de A.P.S. del país (la educación es la primera herramienta para la A.P.S. señalada por la Conferencia de Alma-Ata). Un enfoque integral de este tipo facilitaría además el que se utilizara el aporte docente-sanitario en el medio laboral como vehículo de extensión educativa en otras áreas en que, de otra forma, es difícil llegar a grandes coberturas poblacionales, entregando contenidos sobre educación sexual, manejo de la salud por parte de la propia gente (autocuidado en salud), adiestrando en primeros auxilios, implementando programas de inmunización-vacunación, etc, etc

7. GRUPOS ESPECIALMENTE VULNERABLES

En el ejercicio de la Salud Ocupacional ha de derrocharse tacto y respeto humanos. A fin de cuentas se está trabajando, como en otras áreas de la Salud, con personas.

Esto se pone aún más de evidencia en lo que concierne a personas que son especialmente susceptibles o vulnerables en lo referente a su salud o al empeoramiento de un daño preexistente.

Con este capítulo, pues, deseo hacer énfasis en los grupos, tan frecuentemente olvidados, de:

(a)Discapacitados físicos o mentales;

(b) Emigrantes;

(c) Ancianos y niños;

(d)Mujeres gestantes o en lactación.

(a)Discapacitados. La persona impedida, física o psíquicamente, no debe ser objeto de una protección paternalista que le agrave su dificultad para enfrentarse a la existencia cotidiana, en este mundo del "struggle for life" que Hobbes previera. El impedido no pide caridad cuando exige un empleo adaptado a sus capacidades, sino un derecho ya reconocido mundialmente por organizaciones de todo tipo(médicas, sociales, laborales, de Derechos Humanos, etc).

Sería, pues, un gran error quedarse en lo meramente arquitectónico y contentarnos creyendo que estamos con ello haciendo Salud Ocupacional y adaptando el medio laboral a sus menguadas aptitudes. Con esto no queremos menospreciar la importancia que tiene un enfoque de este tipo, pero sería injusto quedarse en esta etapa sin entender como un deber ético el adaptar no sólo el medio sino el proceso de trabajo y su entorno con objeto de conseguir una inserción óptima del discapacitado en la empresa y en su tarea específica. Un ejemplo, aunque incompleto e imperfecto, en este sentido es el de la Legislación española que obliga a que en cada convocatoria para ocupar empleos del sector fiscal se asigne un 3 %de las vacantes a minusválidos.

Como corolario de lo anteriormente expuesto se desprende que debería facilitársele a la persona impedida el cumplimentar el eventual programa rehabilitador que se le haya prescrito en el lugar de trabajo, o bien el tiempo necesario de permiso para su traslado al centro o establecimiento rehabilitador.

Un papel realmente importante lo ha de cumplir, en sentido indicado en este acápite, la Ergonomía, como podremos evidenciar en el capítulo correspondiente(el 12).

(b)Emigrantes y exiliados. En este grupo de trabajadores se ceba la morbilidad,sobre todo en su vertiente psicológica(stress, desadaptación,falta de comunicación,etc),problemas de superexplotación y adjudicación de roles infravalorados en la sociedad huésped,mayor accidentabilidad,distinta susceptibilidad a las enfermedades,problemas nutricionales de todo tipo,etc.

Es esta población un colectivo donde es especialmente difícil deslindar la Salud Ocupacional de la Política en general. Habría que planificar desde una visión interdisciplinaria e intersectorial una actuación encaminada a ofrecer un medio laboral acogedor al emigrante,creando si se estima necesario(muchos países así lo han hecho)programas de formación de personal específicamente vocacionado para la Atención de Salud de esta población de alto riesgo(sobre todo psicólogos y Asistentes sociales).

Un rol ineludible lo tiene el Estado en el sentido de que deberá conceder igualdad de oportunidades para encontrar empleo al emigrante y reconocerle el respeto a su idiosincracia religiosa,política y cultural. Así mismo sería inmoral no reconocerle los mismos derechos sindicales y legales. Una problemática más difícil de corregir es la del exiliado político al cual,además de todo lo anteriormente señalado,se le suele encasillar con falsos prejuicios o marginar con injustos recelos.

(c)Ancianos y niños. En lo que concierne a los niños la única postura éticamente defendible es categórica:el trabajo del niño,al mermar sus limitadas fuerzas,quitarle tiempo para su educación y entorpecer su desarrollo somato-psíquico,debería ser erradicado. Sin embargo,y en esto la realidad mal,que nos pese,está muy alejada de lo deseable,el trabajo infantil sigue teniendo existencia en los países del área latinoamericana(en Chile es incluso legal en el ámbito no fiscal...). Esto se halla condicionado por las paupérrimas condiciones de las masas obreras,campesinas y marginadas de estos países.

Es por ello que un Programa de Salud Ocupacional, o una política en el mismo sentido, que quiera terminar con esta lacra debería ser progresivo en su corrección(ir por ejemplo aumentando poco a poco la edad a partir de la cual es permisible trabajar)y, además, ir unido a medidas de elevación del nivel de vida de las capas de población más pobres, todo ello acompañado por un más justo reparto de la riqueza nacional y una serie de medidas cuyo objetivo sea disminuir las irritantes disparidades sociales imperantes en nuestras sociedades. De nada sirve ratificar el Convenio 138 de la OIT sobre la edad mínima de admisión al empleo(1973), si seguimos padeciendo condiciones que llevan a las familias pobres a la cruel decisión de ofrecer sus niños al mercado laboral.

El trabajador senescente ve cómo sus fuerzas y sus capacidades se van mermando y deteriorando con el paso de los años. Sería por esa razón de justicia el exigir una atenuación de los requerimientos del trabajo y su medio, así como una adaptación progresiva y cuidadosa a la jubilación con su previsible disminución de actividad.

Un informe del Director General de la OIT ante la Conferencia de esa organización del año 1975 decía respecto a la jubilación:

> "La jubilación es una ruptura que conviene preparar con tanto mayor cuidado cuanto más esfuerzo haya requerido la vida profesional, más larga sea la esperanza de vida y menos desarrollados estén los recursos materiales e intelectuales. Quienes disponen a la vez de aptitudes y de recursos adquiridos en su actividad profesional tienen muchas posibilidades para proseguir una vida social creativa y para saber utilizar su tiempo libre; los demás corren el peligro de conocer una jubilación pasiva en que el proceso de envejecimiento es más rápido. Se precisan por lo tanto medidas preventivas en que han de colaborar médicos del trabajo, psicólogos, sociólogos y

> asistentes sociales. Tales medidas deberían referirse igualmente a ajustes de los horarios o a cambios de puesto, a la utilización del trabajo a medio tiempo y a la adaptación de ciertos empleos."

El debate sobre la edad de jubilación(limitada versus flexible) no ha concluido aún. Los expertos parecen inclinarse por la flexibilidad en la determinación de la misma, habida cuenta de que se tienden a compensar los que se jubilan antes con los que lo hacen en fechas posteriores. Dicho esto, el dilema se crea ante la inmensa cantidad de personas sub o desempleadas que desearían ocupar el puesto ocupado por el trabajador de edad, lo cual ven como solución a su problema de cesantía. Quizás la respuesta éticamente más ajustada al dilema podría ser: facilitación de la jubilación precoz junto con oportunidades para una inserción social más gratificante que la actual para el así jubilado y lucha contra el pluriempleo objetivamente injustificable.

(d)Mujeres en gestación o lactancia. Han pasado ya los tiempos en que era todo un programa político el liberar a la mujer "del azote del taller". Hoy la mujer reclama con justicia sus derechos iguales a igualdad de condiciones que los de los varones. Esto tiene una implicación en Salud Ocupacional: no hay tarea que, a igualdad de aptitudes físicas y/o intelectuales, no pueda realizar una mujer tanto o mejor que el hombre(como un dato a favor de este aserto, en España se declaró anticonstitucional la prohibición que había desde hace lustros de que las mujeres trabajen en la minería).

Por esta razón el epígrafe que encabeza este acápite no califica a las mujeres en general como población especialmente vulnerable, sino sólo a aquellas que se encuentran en proceso de gestación o de lactación, debido al riesgo que supone a veces el trabajo y el medio laboral para las mujeres en estas condiciones y para su descendencia.

Aparte de estos casos fisiológicos, no hay evidencias que demuestren el que las mujeres sean más sensibles que los hombres a las diversas noxas existentes en el medio laboral.

8. SECRETO CLINICO E INDEPENDENCIA PROFESIONAL

Una de las materias preferidas por los tratadistas en Bioética, y antiguamente de la Deontología médica, era lo tradicionalmente conocido como "secreto médico". Recurro a la nomenclatura del epígrafe para evidenciar que esta obligación ética no sólo vincula al médico sino a todo el personal técnico de Salud que tiene acceso a información personal del trabajador en su quehacer clínico(personal de enfermería, dentistas, psicólogos, auxiliares de enfermería, tecnólogos médicos, etc).

El secreto en el ejercicio de actividades encaminadas a la promoción y recuperación de la salud de los trabajadores es una obligación ética que dimana del respeto a la intimidad y a los derechos humanos de la persona trabajadora. Así lo recogen los más diversos códigos de ética médica o de enfermería. Por ejemplo, el Código de Etica Médica del Colegio Médico de Chile(A.G.), lo expresa en los siguientes términos:

> "Guardar el secreto profesional constituye un deber y un derecho del profesional"(art.10)

El Manual de Etica Médica de la British Medical Association, afirma sobre este punto:

> "Individual clinical findings are confidential, though their significance may be conveged to a third party. Thus, while an individual reading of a laboratory result may not be published, it may be proper to disclose that an individual or a group show a significant degree of exposure to a potentially toxic hazard"
>
> "A doctor must preserve secrecy on all he knews. There are five exceptions to this general principle:

(1) The patient gives consent

(2) When it is undesirable on medical grounds to seek a patient's consent, but is in the patient's own interest that confidentiality should be broken

(3) The doctor's averriding duty to society

(4) For the purposes of medical research, when approved by a local clinical research ethical committee, or in the case of the National Center Registry by the chairman of the BMA's Central Ethical Committee or his nominee

(5) When the information is required by due legal process"

El secreto clínico ocupacional está íntimamente ligado al tema de la independencia profesional. La mayoría de las veces el profesional de Salud tiene una relación contractual con el empleador, ya sea directamente en el seno de la misma empresa, ya sea indirectamente a través de una Mutua patronal de prestación de servicios clínicos. De esta forma el clínico está expuesto al riesgo de adherirse a la línea empresarial, pasando a aparecer ante los trabajadores como un intermediario del empresario(un "agente del patrón").

Es por ello que el secreto profesional se constituye en verdadero bastión de la independencia del personal de salud ocupacional. El técnico de salud de los trabajadores no ejercerá, en lo posible, control de ausentismo laboral, encargando dicha labor al médico correspondiente de Atención Primaria que tenga capacidad legal de extender licencias y permisos médicos.

Los exámenes preocupacionales y los de control de salud plantean dilemas ante la revelación del secreto profesional. El personal sanitario deberá sopesar muy cuidadosamente la situación exponiendo al trabajador el objetivo de dichos exámenes y refiriendo al empleador la información en la forma lo más genérica posible y sólo concerniente a la posibilidad o no de seguir trabajando, recomendando en su caso el cam

bio de puesto.

9. DERECHO A LA INFORMACION(NOTIFICACION DE RIESGOS).

Una reivindicación que está siendo cada vez más reconocida en las legislaciones laborales de todo el mundo(vid. Gevers, J.K.M.), es el derecho de los trabajadores a recibir información detallada sobre los riesgos de todo tipo presentes en su lugar de trabajo.

En los Estados Unidos de América, basándose en la Occupational Safety and Health Act 1970, la Mine Safety and Health Act 1977 y otras normas, se ha intentado extender el derecho ya contemplado en dicha regulación legal de ser protegidos de los riesgos inherentes al medio industrial, al derecho a ser informados sobre la existencia de dichos riesgos.

Schulte y Ringen hacen una pequeña relación histórica sobre la notificación de riesgos en los Estados Unidos:

- -El sindicato United Mine Workers of America realizó poco antes de finalizar la década de los sesenta un programa pionero sobre notificación de riesgos de neumoconiosis.
- -En 1978 el gobierno federal apoya un plan generalizado de alerta sobre el asbesto.
- -La NIOSH(National Institute for Occupational Safety and Health)realiza un programa de notificación laboral con trabajadores expuestos a Beta-Naftilamina(uno de los más potentes carcinogenéticos conocidos a nivel industrial), variando el Riesgo Relativo entre 4 y 111.

El proceso de notificación puede seguir el siguiente esquema: (A)Detección de la posible población a notificar(individuos expuestos). No es fácil este paso ya que obliga a recoger datos retrospectivos de cohortes de trabajadores expuestos a un mismo riesgo en el pasado de origen -

ocupacional. Debido a la inexistencia de registros detallados sobre el - particular, la notificación debería hacerse a las personas trabajadoras presuntamente expuestas, debiendo dejar en claro al informar en estos - casos el grado de incertidumbre y la posibilidad de ser clasificado como falso positivo.

(B)Proceso de notificación propiamente dicho. Puede ser en forma personal o colectiva. La forma de hacerlo no es indiferente ; habrá que extremar la seriedad y el tacto en la notificación de riesgos oncogénicos, por ejemplo.

Ni que decir tiene que es una obligación ética la de hacer extensiva esta información a la comunidad circundante si el riesgo involucra a la misma(esto cae de lleno en lo que, en otro lugar, llamamos Macrobioética).

Un método para alcanzar un grado mayor de aceptación de la información y de amplificar su comprensibilidad es la de contar con sindicatos, autoridades sanitarias locales, asociaciones de voluntarios, iglesias, etc. Esto es especialmente útil cuando la cantidad de personas involucradas en el proceso es muy elevada y las tareas muy diversas.

(C)Seguimiento, control y evaluación del proceso notificador. Deberá idearse, en la etapa de diseño, un adecuado servicio de medicina preventiva, curativa y rehabilitadora, para la Atención de los casos que vayan surgiendo. Lo contrario -emprender el programa y no proveer esos servicios- sería inmoral e invalidaría a radice el trabajo de información.

Algunas cuestiones que quedan sin resolver son las siguientes: nivel de riesgo requerido para iniciar un programa de notificación, organismo o entidad notificadora(¿la misma empresa?, ¿una agencia gubernamental?);impacto psicosocial previsible(ausentismo, discriminación hacia trabajadores de alto riesgo);colisión con el secreto industrial de patente, etc. Sobre esto último, aunque pueden arbitrarse medidas como, por ejemplo, la adopción de una nomenclatura de riesgos de circulación re-

servada o inclusión en terminales de computación con sistemas de acceso restringido, creo que en el caso de conflicto de ambos derechos(derecho a la información sobre riesgos versus derecho al secreto industrial) debe primar el derecho a la salud del trabajador(in dubio pro operario)

10. TAMIZAJE GENETICO OCUPACIONAL

El tamizaje o screening genético ocupacional o preocupacional es un aspecto que, sobre todo en el mundo desarrollado que es donde surgió, está originando aportes y debates.

Si se demuestra que pruebas de índole genética podrían ser de suficiente sensibilidad y especificidad, así como poco o nada lesivas - como para detectar a personas hipersusceptibles a determinados riesgos (incluso esto de denominar como hipersusceptibles a personas que padecen ciertas enfermedades genéticas en forma manifiesta o larvada es objeto de discusión;vid. Hubbard y Henifin), podrían entonces plantearse si es éticamente aceptable el recurso a procedimientos de este tipo para exámenes ocupacionales. Estos exámenes, en el trabajo o bien preocupacionales, darían lugar a reubicaciones dentro de la misma empresa o bien servirían como excusa para fundamentar una eventual medida de despido, lo cual suscita las más serias objeciones éticas. Thomas H. Murray, del - prestigioso Instituto Hastings de Sociedad, Etica y Ciencias de la vida, se expresa sobre esta última implicación de esta manera:

> "Una política moralmente defendible de exclusión laboral tiene un requisito absoluto y varios condicionamientos:
> (a)debe haber una sólida base científica que vincule la anomalía a la exposición;
> (b)el Riesgo Relativo y absoluto deberían ser muy grandes;
> (c)las clasificaciones erradas deberían ser escasas y reversibles;

(d)la cantidad de personas excluidas debería ser muy baja;

(e)deberían verse implicados muy pocos puestos de trabajo;

(f) la enfermedad debería ser severa, irreversible y no prontamente diagnosticada en su estadio preclínico;

(g)no se debería retirar a los grupos ya molestados."

Hubbard y Henifin expresan su punto de vista contrario a esta práctica con estas palabras:

"Until we have an economy with sufficient number of adequate jobs for everyone who needs or wants to work(so that they cannot only find a job, but a suitable one), and until workers and management, jointly, have exhausted engineering possibilities for reducing workplace hazards, it is premature to turn to genetic screening. Test that designate susceptible individuals can be in the interest of workers only when workers have a choice of alternative, satisfactory employment, and when the results of the tests are privileged information that is available only to the tested worker not to management."

En los Estados Unidos de América ya existe alguna literatura respecto al tema del Tamizaje genético ocupacional, desde el punto de vista legal, médico y gubernamental. En ese país la polémica es fuerte en el sentido de que algunos entienden que un defecto genético de este tipo podría considerarse salvaguardado por legislación federal sobre minusvalías(Rehabilitation Act 1973), que protege los derechos de los trabajadores discapacitados("severely handicapped"). Otros autores piensan que una vía adicional de protección sería la Civil Rights Act 1964 que penaliza la discriminación basada en raza, religión, sexo u origen nacional (muchas anomalías genéticas tienen más prevalencia en determinados gru-

pos étnicos).

11. CONSIDERACIONES BIOETICAS SOBRE LA PRACTICA DEPORTIVA

Una de las connotaciones ónticas de las personas(ver el concepto de persona enunciado en el capítulo 3)es su disposición de apertura a lo gratuito,a lo lúdico. El deporte,como actividad u ocupación humana, no "produce" en el sentido más objetivo de la palabra ningún producto evidenciable. Su fin,entre otros,es contribuir al perfeccionamiento del ser personal del deportista en lo somático,pero también en lo psíquico,a través de la competición con otros deportistas,y consigo mismo,en un proceso enriquecedor y responsable. Para muchos el deporte constituye un modo de procurarse el sustento para sí mismos y sus familias(práctica profesionalizada del deporte).

Mifsud señala los siguientes elementos o puntos positivos del deporte:

1)su carácter lúdico de gratuidad,encuentro y amistad;
2)su carácter "sanante" en cuanto suple el desequilibrio originado por una vida urbana sedentaria y es fuente de equilibrio en un ambiente de stress;
3)su carácter integrador en cuanto constituye un cauce de desahogo de la agresividad inherente en el ser humano(el desahogo reside en el ejercicio físico y no en el desquitarse con el adversario);
4)su carácter social,ya que es una de las pocas ocasiones en que se trascienden las barreras sociales.

La práctica deportiva ha sido objeto de un profundo estudio bioético,ya sea desde una perspectiva civil(p.ej.:Declaración de Principios en cuidado de la salud en Medicina del Deporte,emitida por la Asociación Médica Mundial en Lisboa 1981),ya sea desde una posición teónoma(vid. Hortelano,A;Perico,G;etc).

Entre los puntos éticamente ilegítimos y reprobables del deporte se pueden indicar los siguientes:

1-la violencia, ya sea por parte de los deportistas, ya sea por parte de los espectadores. Esto se evidencia en su grado máximo en el "deporte" llamado Boxeo, que merece la reprobación de la casi generalidad de los autores de Bioética y de la Asociación Médica Mundial (vid. las Recomendaciones referentes al Boxeo, de la A.M.M., en Normas y Documentos de Etica Médica, del Colegio Médico de Chile, A.G.).

2-estimulación medicamentosa ("doping"): fruto de la comercialización del deporte, el deportista se ve constreñido por la empresa de prestigio a conseguir el máximo rendimiento por el medio que sea.

3-deporte-empresa: aquí se podría comprender a temas tales como la compraventa casi esclavista de jugadores, la astronómica suma a que ascienden sus contratos, etc.

4-alienación. Muchas veces los deportes -sobre todo los de masas- sirven de escapismo o evasión fácil para los problemas reales de la convivencia diaria. Esto se evidencia aún más en los países de régimen dictatorial.

5-riesgo desproporcionado. Es inmoral someter al deportista o al espectador a riesgos innecesarios, sin la debida protección. Esto hace que se deba programar muy cuidadosamente el deporte infantil para no retardar su desarrollo.

6-medidas que artificial y deliberadamente cambian características relativas a edad, sexo o desarrollo somático.

12. BIENESTAR Y ADAPTACION ACUPACIONALES

Para la OMS el bienestar en el lugar de trabajo se define como:

> "état d'esprit dynamique, caracterisé par une harmonie satisfaisante entre les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur, d'une part, et les contraintes et les possibilités du milieu du travail, d'autre part"

Este bienestar ocupacional del hombre del trabajo puede ser afectado por el mediolaboral sin que exista ningún daño a la salud del trabajador. Lo inverso también es posible, es decir, la impresión de bienestar puede persistir a pesar de que la salud se encuentre deteriorada. Por otra parte, el sentimiento de dis-satisfacción que implica la pérdida de bienestar puede ser un signo premonitorio de una anomalía patológica subclínica, como por ejemplo la ocasionada por exposición a solventes orgánicos, plomo y mercurio.

Es por todo ello que, pese a formar parte del concepto de salud de la OMS, el bienestar del trabajador es componente de la salud ocupacional pero no se confunde con ella, incidiendo sobre el mismo una constelación de factores (vid. el esquema esbozado en la Tabla 1), que se pueden resumir en:

1. Factores psicosociales, tales como frustración profesional, rol inadecuado, explotación, falta de comunicación con compañeros o superiores, inseguridad laboral o situación extracontractual (trabajo "negro" u oculto), remuneración injusta, falta de participación en la empresa, etc.

Tienen en común estos factores el incidir sobre la autoestima del trabajador actuando a través de la interacción sociocultural y del apremio productivista-economicista de la empresa -fruto de una visión capitalista de las relaciones industriales-.

Una visión de estos factores desde la Bioética demanda una adecuación de la empresa al trabajador no sólo en cuanto a su salubridad

strictu sensu se refiere, sino en forma más general a embarcarse, por ejemplo, en una reforma estructural de la misma empresa y sus cauces de participación y comunicación para así responder mejor a las aspiraciones de los trabajadores.

En países como Chile quizás habría que empezar gradualmente por una política de salarios más dignamente priorizada y una adecuación de la política de vacaciones y ocio, teniendo en cuenta el desamparo y profundo grado de malestar en que se encuentra el trabajador.

2. Factores ambientales del área física, química o biológica. Objeto de la Medicina del Trabajo, la insatisfacción por estos factores en el medio de trabajo ha de ser contrarrestada con medios de sobra conocidos y que constituyen materia de la disciplina de Higiene Industrial.

Una medida éticamente obligada en Salud Ocupacional en este aspecto sería la implementación de una Medicina laboral integral, es decir: no sólo curativa sino, y ante todo, preventiva y rehabilitadora.

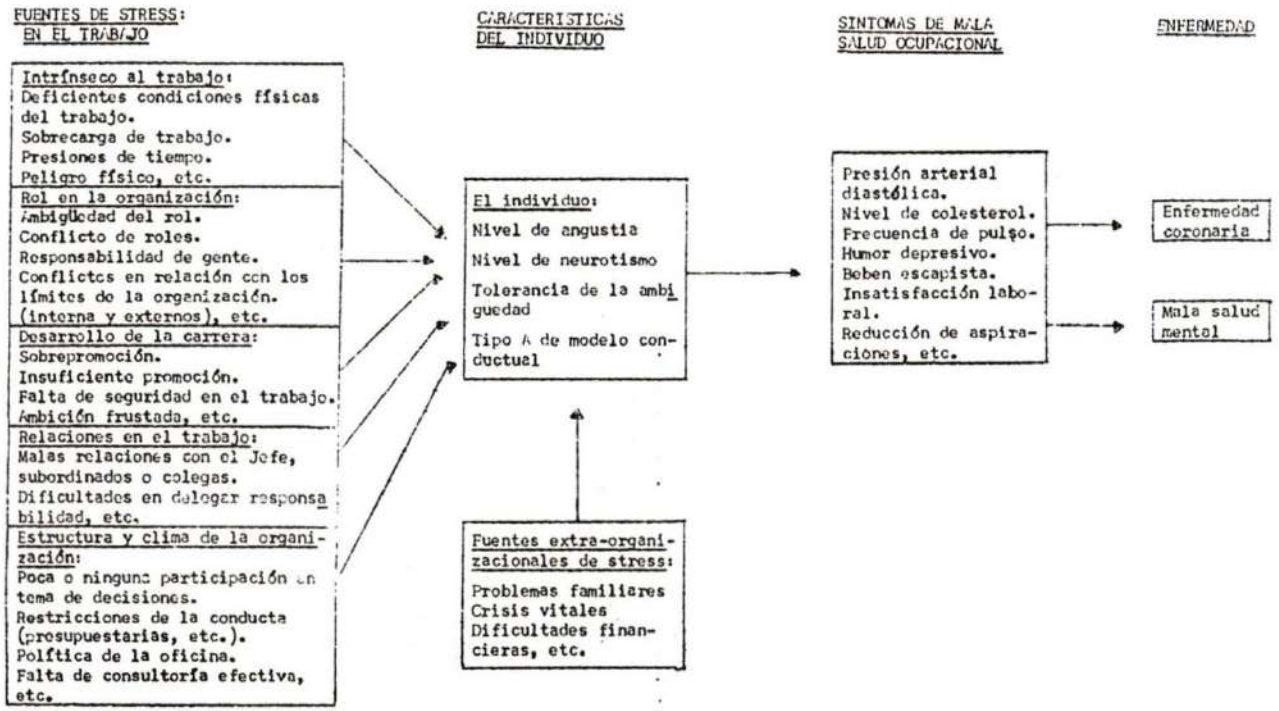
3. Factores de adaptación psicofisiológica. Con ellos entramos de lleno en la disciplina conocida como Ergonomía, que trata de adaptar todo el proceso del trabajo y su entorno a fin de facilitarle al trabajador su tarea en cuanto a esfuerzo físico y psíquico se refiere. Hoy se habla de una Ergonomía de proyección y de una Ergonomía operacional o correctiva. La primera busca, como indica su nombre, el proyectar el diseño de la maquinaria, de los carteles de seguridad, del medio laboral en suma antes de que el trabajador asuma su puesto e incluso antes de que se ponga en marcha el proceso industrial específico. La segunda, la correctiva, es una Ergonomía que presta su apoyo -de forma similar a la Medicina curativa- en el momento en que se percibe la anomalía.

La siguiente definición pertenece a Oyanguren et al.:

"Aproximación a los problemas del trabajo humano tomando en cuenta no sólo los aspectos básicos de anatomía, fisiología y psicología del hombre en su ambiente de trabajo sino también la higiene y medici

TABLA 1

UN MODELO DE STRESS EN EL TRABAJO (IN OCCUPATIONAL STRESS CONFERENCE NIOSH, 1978)



na ocupacional, las ciencias tecnológicas del trabajo, la ecología humana, la psicología social y la cibernética"

Una adecuada implementación de medidas ergonómicas -sobre todo proyectivas- facilitaría, por ejemplo, el trabajo del senescente y de los discapacitados.

El papel del personal de Salud Ocupacional deberá ser, en lo que se refiere a este acápite de Bienestar y adaptación, interdisciplinar, cuidando de no caer en el asistencialismo fácil de tratar al necesitado de atención y quedarse en eso, sino como dice un informe de la OMS sobre el Bienestar en los lugares de trabajo, "tratar a la organización y no tanto al individuo". También hay organizaciones enfermas y aquí la función primordial de la Salud Ocupacional será mediatizada por el experto en Salud Mental Ocupacional y el experto en Sociología industrial, promoviendo el diálogo y sugiriendo soluciones.

13. HACIA UNA ECOLOGIA INTEGRAL DEL TRABAJO (ERGOECOLOGIA)

De acuerdo con el paradigma ecológico, entendemos que ha llegado la hora de que el trabajo humano se incardine en un contexto amplio de interacción mutua (homeostasis) con el medio laboral, sea humano o físico, que le rodea y donde ejercita su capacidad creadora en una verdadera "urdimbre afectiva" (Rof Carballo).

Esta homeostasis biunívoca consta de una relación hombre-trabajo en la que el trabajador ejercita su capacidad creadora, material y/o intelectual, de manera que aparezca como fruto "poiético" de su habilidad creativa la obra. También consta de la relación trabajo-hombre, en la que el trabajador en cierta forma es "creado" por el trabajo, es "modelado" por su obrar mismo, en mutua interacción con la labor realizada por sus compañeros de faena.

Este paradigma ergoecológico(de ergos=trabajo)es , en el sentido de la palabra utopía subyacente en la filosofía de Ernst Bloch o Jurgen Moltmann, una meta utópica. Integra, superándolos(aufheben), la ergonomía y la Psicología industrial enmarcándolos en un todo integrado e integrador en el que la Salud del trabajador no es ya un problema sino un desafío, el trabajo es humanizante y humanizado, el ocio creador y la felicidad el resultado dialéctico de la vida comunitaria de la persona que ejerce su "ser persona" en la acción y el trabajo.

Como fruto de la reflexión a partir del Evangelio, en el Continente latinoamericano, podemos decir con la Asamblea de los Obispos celebrada en Puebla que "la comunión y participación verdaderas sólo pueden existir en esta vida proyectadas sobre el plano muy concreto de las realidades temporales; de modo que el dominio, uso y transformación de los bienes de la tierra, de la cultura, de la ciencia y de la técnica, vayan realizándose en un justo y fraternal señorío del hombre sobre el mundo, teniendo en cuenta el respeto de la ecología"(Puebla 327).

La Ecología y la Etica social se dan la mano y ponen de esta forma su prioridad en la lucha contra la miseria y en la búsqueda de ambientes laborales donde el hombre se pueda sentir co-creador y artífice de su vida histórica, con gozo, esperanza y paz.

oooooooooOOOOoooooooooo

14. BIBLIOGRAFIA

-Allende Gossens, S.: La Realidad Médico-Social Chilena. Santiago, Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. 1939.

-Anónimo: Health and Safety at Work in the German Democratic Republic. State Secretariat for Labour and Wages-Panorama DDR. Berlin 1982.

-Anónimo: Technology from the underside. Manila consultation highlights environmental hazards. Church and Society Newsletter 4:2-3, 1986.

-Ashford, N. A.; Caldart, Ch. C.: The "Right to know". Ann Rev Public Health 6:383-401, 1985.

-BMA: The Handbook of Medical Ethics. British Medical Association, London. 1984.

-Buber, Martin: ¿Qué es el hombre? México, FCE. 1973, pp. 141 ss.

-CELAM: La Evangelización en el presente y futuro de América Latina. (Documento de Puebla). Santiago, Conferencia Episcopal de Chile. 1979.

-Colegio Médico de Chile (A. G.): Normas y Documentos de Etica Médica. Santiago de Chile. 1986.

-Dworkin, R. B.; Omenn, G. S.: Legal aspects of human genetics. Ann Rev Public Health 6:127 ss, 1985.

-Fernández Jiménez, F. A.: La moderna ética médica: una introducción. Arbor 481:99-111, enero 1986.

-Gevers, J. K. M.: Worker control over occupational Health services: the development of legal rights in the EEC. Int. J. Health Services 15:217-229, 1985.

-Hortelano, A.: Problemas actuales de moral, tomo II. Salamanca, Ed. Sígueme. 1980, pp. 100-101.

-Hubbard, R.; Henifin, M. S.: Genetic screening of prospective parents and of workers: some scientific and social issues. Int. J. Health Services 15: 231-251, 1985.

-Juan Pablo II: encíclica Laborem exercens. San José de Costa Rica, DEI. 1982.

-Laín Entralgo, Pedro: La relación médico-enfermo. Madrid, Alianza Editorial. 1983.

-Mifsud, T: Moral de discernimiento. Tomo I: Hacia una moral liberadora. Santiago, CIDE. 1984.

- ------- : Moral de discernimiento. Tomo II: El respeto por la vida humana (Bioética). Santiago, CIDE. 1985.

-Minkler, M; Cox, K.: Creating critical conciousness in Health: applications of Freire Philosophy and methods to the Health care setting. Int. J. Health Services 10:311-322, 1980.

-Murray, T. H.: Genetic screening in the workplace: ethical issues. J. Occup. Med. 25:451-454, 1983.

-Navarro, V; Assennato, G.: Worker's participation and control in Italy: the case of Occupational Medicine. Int. J. Health Services 10:217-232, 1980.

-OIT: Por un trabajo más humano. El trabajo: condiciones y medio ambiente. Memoria del Director General de la OIT ante la Conferencia Internacional del Trabajo de 1975. Ginebra, OIT. 1976.

-OMS: Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. WHO Technical report series 66. Ginebra, OMS. 1953.

-OMS: Santé et bien-être sur les lieux de travail. Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS. Bureau Régional de l'Europe de l'OMS. Copenhague 1981.

-Oyanguren, H; Donoso, H; Apud, E.: Salud y Medicina Ocupacional. Santiago, 1984. Apuntes mimeografiados editados por el Instituto de Salud Pública de Chile, Departamento de Salud Ocupacional.

-Perico, G.: artículo "deporte", en Rossi-Valsecchi (eds.): Diccionario enciclopédico de Teología Moral. Madrid. Paulinas. 1978, pp. 199-202.

-Pupo Nogueira, D.: Incorporação da saúde ocupacional a rede primaria de saúde. Rev. Saúde públ. 18:495-509, 1984.

-Requena Bichet, M.: El concepto de salud. Perspectiva chilena. Santiago 1984, mimeografiado.

-Taylor, R; Rieger, A.: Medicine as a social science. Int. J. Health Services 15: 547-559, 1985

------0-0-0-0-0-0-0-0-0-0------

AGRADECIMIENTOS: Debo, en justicia, expresar mi reconocimiento a la ayuda generosamente ofrecida por la Srta. Blanca Isabel Rebolledo Rodríguez, de la Oficina de Relaciones Públicas de la Escuela de Salud Pública, y a la Srta. Eugenia San Martín G., de la Sección Referencias de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, División Ciencias Médicas Norte de la Univ. de Chile.

CODIGO DE CONDUCTA ETICA SUGERIDO PARA MEDICOS QUE PRESTAN SERVICIOS MEDICOS OCUPACIONALES (*)

Los principios siguientes intentan ayudar a los médicos en el mantenimiento de una conducta ética durante la prestación de servicios médicos ocupacionales. Son normas para guiar a los médicos en su relación con las personas que atienden, con empleadores y representantes de los trabajadores, con colegas en la profesión de la salud y con el público.

Los médicos deben:

1. Dar prioridad a la salud y seguridad del individuo en el lugar de trabajo;
2. Practicar sobre bases científicas con objetividad e integridad;
3. Hacer o endosar solamente documentos que reflejan sus observaciones u opinión honesta;
4. Oponerse activamente y esforzarse por corregir conductas no éticas relacionadas con el servicio de salud ocupacional;
5. Evitar que su juicio médico sea influenciado por cualquier conflicto interesado;
6. En forma consciente familiarizarse con los requisitos propios del médico, el ambiente y los peligros inherentes al trabajo realizado por aquéllos a quienes atiende y con los aspectos relacionados con la seguridad de los productos y operaciones involucrados;
7. Todo lo que se conozca sobre el paciente deberá ser confidencial; se dará información sólo cuando la Ley lo requiera o por importantes razones de salud pública o a otro médico a pedido del individuo, de acuerdo con la ética médica tradicional, y debe reconocer que los empleadores están autorizados para consultar sobre la aptitud médica de individuos en relación con el trabajo, pero no sobre diagnósticos o detalles sobre un aspecto específico;
8. Esforzarse continuamente para mejorar el conocimento médico y debe comunicar información sobre peligros para la salud en una forma adecuada y rápida a los individuos o grupos potencialmente afectados y preparar informes apropiados para la comunidad científica;
9. Comunicar en forma comprensible a aquéllos que atienden cualquier observación significativa sobre su salud, recomendando cuando sea necesario un estudio más profundo, consulta o tratamiento;
10. Cuando sea necesario, realizar consultas sobre el individuo o el lugar de trabajo.
11. Cooperar con el personal y dependencias sanitarias gubernamentales y estimular y mantener relaciones éticas con otros miembros de los profesionales de la salud; y,
12. Evitar que se soliciten sus servicios para hacer reclamos, presentar testimonios o que impliquen resultados que no pueden lograrse, pero si pueden advertir apropiadamente a colegas y otros acerca de la disponibilidad de servicios.

(*)Adoptado por el Consejo de directores de la Asociación Norteamericana de Medicina Ocupacional(23 de julio de 1976). Tomado de Noticias de Seguridad 47:45,octubre de 1985.