NOTA CIENTÍFICA

Fundamentos teóricos-metodológicos para la investigación y análisis del proceso salud-trabajo-enfermedad: importancia y desafíos.

Theoretical and methodological basis for research and analysis of the health-work-illness process: relevance and challenges.

Angemi Jiménez[1], Gladys Mago[2], Carolina Sifontes[3], Luis Sánchez[4], José Mata[5] & Gustavo Vidal[6]

Introducción

El trabajo se considera una fuente de recursos, como por ejemplo, de ingresos que permite al trabajador satisfacer sus necesidades y expectativas (perfil protector), pero también lo expone a diversos agentes que pueden hacerle enfermar o tener accidentes (perfil destructor).

Cuando se ve a las personas como receptoras de un salario más que como trabajadores, la estrategia de intervención social hacia sus problemas se centra en la compensación monetaria por los daños causados; llegando al estado en el que la salud se vende, y la enfermedad y la muerte se indemnizan. Por lo tanto, la principal estrategia de intervención, que sería la eliminación o control de los factores de riesgos que pueden provocar daños a la salud, no se realiza (Navarro, 1988).

Las formas productivas modernas han roto la unidad concepción-ejecución para el trabajador, reflejándose directamente en su salud. El trabajo es esencial para el desarrollo del ser humano, incidiendo éste tanto en la jornada laboral como en su vida cotidiana. Es un fenómeno social porque el hombre, por esencia, es un ser social y se corresponde a un grupo determinado cuyas características tiene una historia y una relación estrecha con otros grupos humanos. Por eso, para entender el problema salud-trabajo-enfermedad hay que estudiarlo de manera integral, tomando en cuenta las particularidades individuales, las del trabajo y las del contexto social donde se desarrolla (Betancourt, 1995).

Proceso salud-enfermedad

Para ir profundizando en el proceso salud-enfermedad es de importancia revisar una serie de conceptualizaciones íntimamente relacionado con ello. En este sentido, se debe comenzar por el concepto de *salud*, definido como un estado opuesto a la enfermedad, por lo que una persona sana es cuando no manifiesta molestias, alteraciones o afecciones en cualquiera de los aparatos o sistemas de su organismo. Viéndose de esta manera, el concepto salud se sitúa en un marco estrictamente biológico (Rojas, 1995).

Esta concepción biológica genera problemas para determinar si una persona está sana o enferma, porque la misma, estando normal al examen físico, puede referir sentirse mal o, en el otro extremo, sentirse bien y tener parámetros alterados que indican que hay una afección. Con estas dos situaciones vive constantemente el médico en su práctica diaria lo que conlleva a colocar, sobre todo, en aquellos a quienes no se les encuentra nada alterado en su evaluación médica, el diagnóstico de "aparentemente sanos".

Por lo anterior expuesto, y en la aceptación que en el proceso salud-enfermedad actúan diversos factores, es que surge la *concepción biopsicosocial*, que concibe el problema de forma más amplia, íntimamente relacionado con la dinámica social, formando parte y dependiendo a la vez del bienestar colectivo. En esta línea de pensamiento se ajusta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) quien en su Constitución de fecha 22 julio de 1946, define a la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (p. 1).

En este marco de ideas, la Salud se define en forma subjetiva pero surge, tal como lo señala Rojas (1995) de la realidad objetiva, y es por ello que muchas personas definen a la salud como "la sensación de sentirse bien". En sí, la salud va a depender de elementos objetivos y subjetivos, pero íntimamente relacionados (Rojas). En consecuencia, para entender el *proceso salud-trabajo-enfermedad* a través de la corriente médico social, se han adoptado algunos conceptos del materialismo histórico como el concepto de "*proceso de trabajo*".

Ahora bien, el proceso de trabajo es definido en la Norma Técnica Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo NT-01-2008 (2008, p. 11) como el "conjunto

[1]Antropóloga. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Carabobo-Sede Aragua. Colegio Universitario de Administración y Mercadeo - Sede Aragua. angirj30@hotmail.com
[2]Médica Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral, Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores, Universidad de Carabobo - Sede Aragua. gvmago@gmail.com
[3]Ingeniera Industrial. Instituto de Tecnología Cumaná. Extensión Punta de Mata. Edo. Monagas. carsifontes@hotmail.com
[4]Ingeniero Industrial. Instituto de Tecnología Cumaná. Extensión Punta de Mata. Edo. Monagas. luissanchez66@hotmail.com
[5]Lcdo. Relaciones Industriales. Asesor - Consultor Independiente de empresas del área de almacenamiento, servicio y alfarería del Estado Carabobo. investigadorsocialensalud@hotmail.com
[6]Lcdo. Relaciones Industriales. Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores, Universidad de Carabobo - Sede Aragua. gvidalvelasquez@yahoo.com

de actividades humanas que, bajo una organización de trabajo interactúan con objeto y medios, formando parte del proceso productivo". Es así mediante éste que el hombre entra en contacto con la naturaleza, transformándola y transformándose a sí mismo a la vez. Y al mismo tiempo, se concreta bajo formas históricas particulares influenciadas por los modos de producción, en este caso, el modo de producción capitalista, que se caracteriza por un proceso de valorización. Según este enfoque social, la importancia en buscar los determinantes radica en que aquí se define la forma particular de trabajar que impide un uso específico del cuerpo y la mente del trabajador; encontrándose dichos determinantes en la organización del trabajo (Laurell, 1993).

Es por ello que Betancourt (1995) recomienda que para entender la categoría trabajo hay que hacer un viaje al pasado, para revisar uno de los aspectos que marca la transformación del hombre como es la creación de las herramientas de trabajo (con piedra, madera, hueso, etc.), para transformar la naturaleza y obtener los beneficios de acuerdo a sus necesidades, surgiendo de este modo el intercambio consciente del hombre con la naturaleza. Porque el ser humano primero realiza una representación mental de lo que desea hacer y cada momento intercambia lo que quiere contra lo que puede hacer y lo que puede hacer contra lo que ejecuta, por lo tanto, en el trabajo el mecanismo rector es la fuerza del pensamiento conceptual.

Asimismo, el ser humano nunca produjo bienes de manera aislada; inclusive en la comunidad primitiva sus miembros se agrupaban para realizar las actividades agrícolas y de caza, otorgándole esto el carácter social al trabajo. El hombre, por tanto, produce para satisfacer sus necesidades y esa satisfacción no sólo está en el acto de producir sino también en el momento del consumo de lo producido, es allí donde encuentra razón y sentido al trabajo porque esto constituye el aspecto básico de su reproducción (Betancourt, 1995).

El proceso de trabajo se realiza bajo unas formas históricas concretas denominadas "*relaciones de producción*", existe igualmente un "*objeto de trabajo*" que se transforma para elaborar un producto y esta transformación la hace el hombre a través de instrumentos o "*medios de trabajo*".

Ninguna producción de bienes materiales se puede llevar a cabo sin que participen en ella los objetos de trabajo y los medios de trabajo, de ahí que se llame a estos elementos medios de producción. Igualmente, dentro de la categoría trabajo, resulta oportuno abordar el concepto de riesgo el cual es definido como "… la probabilidad de que ocurra daño a la salud, a los materiales, o ambos" (NT-01-2008, p. 11). Sin embargo, Betancourt (1995) cuestiona este concepto e introduce el de "*procesos peligrosos*", término que ha sido incorporado en Venezuela en la NT-01-2008, el cual se define como aquel:

> "…que surge durante el proceso de trabajo, ya sea de los objetos, medios de trabajo, de los insumos, de la interacción entre éstos, de la organización y división del trabajo o de otras dimensiones del trabajo, como el entorno y los medios de protección, que pueden afectar la salud de las trabajadoras o trabajadores". (p. 11).

En este mismo orden de ideas, es importante revisar otros conceptos como el de "*carga laboral*" y "*proceso de desgaste*". Carga laboral son los elementos del proceso laboral que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador produciendo aquellos cambios en los procesos biopsíquicos que se manifiestan como desgaste. Proceso de desgaste es la pérdida de capacidad biológica y psíquica, efectiva y/o potencial y engloba a los procesos biopsíquicos en su conjunto. Este último no es irreversible, porque con frecuencia existe la posibilidad de recuperar capacidades perdidas y desarrollar potencialidades modificando las condiciones que las determinan. Por lo que, en este proceso salud-enfermedad uno de los ejes analíticos básicos es el "*proceso de desgaste*" y el otro es el "*proceso de consumo*", que no es más que la inversión del producto del trabajo para garantizar las condiciones de vida, y que al combinarse con los patrones de desgaste condicionan el perfil de salud-enfermedad del individuo y del colectivo (Laurell, 1993).

Hay estudios que sugieren que son más frecuentes las patologías en aquellos trabajadores que tienen menos control sobre el proceso de trabajo y dentro de una misma ocupación, las condiciones de salud de los trabajadores empeoran en la medida en que la calificación requerida y el prestigio social del trabajo disminuyen. Y una de las grandes afecciones es en la esfera mental. En este sentido, es importante resaltar que los efectos dañinos de las condiciones de trabajo psicológicamente poco gratas se extienden a la vida extra-laboral y, por tanto, inciden en la situación vital del individuo (Navarro, 1988).

De la misma forma, como se ha abordado la categoría trabajo, Betancourt (1995) también analiza la categoría "*no trabajo*", expresado en *desempleo* y *subempleo*, lo cual impacta en la salud del trabajador (angustia, irritabilidad, agresividad, subestima, frustración, apatía, manifestaciones neuróticas, etc.), en su familia (deterioro

de las relaciones familiares, de pareja, con los hijos, disminuye la comunicación, aumentan los conflictos, aumentan las agresiones; además, escasean los alimentos, vestido, recreación, cuidados a la salud, etc.) y en la sociedad (despunte de la delincuencia con todas las repercusiones en el individuo y en las sociedades).

No obstante, resulta significativo destacar el *polo positivo del trabajo* como actividad que no sólo ha permitido el progreso y transformación de la humanidad, sino también el perfeccionamiento de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas; el cultivo de las relaciones interpersonales con sus compañeros de trabajo; la satisfacción al transformar el objeto en producto y el sentirse útil para la comunidad al ofrecer un servicio. La práctica de actitudes de solidaridad y compañerismo crean un ambiente agradable de trabajo y las relaciones armónicas es una condición importante para el bienestar. Por eso, el trabajo también puede contribuir a que múltiples manifestaciones positivas de las personas se manifiesten en el trabajo. La capacidad física para el trabajo, desarrollo muscular, niveles altos de rendimiento cardio-pulmonar, habilidades y destrezas, capacidad de realizar actividades sin dificultad son algunas expresiones positivas que deben tomarse en cuenta para su promoción (Betancourt, 1995).

En resumen, el proceso salud-trabajo-enfermedad resulta ser complejo y en éste se ven inmersos una serie de conceptos que son necesarios conocer para hacer una aproximación a la realidad estudiada tomando en cuenta su contexto e historicidad, lo cual se ve influenciado directamente por el modo de producción imperante.

Abordaje del proceso salud-trabajo-enfermedad

Rojas (1995), hace referencia a tres niveles de análisis distintos del proceso salud-enfermedad, vinculados entre sí, pero cada uno de ellos válido en cierto momento y responden a necesidades y circunstancias individuales y sociales diferentes.

El primer nivel se corresponde al modelo unicausal, netamente biologicista, el cual ve al ser humano de forma individual y no dentro del contexto social donde vive, trabaja y se reproduce. Es el enfoque de la medicina curativa. El segundo nivel, correspondiente al modelo multicausal, acepta la presencia de múltiples factores, no sólo de aquellos propios del individuo, sino también aquéllos relacionados con las condiciones de vida y trabajo que pueden generar la enfermedad. Es el enfoque de la *Epidemiología* tradicional que permite determinar el tipo, frecuencia y distribución de la enfermedad en una comunidad. El tercer nivel investiga la interrelación entre los fenómenos a fin de orientar la búsqueda de las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad que permitan plantear alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada, en el entendido que, estos factores, en su interacción pueden potenciar sus efectos y que los mismos vienen dados por el contexto social en que se desenvuelve el individuo y es consecuencia del imperante modelo de producción capitalista que incide en el momento productivo y reproductivo de cada individuo. Por lo tanto, es un enfoque o concepción social en el análisis de la comprensión del proceso salud-enfermedad. En este sentido, éstas no sólo son determinadas por las condiciones de trabajo, sino también por la manera en que se organiza la sociedad en que el hombre habita.

Existe, hoy en día, un auge del estudio sobre esta problemática, no obstante las repuestas no han sido del todo efectivas, pues su abordaje bajo el enfoque convencional, dificulta la visión integral del mismo, sin dejar a un lado las investigaciones que responden a intereses particulares (Betancourt, 1995). Este mismo autor señala que a los sectores empresariales no les preocupa la salud de los trabajadores, por lo que cualquier desarrollo en este campo ha sido el resultado de la organización y demanda de los propios trabajadores organizados. Sin embargo, cabe destacar que en las contrataciones colectivas en Venezuela todavía prevalece el campo reivindicativo de tipo económico, mientras que las cláusulas relacionadas con la higiene y seguridad en el trabajo son escuetas con relación a la prevención, promoción y atención a la salud de los trabajadores, apreciándose, igualmente, una insignificante exigencia para la investigación científica de la problemática en esta área.

Betancourt (1995) también señala que los empresarios se han opuesto a los estudios en el área, porque se afectaría su cuota de ganancia. De hecho, una de las formas con la que los empresarios controlan el margen de ganancia es con los cambios en la organización del trabajo.

En este sentido, Leite (2009) hace una propuesta de reflexión sobre varios conceptos a partir de la situación brasileña actual. Su discusión conceptual parte del abordaje de la ***flexibilización del trabajo***, la cual es la eliminación, disminución, aflojamiento o adaptación de la protección laboral clásica, con la finalidad –real o presunta– de aumentar la inversión, el empleo o la competitividad de la empresa. En suma, es aquel empleo que no garantiza estabilidad ni Seguridad Social. Así

pues, al carecer el trabajador de esta protección, para el empleador representa mayor poder para trasladar a los trabajadores de un puesto a otro aumentando así la rotación a través de la polivalencia (flexibilización de los procesos de trabajo), poder para exigir horas extras (flexibilización de las jornadas de trabajo), capacidad para el despido y para la contratación sin costos elevados (flexibilización de la posibilidad de cesar y contratar fuerza de trabajo), capacidad para la generación de formas atípicas de trabajo (flexibilización de los vínculos de empleo) y la posibilidad de implementar salarios muy bajos o remuneraciones fijas basadas en compromisos por horas o pagos por productividad (flexibilidad en la remuneración).

Leite (2009) también señala como formas atípicas, al trabajo por cuenta propia, de tiempo parcial, por tiempo determinado, a domicilio, subcontratados, no registrados, cooperativas, al cual también se pueden añadir los trabajos ejecutados a través de Empresas de Trabajo Temporal (ETT), los trabajos "ad honorem", los aprendices y los pasantes. En este sentido, el empleo precario es una forma atípica de trabajo asalariado porque su irregularidad crea incertidumbre respecto a su renovación, y además se caracteriza por no garantizar la protección social del trabajador. Todo ello trae como consecuencia un aumento en el sector informal de la economía y una división del colectivo de los trabajadores de una misma empresa, donde es muy típico observar a los trabajadores fijos por un lado y "contratados" por el otro, donde los peores trabajos son realizados por personal contratado, llegando incluso a encomendarse, dentro de un mismo puesto de trabajo, las tareas más peligrosas al personal contratado.

En general, todos estos conceptos son similares y la precarización del empleo no es más que el proceso de deterioro progresivo de uno o más aspectos asociados a la calidad del empleo (estabilidad y duración de la relación laboral, acceso y cobertura de la seguridad social, nivel de ingreso, etc.).

La realidad brasilera estudiada por Leite (2009) en talleres domiciliares de ropa y calzado que les trabajan a las grandes empresas, vendedoras de cosméticos y electrodomésticos, cooperativas, centros de atención en el sector telecomunicaciones, vendedores ambulantes, etc.; es similar a la de Venezuela y otros países latinoamericanos, donde todavía persisten formas precarias de trabajo asalariado caracterizadas por la desprotección, bajo formas supuestamente autónomas mercantiles o civiles (tercerización) y por contratos con tiempo determinado; aumentando esta precariedad al desarrollar la actividad bajo condiciones inadecuadas. Las nuevas formas de trabajo atípicas ya no están restringidas a grupos determinados del mercado laboral, sino que se difunden por amplios sectores de actividades, afectando nuevas categorías de trabajadores. En este contexto, se comparte la gran interrogante hecha por Leite sobre ¿cómo considerar atípicas formas de inserción ocupacional que se vuelven cada día más comunes, que dejan de ser marginales para transformarse cada vez más en la regla? Aún así, estos tipos de inserción ocupacional están sufriendo importantes procesos de reconfiguración, adquiriendo características nuevas en el contexto de la globalización y de la reestructuración productiva.

Los nuevos retos en el estudio del trabajo no sólo están en analizar todos los elementos que éste encierra, sino de garantizar con sus resultados calidad de vida para el trabajador, porque la salud es un componente de la calidad de vida. Además, dicha investigación, no sólo debe centrarse en el sector fabril, sino también en los sectores servicios, salud, informal, doméstico, etc. Ellos también son respuesta del contexto social y, por tanto, de los modos de producción existentes, por lo que hay que redefinir el valor de la investigación en los centros fabriles a la luz de la interacción con los otros sectores. Igualmente, exhorta a investigar sobre la salud de las personas desempleadas por las carencias de fuentes de trabajo o por una discapacidad, hacer estudios con los jubilados y continuar trabajando en el campo de la salud mental, donde diversos países, incluyendo Venezuela, han desarrollado distintas técnicas para su evaluación y tratamiento. Otros desafíos son los estudios de género; grupos humanos de trabajo particulares por costumbres, etnias y cultura; estudios ecológicos (impacto al ambiente en la salud de los trabajadores); así como, estudios dirigidos a la rehabilitación y reinserción laboral de personas discapacitadas (Betancourt, 1995).

Así mismo, uno de los problemas detectados dentro del área de la salud para la investigación y análisis de las patologías ocupacionales, es que los médicos generales y especialistas poco tienen en cuenta en la práctica diaria el aspecto ocupacional, debido principalmente a vacíos en su formación la cual se encuentra influenciada por la concepción biológica del proceso salud-trabajo-enfermedad. De hecho, en la historia médica se le dedica muy poco espacio a la búsqueda de información en este aspecto, resaltando su ocupación pero no así las condiciones peligrosas a las que ha estado expuesto, tiempo de exposición, etc.

Laurell (1993) y Betancourt (1995) destacan que la construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores parte de las preguntas que se formulan los investigadores, lo cual va según la concepción que tengan del proceso salud-trabajo-enfermedad, pero igualmente está relacionada con el objetivo del estudio. Es por ello que, para investigar en esta área hay que entender estos conceptos y cómo cada uno de ellos interactúan dentro del proceso salud-trabajo-enfermedad (objeto de la investigación). Desde la Medicina Social, éste se estudia en todas las dimensiones constituyéndose un marco analítico global que permita interpretar de forma coherente la información obtenida respecto a estas dimensiones. Hacer investigación bajo el enfoque social implica que al tiempo que la teoría ordena y conduce la investigación, se pone a prueba en ésta; o sea, no se construye una vez para siempre, antes y por fuera de la investigación. A través de una reflexión crítica se puede depurar o desechar aquello que no esclarece, y enriquecer la teoría (detectar vacíos teóricos que requieren la construcción de nuevos conceptos).

Uno de los elementos básicos y esenciales para la investigación en salud de los trabajadores es la participación, la cual implica incorporación activa en la planificación, ejecución y evaluación de todas las acciones en salud y seguridad. Es un mecanismo para detectar las necesidades sentidas, siendo un gran ejemplo de metodología participativa el "Modelo Obrero Italiano", el cual sitúa a la experiencia obrera como una fuente de conocimiento central en el campo salud-trabajo, aunque en la actualidad existen otros métodos como la *Guía de Concertación Déparis* (Malchaire, 1997) que considera la participación como base de la investigación. En Latinoamérica, Villegas & Cortázar (1993) proponen la investigación participativa en salud de los trabajadores desarrollada a partir del modelo obrero italiano, la cual implica una redefinición de la generación del conocimiento a partir del saber y la experiencia obrera, como principio de acción transformadora de la realidad. El *mapa de riesgo*, es el instrumento más acabado y de sistematización del modelo obrero italiano y de su metodología investigación-acción-participación. Se convierte, por tanto, en un instrumento para la vigilancia epidemiológica de las condiciones y medio ambiente de trabajo, además de orientar en la segunda fase de prevención (evaluación), indicando qué, dónde y cuándo medir.

Por lo expuesto anteriormente, una categoría fundamental a estudiar son las condiciones de trabajo para conocer en profundidad sus factores de riesgos, así como los efectos a la salud, paso previo para gestionar cambios en las mismas. La prevención se centrará en estos cambios, porque los determinantes del proceso salud-enfermedad en el mundo del trabajo subyacen en la organización del mismo.

En concordancia con lo expuesto, Laurell (1993) señala que un elemento clave al investigar en salud de los trabajadores es la existencia de coherencia entre el marco teórico y metodológico, que debido a su complejidad hace que la multi e interdisciplinariedad sea casi una norma. No obstante, esto no implica de entrada que los distintos instrumentos de cada disciplina deban fusionarse sin una reflexión sobre su uso en el estudio a realizar. Al analizar el problema a la luz de las consideraciones teóricos-metodológicas, resulta claro que ninguna técnica de investigación es a priori correcta o incorrecta, ya que la elección de una u otra, en primera instancia, depende de la naturaleza del problema en estudio. En este sentido, Breilh (1994) plantea la combinación de los estudios cualitativos y cuantitativos para dar respuesta a la complejidad presentada en el estudio del proceso salud-trabajo-enfermedad. De allí la propuesta de la *triangulación* –siendo uno de sus impulsores Norman Denzin– la cual se basa en el principio de que al combinarse varios observadores, teorías, métodos y fuentes de datos se puede superar el sesgo intrínseco derivado de los estudios que utilizan un solo método, un solo tipo de observador y una sola teoría. Así mismo, Almeida (1992) señala que el principal problema de la epidemiología es justamente su dificultad en abordar lo social, por lo que resulta obvio, que una investigación se enriquece cuando se conjugan los dos enfoques (cualitativo y cuantitativo).

Dicho de otro modo, para abordar las diferentes formas de trabajo, se deben considerar todas las técnicas de estudio e intervención existentes. Incluso éstas deben ser específicas al puesto de trabajo y características particulares de los trabajadores que allí laboran (Betancourt, 1995).

Reflexiones

De acuerdo a los razonamientos que se han venido realizando, se desprende que la salud y la enfermedad no corresponden a conceptos aislados, son dos estados o momentos de un mismo proceso, que depende no sólo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual se vive. Los mismos se encuentran interactuando, constantemente, lo que implica la no separación entre el momento productivo y el momento reproductivo. Se parte, entonces, de la

premisa de que las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, que en este caso viene dado por el modo de producción capitalista.

Por tanto, en los tres niveles descritos para el estudio del proceso salud-trabajo-enfermedad pueden emplearse métodos, técnicas e instrumentos que permitan obtener información de esta realidad. Sin embargo, para hacer su abordaje de manera integral y no de una simple relación causa-efecto o monocausal, no puede dejar de considerarse cómo las condiciones de vida influyen en la salud y en el trabajo, y viceversa. La investigación y análisis del proceso salud-trabajo-enfermedad invita, entonces, al uso de los dos enfoques (cualitativo y cuantitativo) y, en todo caso, aplicando la triangulación para el estudio de este proceso por su complejidad, permitiendo que las debilidades de una técnica puedan ser suplidas por otra para el aporte de soluciones. Lo social está presente en todos los ámbitos de la vida, y el aporte sociológico-teórico tiene cabida en todos los ámbitos del conocimiento científico. Además, la teoría sociológica es invaluable, puesto que ha permitido poder traspasar la línea de las explicaciones que otras disciplinas no han logrado.

La construcción teórica desde la Medicina Social del proceso salud-trabajo-enfermedad se fundamenta, por una parte, en el reconocimiento de la historicidad o carácter social de la salud-enfermedad y, por la otra, en el rescate del trabajo como un proceso social y técnico complejo, porque desde el siglo XIX muchos estudiosos de la economía y del trabajo, han demostrado que todos los procesos sociales tienen una interrelación y un impacto directo en la salud de los individuos y por ende en su calidad de vida (Laurell, 1993).

Ante un campo tan amplio de posibles investigaciones a desarrollar, también es una tarea para los nuevos estudiosos del trabajo formarse en las estrategias más adecuadas para su abordaje. En este sentido, los avances como los realizados desde la Epidemiología Crítica, han permitido revisar cómo la interdisciplinariedad y complementariedad de estas áreas del conocimiento y sus técnicas, han logrado resultados más profundos con un matiz mucho más integral y holístico.

En este mismo orden de ideas, lo importante de la preparación teórica previa que todos los estudiosos necesitan antes de emprender el camino de la indagación, radica en que sin ella no serán capaces de dar explicaciones (positivismo/empirismo) o interpretaciones (hermenéutica/dialéctica) que puedan dar cuenta real del fenómeno investigado. Un investigador que no sea capaz, en primer lugar, de identificar y contextualizar en el verdadero problema que desea investigar y, en segundo lugar, que no posea el bagaje para abordarlo, estará desprovisto de cualquier herramienta que le permita llegar de manera lógica y segura al propósito planteado.

Así mismo, vale la pena resaltar que el éxito de la investigación en el área de la salud ocupacional, más allá de los elementos teóricos-metodológicos que debe manejar el investigador, se basa en la organización y participación de los trabajadores, en consecuencia, para avanzar hacia niveles más altos de conciencia y organización hay que hacer un especial énfasis en la aplicación de una educación masiva. De allí la necesidad de utilizar estrategias adecuadas que permitan, de manera progresiva, incorporar a todos los sectores en el conocimiento y transformación de la realidad sanitaria de los trabajadores e ir desarrollando investigaciones en el área porque sus resultados fortalecen las políticas y el conocimiento.

En consecuencia, la teoría y la práctica en la Salud de los Trabajadores dependerá del nivel de desarrollo y de las características de la organización social, de la manera cómo se conciba la relación salud-trabajo, de la posición que adopten los trabajadores en este campo, de los intereses patronales, de las políticas laborales y de salud de un país; y si bien se vive en Venezuela en una época de grandes transformaciones, no sólo en el sistema de salud, sino también en todas las políticas socio-económicas y, por ende, en el sector del trabajo, se está en un momento en que en el área de la Salud Ocupacional requiere obtener el máximo de resultados en la labor que cada quien desempeña y para ello es necesario lograr el máximo de capacitación continua y actualizada, reforzando la actividad investigativa y de intervención en el proceso salud-trabajo-enfermedad.

Referencias Bibliográficas

Almeida, N. de. (1992). *Epidemiología sin números: una introducción crítica a la ciencia epidemiológica.* Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, Nº 28).

Betancourt, O. (1995). *La salud y el trabajo: reflexiones teórico-metodológicas, monitoreo epidemiológico, atención primara en salud.* Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) - Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Breilh, J. (1994). *Las técnicas intensivas (cualitativas) en la investigación en salud: debate sobre sus usos y distorsiones.* Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). (Serie Epidemiología Crítica, Nº 3).

Laurell, A. (1993). *La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores.* Washington: Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. (Serie Paltex Salud y Sociedad 2000, Nº 3).

Leite, M. (2009). El trabajo y sus reconfiguraciones: Las nuevas condiciones de trabajo discutidas a partir de conceptos y realidades. *Estudios del Trabajo*, *14*(21), 07-33.

Malchaire, J. (1997). Strategie generale de prevention des risques professionnels. *Cahiers de Médecine du Travail et Ergonomie, 34*(3-4), 159-165. Recuperado de http://www.deparisnet.be/sobane/fr/art_malchaire_art._strategie_gestion_risques_mte_98.pdf

Navarro, V. (1988). Proceso de trabajo y salud. En F. Martínez (Coord.). *Salud Pública* (pp. 103-120). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Norma Técnica Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo NT-01-2008. (2008). Recuperado de http://www.inpsasel.gob.ve/moo_doc/NOR_TEC_PRO_SEG_SAL_TRA.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/index.html

Rojas, R. (1995). *Capitalismo y enfermedad.* (5ta ed.). México: Plaza y Valdés.

Venezuela. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT). (2005, 30 de junio). En: *Asamblea Nacional. Gaceta Oficial de la República 38.236* [en línea]. Recuperado de http://www.inpsasel.gob.ve/moo_doc/lopcymat.pdf

Villegas, J. & Cortázar, V. (1993). La investigación participativa en la salud laboral: El Modelo Obrero. En A. Laurell (Coord.). *Para la investigación en salud de los trabajadores* (pp. 65-97). Washington: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.

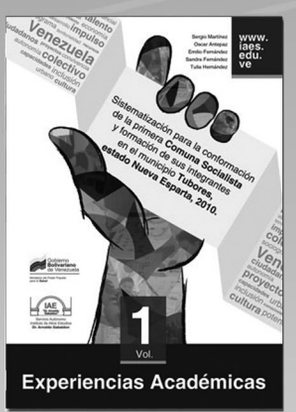
Fecha de recepción: 13 de enero de 2013
Fecha de aceptación: 18 de noviembre de 2013

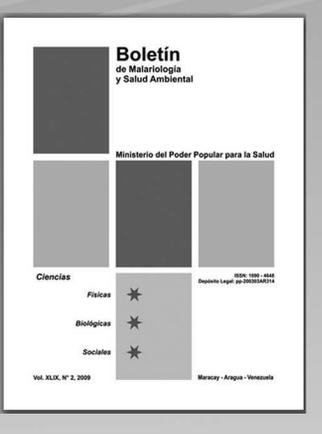
IAE
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
RIF. G-20006221-5

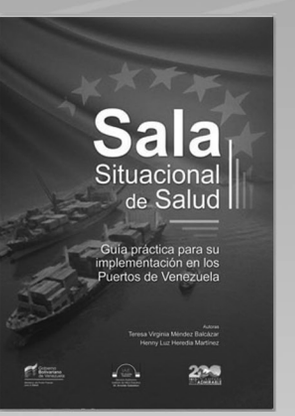
Servicio Autónomo
Instituto de Altos Estudios
Dr. Arnoldo Gabaldon

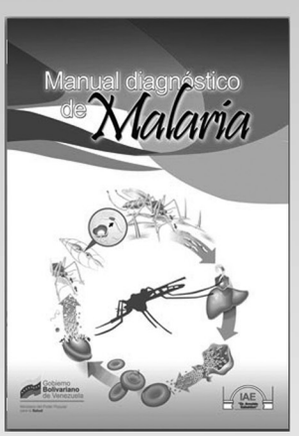
Nuestras Publicaciones pueden ser encontradas en la siguiente dirección electrónica:

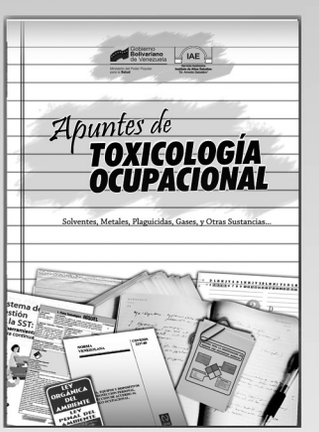
www.iaes.edu.ve

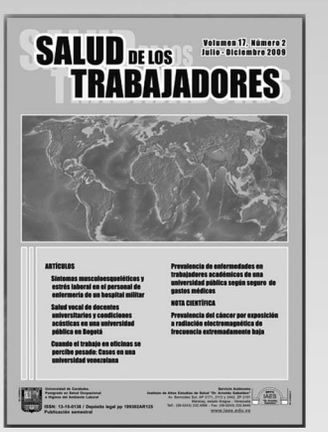












Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud