



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE FILOSOFÍA

Estudio Antropológico de la Biomedicina
en el Sufrimiento Laboral

Dña. María Dolores Martín-Consuegra Martín-Fontecha
2016

UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE FILOSOFÍA

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO ANTROPOLÓGICO DE LA BIOMEDICINA
EN EL SUFRIMIENTO LABORAL.**

Doctoranda
María Dolores Martín-Consuegra Martín-Fontecha

Dirigida por
Dra. Josefa María Antón Hurtado

Murcia, 2016.

**Departamento de Filosofía
Área de antropología social**

*“La primera edad que se creó fue la de oro, la que cultivaba
la lealtad y el bien sin autoridad, por propia iniciativa, sin ley.
No existía el castigo y el miedo, ni se leían amenazas
en tablas de bronce, ni suplicante la gente temía
el rostro de su juez, sino que sin autoridad vivían seguros.*

[...]

*Todavía no rodeaban a las ciudades fosos profundos,
no existía la trompeta recta, no los cuernos de bronce curvo,
no los cascos, no la espada: sin la práctica militar
la gente vivía sin problemas en medio de una paz agradable.
Incluso la tierra misma, libremente, sin que el azadón
la tocara ni el arado la hiriera, lo daba todo por sí misma.”*

Ovidio

“Mi análisis de los procesos puestos en marcha en la adhesión a los principios de la organización de la empresa neoliberal aporta, desde mi punto de vista, una contribución al análisis de la colaboración de la “buena gente” en el sistema nazi.

Lo que revela mi investigación sobre la servidumbre voluntaria en el sistema neoliberal, es que la mayoría de la gente puede alistarse en el servicio a un sistema cuyos métodos desaprueba tajantemente.”

Christophe Dejours.

AGRADECIMIENTOS.

Esta tesis ha sido terminada gracias a las aportaciones de muchas personas que han contribuido a su desarrollo, tanto desde lo afectivo como desde lo intelectual. De entre todas ellas, quiero expresar mi más sincera gratitud:

A la generosidad de mis padres, a los que nunca agradecí bastante que antepusieran mis intereses a los suyos, sorteando las estrecheces económicas y mentales derivadas de la dictadura. Sin filias ni fobias ideológicas, hicieron una apuesta por el conocimiento frente a la ignorancia.

A mi único hermano, una más de las numerosas víctimas mortales, producto de las deficiencias socio-sanitarias y económicas de la época.

A la parte no visible ni escrita de esta tesis, que es sin duda la más interesante. Nada me hace sentir más satisfecha en una investigación sobre sufrimiento laboral y biomedicina, que poder afirmar que la misma es fruto de la participación y el esfuerzo colectivo. Sin la valentía y el desinterés de los médicos que me abrieron la puerta de su consulta, y en ocasiones también la de su corazón, ahora mismo no estaría escribiendo estas líneas. Sin las revelaciones de los informantes: de sus equivocaciones, de sus temores, de sus esperanzas... este relato carecería por completo de sentido. Ellos trazaron el camino por el que yo transité como investigadora, y con su voz, me hicieron comprender, no sólo que aquello había que contarlo, sino que había que hacerlo desde la heterodoxia con lo que viene siendo habitual en la academia.

Gracias también a Fátima, por ese espacio de ayuda mutua en la parte final de la investigación.

Gracias a Josefa María Antón Hurtado, directora de esta tesis. Ella supo hacer de este trabajo un espacio personal de autonomía, aprendizaje y libertad.

A mis compañeros, amigos y profesores de las licenciaturas y el doctorado, principalmente a José Luis García García.

Gracias a Eugenio por su apoyo incondicional.

Gracias a José Antonio, Antonio y a Jordi, por haber contribuido con su pensamiento a enriquecer y a cuestionar el mío.

Gracias a Antonio y a Diego por su comprensión y disponibilidad.

Gracias a los amigos de Murcia, Pinto, Oia, Tomelloso, y cómo no, a mis compañeros de vendimia en Herencia, especialmente a los niños.

Y sobre todo, gracias a Juan, a Miguel y a Jesús, porque sois vosotros los que me aportáis la seguridad necesaria para éste y otros proyectos, y sois vosotros los que alimentáis mi curiosidad, mi voluntad y mi amor por la vida.

M^a Dolores Martín-Consuegra Martín-Fontecha

Tomelloso, invierno 2016.

ÍNDICE

<u>ACRÓNIMOS</u>	1
<u>INTRODUCCIÓN</u>	5
<u>CAPÍTULO I: OBEJTIVOS, HIPÓTESIS Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS. EL CONTEXTO DE ESTUDIO A ESTUDIO.</u>	
1.1. Objetivos.	19
1.2. Hipótesis.	23
1.3. Estrategias metodológicas.	
1.3.1. Unidades de análisis.	24
1.3.2. Actores sociales.	25
1.3.3. Escenarios de la investigación.	27
1.3.4. Diseño de la investigación.	30
1.3.5. Estrategias metodológicas y rol del investigador.	34
1.3.6. Observadora participante.	34
1.3.7. Entrevistas.	40
1.3.8. La selección de los informantes.	40
1.3.9. Fuentes documentales.	41
1.3.10. La organización de los datos.	43
1.3.11. Ética de la investigación.	44
1.3.12. Cuestiones preliminares.	44
1.3.13. El contexto sanitario como sistema cultural.	46

1.4. El contexto de estudio a estudio.

1.4.1. Un crisol de pueblos. Del trabajo en la agricultura a las obras de Madrid y el regreso a ninguna parte.	52
1.4.2. De Barreiros y Marconi al taylorismo del ladrillo o el neoliberalismo a la española.	58
1.4.3. Fin del trayecto.	69
1.4.4. Un franco 14 pesetas. Volvemos a emigrar.	70

CAPÍTULO II: SALUD, CAPITALISMO Y SOCIEDAD. EL MARCO CULTURAL DE LA MEDICINA OCCIDENTAL.

2.1. Medicina y cultura. El caso particular de Occidente.	75

2.2. Entre el illness y el disease: La construcción cultural de la enfermedad laboral.	79

2.3. El cuerpo en la medicina occidental.

2.3.1. El proceso de individualización.	83
2.3.2. El cuerpo biológico y el cuerpo social.	86

2.4. Tres siglos de alianza: Biomedicina, Ciencia y Estado.

2.4.1. Hacia una medicina clasificatoria. Hegemonía biológica Vs narrativas de aflicción.	94
2.4.2. El determinismo biológico: hacia una mirada política del cuerpo.	99
2.4.3. El giro neoliberal y la captura de la salud como objeto del consumo.	102
2.4.4. La culpa como dispositivo de control.	104
2.4.5. La práctica clínica: en la intersección entre el sufrimiento del médico y el illness del paciente.	109
2.4.6. La trampa del pensamiento positivo.	114

CAPÍTULO III: BIOMEDICINA Y TRABAJO. UN ENFOQUE ANTROPOLÓGICO.

3.1. Algunas premisas de partida.	121

3.2. La medicina del trabajo. Una relación a la sombra de los Estados-nación.	125

3.3. El largo camino de la salud laboral en España.

3.3.1. Antecedentes históricos.	136
3.3.2. La dictadura.	143
3.3.3. La democracia.	152

3.4. Dispositivos de control en la Incapacidad Temporal.

3.4.1. Incapacidad Temporal. Un conflicto entre la salud y las prestaciones económicas. _____	162
3.4.2. Sobre la constitución, composición y actuación de los Equipos de Valoración de Incapacidades. _____	167

3.5. Marco estadístico de las enfermedades profesionales.

3.5.1. Evolución histórica. _____	172
3.5.2. Análisis de los datos. _____	174
3.5.3. Sobre la evolución de las enfermedades profesionales con baja y sin baja. ____	178

CAPÍTULO IV: REVISIÓN DE LAS APROXIMACIONES TEÓRICAS.

4.1. El trabajo como escenario cultural. Unas consideraciones previas. _____

181

4.2. Perdiendo la salud en el trabajo. Del Homo Sapiens al Homo Hipnotizado.

4.2.1. Sociedad de cazadores recolectadores: precariedad o abundancia. _____	189
4.2.2. El quebranto de la salud en la agricultura: del Neolítico a la agricultura extensiva. _____	198
4.2.3. Del final de la agricultura al nacimiento de la industria. El sufrimiento laboral como épica sumatoria. _____	213

4.3. Tiempos modernos. Entre consumidores y consumidos.

4.3.1. Del taylorismo al neoliberalismo postfordista. _____	221
4.3.2. El sufrimiento laboral como epistemología de la crisis. Una guerra con víctimas mortales. _____	228
4.3.3. Las cifras del Ministerio de Empleo y Seguridad Social sobre la opinión de los trabajadores en relación a la influencia del trabajo sobre su salud. _____	237
4.3.4. Dispositivos implicados en la aceptación del sufrimiento laboral. _____	253

CAPÍTULO V: ATERRIZAJE EN UN CONTEXTO DE CRISIS: UNIDAD DE DOLOR CRÓNICO, UNIDAD DE PSIQUIATRÍA Y CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

5.1. Unas consideraciones desde la etnografía. _____

257

5.2. Dentro de las consultas. _____

260

5.3. La Unidad de Dolor Crónico o la última estación de un viacrucis.

5.3.1. Limitaciones de la medicina basada en la evidencia. _____	261

5.3.2. Lo que la evidencia esconde en la Unidad de Dolor Crónico. Médicos y pacientes en la intersección del sufrimiento laboral. _____	262
5.4. En las consultas de psiquiatría. Un duelo entre el disease y el illness.	
5.4.1. Unas consideraciones previas. Biomedicina y salud mental. Del encierro a la sonrisa Profidén. _____	275
5.4.2. Dentro de la consulta. _____	279
5.4.3. El extraño caso de la duloxetina, las bajas laborales y el visitador médico. ____	281
5.4.4. El sufrimiento laboral: entre el DSM-5 y el CIE-10. _____	284
5.5. Atención Primaria. La medicina at home. _____	295
5.5.1. El presentismo laboral. _____	298
5.5.2. El médico de Atención Primaria en las constelaciones del sufrimiento laboral. _	303
 <u>CAPÍTULO VI: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.</u>	
6.1. Descripción de la muestra. _____	305
6.2. Valoración y visibilidad del trabajo en las tres unidades de análisis. _____	309
 <u>CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</u>	
7.1. Conclusiones. _____	331
7.2. Recomendaciones. _____	337
<u>BIBLIOGRAFÍA.</u> _____	339
 <u>ANEXOS.</u>	
Anexo 1. Certificado de proyecto de investigación. _____	357
Anexo 2. Resolución e informe del CEIC. _____	359
Anexo 3. Solicitud de cambio de título. _____	361
Anexo 4. Guía de entrevistas (Médicos). _____	363
Anexo 5. Guía de entrevistas (Pacientes). _____	365
Anexo 6. Carta a los delegados de prevención de riesgos laborales (CGT y LAB) en Volkswagen Navarra S.A. al director del INSS en Navarra. _____	369
Anexo 7. Contestación del director provincial del INSS de Navarra. _____	375

Anexo 8. Denuncia de Nafarroa Bai por el funcionamiento del INSS en la atención de bajas laborales. _____	377
Anexo 9. Respuesta del Parlamento Navarro a la denuncia prestada por Nafarroa Bai. _____	379
Anexo 10. Carta al Delegado Provincial de Ciudad Real a María Dolores Martín Consuegra Martín Fontecha relativa a las bajas laborales. _____	383
Anexo 11. Cartel alusivo a la crisis en una consulta del Hospital General de Tomelloso. _____	385
Anexo 12. Audios. _____	387
Anexo 13. Informe psiquiatría. _____	449
Anexo 14. Informe del psicólogo. _____	451
Anexo 15. Informe psicología clínica. _____	453

INDICE DE FIGURAS, GRÁFICAS Y TABLAS POR CAPÍTULOS.

INTRODUCCIÓN.

Gráficas.

Gráfica 1. Mortalidad por valvulopatía. Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes. Totales España. 1951-1985. _____	11
Gráfica 2. Mortalidad por fiebre reumática. Tasas estandarizadas. España 1951-1985. _____	11
Gráfica 3. Mortalidad por fiebre reumática. Tasas estandarizadas totales. Edad 15-19. España 1951-1985. EEUU 1951-1978. _____	12

CAPÍTULO I.

Gráficas

Gráfica 1. Índices de incidencia de accidentes temporales totales por tipo de contrato y sector. _____	63
Gráfica 2. Índices de incidencia de accidentes temporales mortales por tipo de contrato y sector. _____	63
Gráfica 3. Índices de incidencia de accidentes temporales graves por tipo de contrato y sector. _____	64
Gráfica 4. Comparación del porcentaje (%) de gravedad (% G+M) entre el sector construcción y el total de sectores. _____	65
Gráfica 5. Variaciones residenciales exteriores en el año 2000. _____	71
Gráfica 6. Variaciones residenciales en el año 2007. _____	71
Gráfica 7. Variaciones residenciales exteriores en el año 2013. _____	72

Tablas.

Tabla 1. Empresas por municipios (2012). _____	55
Tabla 2. Accidentes en jornada de trabajo con baja y tasas de incidencia, según tipo de contrato y gravedad. Total y construcción. _____	63
Tabla 3. Accidentes en jornada de trabajo con baja, según gravedad, en el sector de la construcción. Evolución 1999-2002. _____	65

CAPÍTULO II.

Figuras.

Figura 1. Enfermedades del sistema osteomuscular. _____	97

Gráficas.

Gráfico 1. Comparación de los patrones A y B en la HTAL. _____	106
Gráfica 2. Tasas de mortalidad de Rusia y Bielorrusia 1989-2001. _____	114

CAPÍTULO III.

Gráficas.

Gráfica 1. Tendencia interanual en los casos registrados. Evolución anual de las enfermedades profesionales registradas, 1994-2014. _____	176

Gráfica 2. Tendencia interanual en el Índice de Incidencia. Evolución anual de los citados índices. 1994-2014.	176
Gráfica 3. Tendencia interanual de la variación relativa del Índice de Incidencia. Evolución anual de los citados valores relativos. 1994-2013.	176
Gráfica 4. Tendencia interanual de los valores absolutos de expedientes de enfermedades profesionales que causaron baja y de las que no causaron baja.	179
Gráfica 5. Tendencia interanual de la comparación porcentual de los valores de los expedientes de enfermedades profesionales.	179

Tablas.

Tabla 1. Evolución de la IT entre 2005 y 2013.	167
Tabla 2. Valores absolutos y relativos de diferentes parámetros para el estudio de la evolución del número de enfermedades profesionales. 1995-2014.	175
Tabla 3. Enfermedades profesionales con baja / sin baja. 2003-2013.	178

CAPÍTULO IV.

Figuras.

Figura 1. Horas diarias dedicadas al sueño y al descanso, grupo de Fish Creek.	193
Figura 2. Horas diarias dedicadas al sueño y al descanso, grupo de Hemple Bay	194

Gráficas.

Gráfica 1. Horas por día en actividades relacionadas con la alimentación.	191
Gráfica 2. Niños ocupados en la producción económica (en millones) por región, 5 a 14 años (2012).	208
Gráfica 3. Tasa de actividad de los niños (en porcentajes) por región, 5 a 14 años (2012).	209
Gráfica 4. Niños en trabajos peligrosos por sexo y grupo de edad (2012).	210
Gráfica 5. Trabajo infantil, distribución por sector económico (en porcentaje), 5 a 17 años (2012).	211
Gráfica 6. Trabajo infantil, distribución por sector económico y sexo (en porcentaje), 5 a 17 años.	211
Gráfica 7. Número de ratificaciones de los Convenios 138 y 182, por año.	212
Gráfica 8. Índice de incidencia de accidentes de trabajo de Castilla La Mancha.	216
Gráfica 9. Número de suicidios por sexo. España, 2011-2012.	231
Gráfica 10. Número de suicidios por sexo. España, 1980-2012.	231
Gráfica 11. Número de muertes por causas externas. España, 2012.	232
Gráfica 12. Problemas de salud agravados o producidos por el trabajo.	238
Gráfica 13. Dolor de cuello/nuca agravado o producido por el trabajo, por ramas de actividad.	239
Gráfica 14. Porcentaje de las atribuciones al trabajo del dolor de cuello/nuca, por grupos de ocupación.	240
Gráfica 15. Porcentaje de las atribuciones al trabajo del dolor de cuello/nuca por sector.	240

Gráfica 16. Diferencias entre hombres y mujeres, en el porcentaje de las atribuciones al trabajo del dolor de cuello/nuca. _____	241
Gráfica 17. Dolor de espalda agravado o producido por el trabajo, por ramas de actividad. _____	241
Gráfica 18. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de dolor de espalda, por grupos de ocupación. _____	242
Gráfica 19. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de dolor de espalda por sectores de ocupación. _____	242
Gráfica 20. Diferencia entre las atribuciones de hombres y mujeres. Dolor de espalda. _____	243
Gráfica 21. Dolor de hombros, brazos, codos, muñecas, manos y dedos agravados o producidos por el trabajo por ramas de actividad. _____	243
Gráfica 22. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de dolor en hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos por ocupación. _____	244
Gráfica 23. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de dolor en hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos por sectores. _____	244
Gráfica 24. Diferencia por sexo en las atribuciones del dolor de hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos, al trabajo. _____	245
Gráfica 25. Problemas de cansancio/agotamiento agravados o producidos por el trabajo por ramas de actividad. _____	245
Gráfica 26. Porcentaje de las atribuciones al trabajo del cansancio/agotamiento por ocupación. _____	246
Gráfica 27. Porcentaje de las atribuciones por servicios por cansancio/agotamiento. _____	246
Gráfica 28. Diferencia entre hombres y mujeres en las atribuciones al cansancio/agotamiento. _____	247
Gráfica 29. Estrés, ansiedad o nerviosismo, agravados o producidos por el trabajo por ramas de actividad. _____	247
Gráfica 30. Atribuciones al trabajo de estrés, ansiedad o nerviosismo, por grupos de ocupación. _____	248
Gráfica 31. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de estrés, ansiedad o nerviosismo, por sectores. _____	249
Gráfica 32. Diferencia entre hombres y mujeres en las atribuciones por estrés, cansancio y ansiedad. _____	249
Gráfica 33. Depresión o tristeza agravadas o producidas por el trabajo por ramas de actividad. _____	250
Gráfica 34. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de la depresión o tristeza por grupos de ocupación. _____	250
Gráfica 35. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de la depresión o tristeza, por sectores. _____	251
Gráfica 36. Diferencia entre hombres y mujeres en las atribuciones a la depresión o tristeza. _____	251

Gráfica 37. Problemas para conciliar el sueño agravado o producido por el trabajo, por ramas de actividad.	252

Tablas

Tabla 1. Resumen del trabajo diario correspondiente a los Bosquimanos Dobe.	196
Tabla 2. Tasas de mortalidad por 10.000 para diferentes causas en hombres de 30 a 64 años en ocho provincias españolas según su categoría profesional.	204
Tabla 3. Estimaciones mundiales del trabajo infantil y del trabajo peligroso por grupo de edad y sexo (2012).	210
Tabla 4. Evolución de la población activa por sectores, según censos de población, 1900-1981.	214

CAPÍTULO V.

Gráficas.

Gráfica 1. Depression Research and Treatment.	282

Tablas.

Tabla 1. Tabla generacional de informantes.	303

CAPÍTULO VI.

Gráficas.

Gráfica 1. Media (+ETM) de la edad en las tres unidades de análisis.	307
Gráfica 2. Distribución de las frecuencias de pacientes por localidades.	308
Gráfica 3. Pacientes a los que en algún momento de su vida el trabajo les ha perjudicado la salud.	309
Gráfica 4. Investigación del médico sobre el trabajo.	314
Gráfica 5. Médicos que preguntan a los pacientes si se encuentran en situación de desempleo.	316
Gráfica 6. Pacientes a los que el médico les ha preguntado si fuman.	317
Gráfica 7. Pacientes a los que el médico les ha preguntado si consume alcohol.	318
Gráfica 8. Pacientes a los que el médico les ha preguntado por su dieta.	319
Gráfica 9. Recomendaciones sobre el trabajo.	320
Gráfica 10. Pacientes a los que el médico les recomendó dejar de fumar.	322
Gráfica 11. Pacientes a los que el médico les recomendó sobre el consumo alcohol.	323
Gráfica 12. Recomendaciones sobre ejercicio físico.	325
Gráfica 13. Recomendaciones sobre la dieta.	325

Tablas.

Tabla 1. Distribución de pacientes por Unidades de Análisis.	306
Tabla 2. Distribución por género.	306
Tabla 3. Media de edad de los pacientes en las tres unidades de análisis.	307

Tabla 4. Precariedad laboral. _____	310
Tabla 5. Miedo a perder el empleo. _____	310
Tabla 6. Número excesivo de horas. _____	311
Tabla 7. Esfuerzo excesivo _____	311
Tabla 8. Trabajo con tóxicos. _____	312
Tabla 9. Trabajo bajo presión. _____	312
Tabla 10. Paro. _____	313
Tabla 11. Otras circunstancias. _____	313
Tabla 12. Investigación del médico sobre el trabajo. _____	315
Tabla 13. Prueba de Chi-cuadrado para averiguar si se existe diferencia en las tres unidades de estudio respecto a la indagación de los médicos sobre si se producen situaciones de desempleo en los pacientes. _____	316
Tabla 14. Prueba Chi-cuadro para analizar si se producen diferencias en cuanto a la investigación sobre el tabaco entre las tres unidades. _____	317
Tabla 15. Prueba Chi-cuadro para analizar si se producen diferencias en cuanto a la investigación sobre al alcohol en las tres unidades. _____	318
Tabla 16. Prueba Chi-cuadro para analizar si se producen diferencias en cuanto a la investigación sobre la dieta en las tres unidades. _____	319
Tabla 17. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendaciones en aspectos de la actividad laboral que pudieran perjudicar la salud de los pacientes. _____	321
Tabla 18. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendación de dejar de fumar. _____	322
Tabla 19. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendaciones en aspectos de la actividad laboral que pudieran perjudicar la salud de los pacientes. _____	323
Tabla 20. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendaciones sobre el ejercicio físico. _____	324
Tabla 21. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendaciones sobre la dieta. _____	325
Tabla 22. Pacientes que asisten o asistieron al trabajo a pesar de que la actividad laboral incidiera negativamente sobre su salud. _____	326
Tabla 23. Rangos. Grado de satisfacción entre el SESCOAM y las mutuas. _____	327
Tabla 24. Rangos. Grado de satisfacción entre el SESCOAM y la inspección médica. _____	328
Tabla 25. Rangos. Grado de satisfacción entre el SESCOAM y los EVIs. _____	329

ACRÓNIMOS

AP: Atención Primaria

APA: American Psychiatric Association

ASAJA: Asociación agraria de jóvenes agricultores

ATRIUM: Aplicación de Trabajo Informático de Unidades Médicas

BCE: Banco Central Europeo

BOE: Boletín Oficial del Estado

CAM: Medicinas complementarias y alternativas

CEE: Comunidad Económica Europea

CEIC: Comité de Ética e Investigación Científica

CGIAR: Grupo Consultivo para la Investigación Agrícola Internacional

CGT: Confederación General del Trabajo

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

CNSST: Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo

CCOO: Comisiones Obreras

CSI: Confederación Sindical Internacional

CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas

DSM-5: Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder, versión 5

ERE: Expediente de Regulación de Empleo

EVI: Equipo de Valoración de Incapacidades

FAISS: Federación de Asociaciones de Inspectores Médicos

FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

FIDA: Fondo Internacional de desarrollo Agrícola

FMI: Fondo Monetario Internacional

HTAE: Hipertensión Arterial Enmascarada

HTAL: Hipertensión Arterial Laboral

INE: Instituto Nacional de Estadística

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

INP: Instituto Nacional de Previsión

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

IP: Incapacidad Permanente

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas

ISM: Instituto Social de la Marina

IT: Incapacidad Temporal

JCCM: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

LPRL: Ley de Prevención de Riesgos Laborales

MATEPSS: Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

MBE: Medicina Basada en la Evidencia

MBN: Medicina Basada en la Narrativa

MIR: Médico Interno Residente

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

MUFACE: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado

MUGEJU: Mutualidad General Judicial

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PCBE: Psicología Clínica Basada en la Evidencia

PET: Tomografía por Emisión de Positrones

RD: Real Decreto

RNM: Resonancia Nuclear Magnética

SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal

SEPECAM: Servicio Público de Empleo de Castilla-La Mancha

SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

SFD: Síndrome de Dolor Físico

SNS: Sistema Nacional de Salud

SOVI: Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez

TAC: Tomografía axial computerizada

TSJM: Tribunal Superior de Justicia de Madrid

UCM: Universidad Complutense de Madrid

UDC: Unidad de Dolor Crónico

UGT: Unión General de Trabajadores

UP: Unidad de Psiquiatría

INTRODUCCIÓN.

Hablar en la actualidad de biomedicina y sufrimiento laboral supone adentrarse en un territorio lleno de opacidades y olvidos. El marco legal establecido con la finalidad de preservar la salud de los trabajadores ha cumplido una función ambivalente desde sus inicios, debido a su contribución a dar soporte legal al modelo capitalista y a la creación del modelo democrático establecido sobre la base del Estado Social de Derecho.

Para la comprensión y el manejo de este sufrimiento, llevaremos a cabo un ejercicio de interrogación y rastreo a propósito del significado que adquiere desde la medicina hegemónica y de los procesos de subjetivación realizados por aquellos que lo padecen. Estas indagaciones serán las que nos permitan entender las consecuencias para la salud de las nuevas formas de organizar el trabajo en la empresa neoliberal, en la que a pesar de generar sufrimiento en los trabajadores, establece sus criterios de eficacia sobre la base del consentimiento y la auto-optimización de sus empleados.

Si tenemos en cuenta que el sufrimiento en el trabajo se encarna individualmente, podemos afirmar que su tolerancia se establece sobre una doble resignificación del yo y de la aflicción. En esta construcción cobra importancia la centralidad biológica y por lo tanto unicausal de la medicina sobre las causas y la clasificación de las enfermedades, así como la creación de un *corpus de conocimiento* en el que las narrativas de aflicción de la enfermedad quedan subordinadas frente a la evidencia de la tecno-medicina.

Este modelo se ha constituido en uno de los pilares sobre los que descansa el capitalismo y ha contribuido a modelar el horizonte de la subjetividad individual y colectiva, al poner el edificio de la medicina occidental al servicio de las lógicas derivadas de los procesos productivos. Esto no es un obstáculo para reconocer el servicio prestado a las clases más desfavorecidas y su contribución en la prevención, curación e incluso eliminación de determinadas enfermedades, ayudando a disminuir los padecimientos y a prolongar la vida de los occidentales. A pesar de lo afirmado, no debemos pasar por alto la consideración de las dimensiones sociales y culturales en el descenso de la mortalidad, sobre todo en lo referido a las infraestructuras higiénico-sanitarias y a los cambios en los hábitos de alimentación.

La Antropología médica, desde sus inicios, ha puesto en tela de juicio la objetividad sostenida desde la biomedicina, afirmando que al difuminar el contexto de la enfermedad, contribuye a reproducir una ideología que modula el concepto de lo patológico y el de nuestro propio sufrimiento. Esta separación entre el ser humano y lo estrictamente biológico es característica de la medicina Occidental, en la que prima su eficacia pragmática y una concepción cultural en la que el trabajador enfermo deberá ser retornado en el menor tiempo posible al ámbito laboral. Es por ese motivo que en no pocas ocasiones la medicina contribuye a aumentar el sufrimiento de aquellos que, buscando alivio y seguridad, se encuentran con un aparato descontextualizado y a-histórico, y con organismos creados *a priori* desde el poder económico y político para gestionar la disciplina y el gasto social de los cuerpos productivos. Tal es el caso de los trámites en la Incapacidad Temporal (IT) realizados por las mutuas, los médicos de Atención Primaria (AP), la Inspección Médica y los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVIs). Del mismo modo podríamos hablar del marco legislativo creado para garantizar la salud en el trabajo y que en la práctica se encuentra esclerosada debido, en parte, a que la carga probatoria de la enfermedad laboral recae, en muchos casos, sobre la pluri-vulnerabilidad, física, subjetiva, económica y administrativa de los trabajadores. Por ello esta investigación es una propuesta de análisis e interpretación de la importancia que para médicos y pacientes tiene el trabajo en general y el sufrimiento laboral en particular, entendido como un elemento intrínsecamente vinculado con la salud. Este fenómeno no puede ser abordado a partir de un análisis individual ni desde

una dimensión micro, sino en los distintos niveles culturales, sociales, económicos, científicos y políticos en los que se articula.

Prestaremos atención a sus manifestaciones en una zona geográfica de la provincia de Ciudad Real, concretamente la correspondiente a las localidades que componen el área de influencia del Hospital Mancha Centro de Alcázar de San Juan y el Hospital General de Tomelloso, y nos fijaremos particularmente en tres generaciones que en la actualidad son las usuarias de la Unidad de Dolor Crónico (UDC), en el primer caso y de la Unidad de Psiquiatría (UP) en el segundo. También tendremos en cuenta a los enfermos de Atención Primaria (AP) de la segunda localidad.

Desde un enfoque antropológico, a la vez que situacional, procuraremos aportar a través de nuestros análisis, una mayor comprensión de la conceptualización establecida por médicos y pacientes sobre el sufrimiento en el trabajo. De aquel que sufrieron nuestros padres, del que sufren nuestros hijos y del que nosotros mismos padecemos. Estas tres generaciones se corresponden con modelos sociales y económicos caracterizados por diferentes modos de organización del trabajo, que determinan distintas miradas individuales, científicas y sociales sobre el mismo. Esta consideración nos lleva a distinguir la actividad laboral realizada por nuestros informantes en tres etapas diferenciadas: la precapitalista-feudal, caracterizada por el trabajo agrícola y una sociedad de clases; el modelo fordista que, unido a la mecanización del campo, produjo el primer éxodo migratorio, y el modelo postfordista o neoliberal, caracterizado por la desregulación, la flexibilización, la competitividad, el hiperindividualismo y la “empresarización del yo”¹ (Zamora Zaragoza, 2013). En esta última etapa se está produciendo el segundo éxodo migratorio, tratándose en esta ocasión de jóvenes formados que se ven obligados a salir de España buscando una alternativa al desempleo fuera de las fronteras de nuestro país. Consideramos que cada una de estas etapas se corresponde con diferentes procesos de subjetivación y de encarnación del sufrimiento laboral.

¹ Término que tomo prestado de José Antonio Zamora Zaragoza, para referirme a la apropiación por la empresa neoliberal, de la creatividad y la motivación de los trabajadores con la finalidad de optimizar su productividad. De este modo se ponen a disposición de la empresa, cada vez más espacios pertenecientes al ámbito emocional de los trabajadores.

El trabajo agrario y la escasez propia de la postguerra, sustituido por los destajos y las subcontratas en el mercado de la construcción madrileño, o la inseguridad y las exigencias que caracterizan a la empresa neoliberal, han contribuido al deterioro de la salud de los trabajadores, la mayor parte de las veces con su consentimiento y transmitiendo de generación en generación los valores, no sólo de aceptación, sino de exaltación ante las posibilidades de consumo ofrecidas desde los nuevos modelos productivos. La urdimbre del sufrimiento en el trabajo, se ha establecido desde el fordismo, con el consentimiento de los trabajadores, ingrediente imprescindible para el mantenimiento y la evolución del sistema económico capitalista. Si el ámbito socio-sanitario, es o no, especialmente sensible a este fenómeno, es algo a lo que deberemos poder dar respuesta al final de esta investigación.

Antecedentes.

La escasez de precedentes antropológicos para el abordaje de la intersección entre biomedicina o modelo médico hegemónico y el sufrimiento laboral, ha supuesto desde el inicio, que mis ámbitos de búsqueda epistemológica y observacional, necesitaran expandirse por otras perspectivas y por otros escenarios que van más allá del antropológico. Un mosaico, que en no pocas ocasiones me amenazó con hacerse infinito y que alargó algunas partes del proceso buscando nuevas fuentes y el aumento de las perspectivas iniciales. Afortunadamente la transdisciplinariedad y la intertextualidad, antropológica, filosófica, psicológica y sociológica, han sido las herramientas de las que me he servido para construir un objeto de estudio significativo y para guiar de modo reflexivo mi trayectoria en la investigación. Su reflejo es un itinerario caracterizado por un cruce de miradas, en el que mis experiencias como niña trabajadora, criada en una familia en la que el sufrimiento en el trabajo fue frecuentemente naturalizado, se cruzaban con las de los actores sociales, médicos y pacientes, que muchos años más tarde actuaban del mismo modo frente al sufrimiento laboral. Si bien estas notas biográficas me permitieron ahondar en la comprensión del fenómeno a investigar, también me generaron dudas sobre el rigor metodológico de la investigación. Este fue el motivo por el que tomé la decisión de completar el trabajo de campo y las técnicas cualitativas, con una metodología cuantitativa basada en un muestro probabilístico. Este esfuerzo por operativizar y poner a prueba mis hipótesis teóricas, puso en evidencia la

valoración negativa que establecí sobre la influencia de mis propias emociones. Esta realidad me llevó a cuestionar la riqueza de la intersección entre mi experiencia personal y las narrativas de aflicción de mis informantes. Un recorrido que a continuación sintetizo y en el que también ha estado presente el sufrimiento personal durante su ejecución. En este caso se ha tratado de un sufrimiento en el trabajo consciente y voluntario, en el que mi trayectoria personal ha ido mutando a la par que lo hizo la metodología, mis objetos y mis sujetos de estudio. Sin dejar de hablar de medicina, sin dejar de hablar de subjetivización y sin dejar de hablar de sufrimiento laboral.

El proceso de investigación se inició cuando en la primavera de 2010 en el trascurso de un almuerzo familiar, salieron a luz diversas crisis de ansiedad sufridas por dos jóvenes conocidos a punto de iniciar su andadura profesional de médico e ingeniera respectivamente, en Alemania. A pesar de que el sufrimiento fue descrito en sus dimensiones físicas y emocionales, lejos de suscitar sentimientos de solidaridad, se alabó la posibilidad que les ofrecía su formación, para iniciar una *carrera profesional* en un país que, en ese momento, era considerado el motor de la economía europea.

Dado que la historia de mi familia se entretejió con los hilos de la precariedad y el sufrimiento laboral, y teniendo en cuenta que nunca mereció una sola reflexión, una breve conversación o un único recuerdo compartido, inicié una exploración sobre la forma en que las culturas influyen en la construcción de la memoria: la personal y la social. A partir de la idea de memoria re-construida y tomando como base la cultura occidental en la que nos configuramos, comencé a realizar las primeras indagaciones. Algún tiempo más tarde recibí, seguramente por error, una invitación para participar en una de las últimas sesiones del grupo de investigación del ICHS (CSIC): “Filosofía después del Holocausto. Vigencia de sus lógicas perversas”. Asistir a aquella reunión contribuyó a enfocar la investigación a partir de la propia bibliografía de los participantes y constituyó una ventana epistemológica que me acercó a la filosofía del sufrimiento. Dudé sobre la posibilidad de describir los hechos etnográficos que se encontraban en los límites del discurso biomédico. Me situaba ante el desafío de investigar sobre el sufrimiento en el trabajo, sin caer en el reduccionismo de las cifras

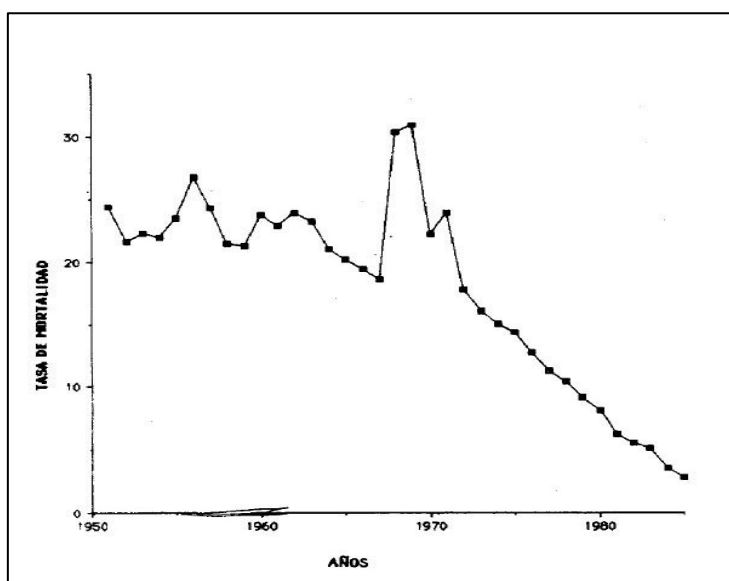
oficiales sobre siniestralidad laboral. Una categoría que lleva implícita la garantía que ofrece el aparato legislativo en estas circunstancias.

Así mismo, mi experiencia personal reclamaba un espacio. A partir de la memoria recobrada, recuperé lo que no encontraba ni en el discurso médico ni en el familiar. Se trataba del hecho de que mi madre murió a los 48 años como consecuencia de una cardiopatía reumática, se trataba de que mi padre, trabajador de la construcción, sufrió un accidente que le hundi6 varias vértebras y su universo laboral y se trataba de mis cuatro cirugías de columna y mis catorce años de vendimia. Sin que todo ello mereciera un solo recuerdo familiar, con la salvedad de las anécdotas, siempre divertidas, del trabajo en el campo. Recordé a mis paisanos ya mayores y la conversación con la mujer de un obrero de la construcción en la que ella me confesó: “aquí en el pueblo, todos padecemos de los nervios. Unos por unas cosas y otros por otras”. Los nervios sacados a la luz por Nancy Scheper-Hughes (1997), en Alto do Cruceiro para ocultar el hambre, volvían a estar presentes, esta vez en Herencia (Ciudad Real), ocultando el desgaste producido por el trabajo en la agricultura, en las obras de Madrid, y en los últimos años, en el escaso y precarizado mercado laboral.

Mi madre trabajó en el campo desde los diez años y recordaba con una alegría exultante el tiempo vivido en las húmedas e insalubres quinterías agrícolas. Ayudada por un cardiólogo, indagué sobre la prevalencia de valvulopatías reumáticas, encontrando una alta variabilidad geográfica (P. Cortina, et al. 1951-1986).

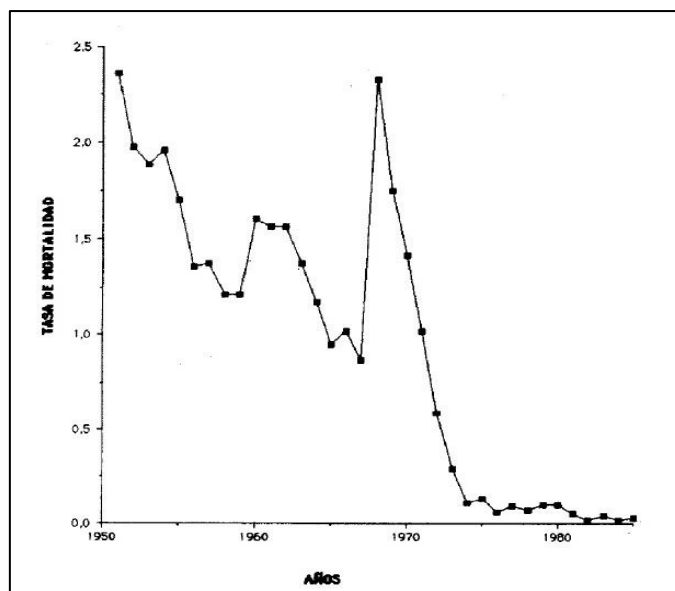
En las gráficas 1 y 2, podemos apreciar un notable descenso de su incidencia en España, coincidiendo con el final de la autarquía franquista y el inicio del desarrollo económico de nuestro país. En la nº 3 podemos apreciar la gran diferencia entre su prevalencia en EEUU y España hasta 1973, año en el que prácticamente desaparecen este tipo de valvulopatías en los dos países.

Gráfica 1. Mortalidad por valvulopatía reumática. Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes. Totales España 1951-1985.



Fuente: P. Cortina, et al. en Revista Española de Salud Pública.

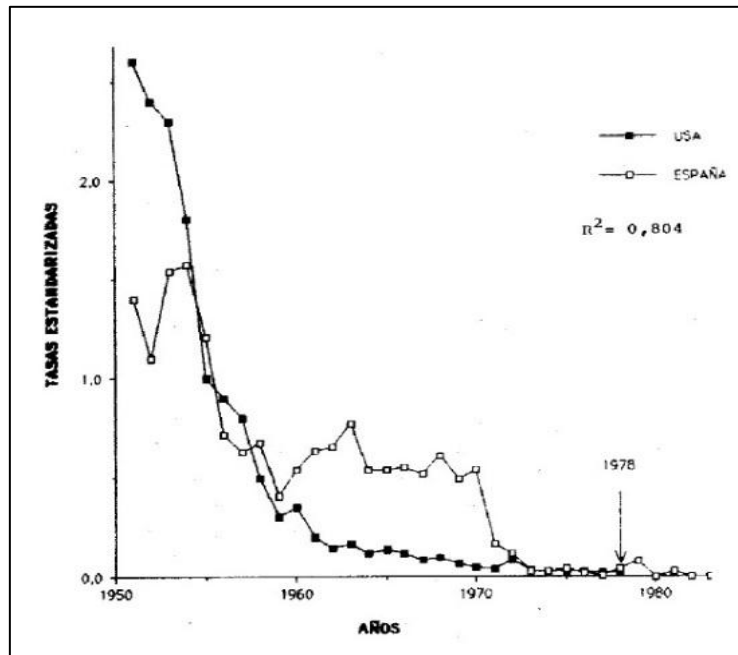
Gráfica 2. Mortalidad por fiebre reumática. Tasas estandarizadas. España 1951-1985.



Fuente: P. Cortina, et al. en Revista Española de Salud Pública.

Gráfica 3. Mortalidad por fiebre reumática. Tasas estandarizadas totales.

Edad 15-19. España 1951-1985. EEUU 1951-1978.



Fuente: P. Cortina et al. en Revista Española de Salud Pública.

Estos hallazgos me demostraron que el azar fue menos determinante en la aparición de la enfermedad, que la pobreza y las condiciones laborales, ambientales y sanitarias, que rodearon la vida de mi madre. Sin embargo en ningún momento ella se refirió a la influencia del contexto en la aparición de su enfermedad, atribuyendo al destino la causa de una cardiopatía que lastró durante sus últimos veinte años de vida. El mismo azar, unido a las paradojas de la biomedicina, fue la causa de mis cuatro cirugías de columna, teniendo en cuenta que empecé a trabajar en el campo a los once años. El mismo, fue también el que causó las crisis de ansiedad de mi hijo mayor cuando, en el transcurso de su doctorado, trabajaba seis horas diarias en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), sin ningún tipo de remuneración económica. Recordé vagamente a los gitanos que venían desde Jaén a la vendimia, la emigración de mis tíos, los accidentes de mi padre en la construcción, y me impresionó la cantidad de bromas y de sentido del humor, que fueron necesarios para ocultar tanto sufrimiento.

Mi decisión de investigar sobre la triada: sufrimiento, trabajo y biomedicina, fue el resultado de los avatares teóricos y vivenciales descritos. El proceso reflexivo dio

lugar al establecimiento de unos escenarios de estudio donde poner a prueba la visibilidad del sufrimiento laboral. Para ello fue necesario superar la carga simbólica que acompaña a la medicina en la conceptualización del Estado de bienestar.

Si tradicionalmente las críticas al modelo biomédico se produjeron desde la filosofía y la antropología al destacar su función de control social y su carácter marcadamente etnocéntrico, a partir de la crisis económica han disminuido las voces críticas al estar más centradas en defender el derecho universal y gratuito a la sanidad. En nuestra opinión consideramos que esta defensa no debería resultar contradictoria con el mantenimiento de una literatura crítica que ponga al descubierto que al invisibilizar las causas sociales de la enfermedad, la medicina exonera al modelo socioeconómico de cualquier responsabilidad sobre la misma, señalando al individuo como único responsable de su salud. De esta manera, en muchos casos, se llega a confundir a la víctima, con el victimario. Esta *ideología de la salud*, surgió con el inicio del capitalismo y se fue normativizando hasta formar parte de un complejo entramado de regulación social.

Estructura de la tesis

Esta investigación es un mosaico de 7 capítulos, más los anexos. En ellos abordaremos distintas temáticas siguiendo el hilo conductor de las intersecciones entre medicina y sufrimiento laboral. Con ellos he pretendido componer un marco explicativo de los procesos de subjetivación, enfermedad y atención, desde un punto de vista antropológico. Los ejes del trabajo se fueron articulando sobre distintas temáticas que nos permitieron conocer mejor esta relación: el cómo, el porqué, su evolución y sus diferentes conceptualizaciones transhistóricas, personales y sociales. Comenzaremos por una aproximación teórica y metodológica, para a continuación hacer una exposición de los resultados cualitativos y cuantitativos que vinculan las intersubjetividades y las relaciones con el modelo socioeconómico y a la biomedicina con la práctica política derivada del mismo.

El capítulo primero se inicia con la exposición de los objetivos y la enunciación de las hipótesis planteadas. En él también expondremos los enfoques utilizados y las líneas metodológicas propuestas. La descripción de los objetivos, la taxonomía de las

hipótesis y la revisión y explicación de las técnicas empleadas, se complementarán con una descripción amplia del entorno geográfico y socio-laboral de la población y su relación con el contexto sanitario en el que se desarrollan nuestros análisis. No sólo para apuntar la relevancia del trabajo dentro de las consultas, sino también para aproximarnos a las diferentes formas de subjetivarlo por los pacientes.

El capítulo segundo, se trata de una fase exploratoria que se inicia poniendo de relieve la particularidad de la medicina occidental, al biologizar e individualizar el cuerpo, en relación con otros grupos culturales que presentan una concepción holista de los padecimientos. De ahí surgió la necesidad por diferenciar, dentro de la construcción simbólica de la enfermedad, los términos *disease* para referirnos al cuerpo objetivado, *illness* para hacer alusión a la vivencia subjetiva de la enfermedad y *sickness* para señalar la urdimbre sociopolítica y económica que la simboliza. La propia consideración del cuerpo, carece del significado universal atribuido desde Occidente, siendo a partir del nacimiento de la biomedicina cuando el sufrimiento humano pasó a transformarse en sufrimiento orgánico y disoció la historia de la enfermedad de la historia de la persona enferma. Pronto comprobé que esta fragmentación se inició y creció conjuntamente de la mano del positivismo y del capitalismo, contribuyendo tanto a su desarrollo como a silenciar las consecuencias del segundo sobre la salud.

Los trabajos sobre “Hipertensión laboral en tiempos de crisis”, realizados por el Servicio de Medicina Interna del hospital canario Doctor Negrín, y los realizados por la Fundación Española del Corazón, en los que se vincula el estrés laboral con el incremento de muerte por enfermedad cardiovascular, me pusieron en alerta sobre la posibilidad de que en los planes de prevención de la salud, no se tuviera en cuenta las consecuencias del sufrimiento laboral, lo que podría contribuir a ofrecer una visión más optimista que la real del modelo socioeconómico. No tardé en confirmar mis sospechas, cuando al analizar el “Plan Castilla- La Mancha + Activa. Por un estilo de vida más activo y saludable”, comprobé cómo la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de esta comunidad, animaba a los jóvenes (muchos de ellos desempleados) a ser emprendedores, practicar deporte y mantener una dieta saludable, omitiendo cualquier referencia a su situación laboral.

Cuando dejaba atrás la bata blanca en la UDC, volví la mirada a la convergencia del sufrimiento laboral de médicos y pacientes con la certeza de que la ideología del pensamiento positivo, fue desde sus inicios necesaria para consolidar el fordismo y alimentar, en el neoliberalismo postfordista, el sueño de las hipotecas suprime.

Una vez establecido el marco cultural (social, económico y político) en el que se desarrolla la biomedicina, pasamos a exponer el origen y el desarrollo de la medicina del trabajo. La revisión teórica es bastante extensa en cuanto a los campos temáticos se refiere, sin embargo más allá de la salud laboral como disciplina científica, nos hemos encontrado con una escasez de estudios sobre el objeto de nuestra investigación. Debido a ello ha sido necesario realizar un análisis antropológico sobre el concepto mismo de trabajo en una cultura cuyo núcleo central se establece sobre la idea de progreso, vinculada a un modelo productivo basado en el plusvalor. Este beneficio viene precisamente a través de la mercantilización de la fuerza del trabajo. Por ese motivo hemos realizado un recorrido histórico y analítico de los estudios específicos sobre la salud laboral a lo largo de la historia. Con ellos hemos pretendido aproximarnos a las diferencias transculturales en su conceptualización, con la finalidad de comprender el bagaje teórico y legislativo que caracteriza la historia de la medicina laboral en España. Este itinerario nos llevó a descubrir la alianza legislativo-asistencial entre la medicina y el orden económico y productivo. Esta unión supone en la práctica, un cruce de intersubjetividades médico-paciente sobre el nexo entre el sufrimiento y el trabajo y establece un ordenamiento económico-sanitario en aquellas enfermedades contingentes con Incapacidad Temporal (IT).

La parte cuarta es uno de los núcleos centrales de la investigación. En ella se profundiza en los análisis teóricos en relación a nuestros intereses, mostrando los hallazgos y discusiones en torno a los ejes analíticos del trabajo y del sufrimiento. La revisión teórica se desarrolla partiendo de las investigaciones sobre la carga de sufrimiento en el trabajo sufrida por las sociedades de cazadores recolectores, para a continuación extendernos en el precio en salud pagado por los trabajadores agrícolas. Escribir sobre este sufrimiento, supuso enfrentarse a la segmentación transhistórica y geográfica de las elaboraciones y al silencio y opacidad de las condiciones laborales asociadas al trabajo agrícola. En este apartado exponemos cómo la salud laboral

converge en sus inicios y camina de la mano de los procesos de industrialización iniciados en Europa, quedando al margen de la medicina social el trabajo realizado en la agricultura. Más adelante hacemos una exposición del cambio iniciado con el trabajo asalariado en la industria, el cual determinó nuevas formas de gestionar el sufrimiento laboral y también nuevos procesos de subjetivación. Partiendo del taylorismo y continuando con el fordismo, analizamos las peculiaridades de estos modelos productivos en nuestro país, impuestos por la autarquía franquista, así como del éxodo rural producto de la mecanización del campo. El resultado de las nuevas formas de organización en el trabajo, supuso el inicio del consumo de masas en España. A continuación analizaremos el sufrimiento laboral producto de la crisis económica, donde hemos pasado del pleno empleo a un desempleo crónico y sin precedentes. Revisamos también la literatura científica que analiza los efectos sobre la salud, de la crisis económica y de la Reforma Laboral del 2012, sobre todo en lo referente al paro, al subempleo y a la pobreza, cuyas consecuencias se hacen sentir sobre el desarrollo de los niños en forma de exclusión social y marginación. Ante este panorama nos hemos preguntado sobre la función de los procesos de medicalización de las víctimas y el papel de la biomedicina en este escenario, al mismo tiempo que hemos puesto de manifiesto la dificultad de sacar a la luz las cifras de suicidio por motivos laborales. Al contrario de lo que sucede en otros países de Europa, como por ejemplo en Francia, en nuestro país se produce una tendencia al sigilo frente a las dramáticas circunstancias de la autolisis, vinculándola a la labilidad psicológica individual y últimamente, a una predisposición genética.

Por último nos centraremos en los procesos donde se articulan las prácticas de subjetivación que predisponen a los trabajadores hacia determinados modos de actuar y de pensar-se. Consideramos estas prácticas como dispositivos con capacidad de actuar sobre la manera de relacionarse con el trabajo. Sus efectos sobre el sufrimiento laboral, en muchos casos, terminarán considerados como variables no sujetas a la propia voluntad.

Los capítulos siguientes poseen un marcado acento etnográfico. En ellos nos fuimos adentrando en los escenarios laborales, históricos, económicos, políticos y sanitarios en los que confluyen el trabajo y el sufrimiento de los actores sociales. A la

vez, y en interacción con lo anterior, penetramos en la singularidad de lo personal como espacio donde se dota de significado al sufrimiento laboral. A través de las conexiones temáticas establecidas en cada capítulo, visibilizaremos la interdependencia entre lo individual y lo colectivo, lo subjetivo y lo político.

En un intento por recoger la diversidad de las relaciones y lo coral de los relatos, las instancias y los actores que conforman esta narrativa son muy numerosos. O al menos tanto como se establecen en el espacio social y simbólico que envuelve el binomio trabajo-sufrimiento. Una amplitud que nos posibilitará una mejor comprensión del fenómeno y el acercamiento entre lo subjetivo-*illness*, lo objetivo-*disease* y lo social-*sickness*. La secuencia en la ordenación de los capítulos, sólo obedece a la mejor comprensión y al mejor análisis de los contenidos y a dotar de sentido las causas y las consecuencias de la relación entre el contexto histórico y político de la medicina y el modelo económico iniciado en el capitalismo. Estas dimensiones de la realidad, como podrá comprobarse, son momentos históricos, políticos, económicos y experienciales que se superponen.

Finalmente presentamos los resultados, cualitativos y cuantitativos, de nuestra investigación. En ellos aparecen reflejados el grado de relevancia que médicos y pacientes dan al trabajo como un elemento intrínsecamente vinculado con la salud, así como las recomendaciones que consideramos oportunas a la luz de los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

En el anexo número 12 podemos encontrar las voces de parte de los protagonistas de nuestro estudio. Escucharlos a través de los archivos de audio, contribuyó a guiar mis pasos y a reafirmarme en la necesidad de esta investigación. Por último, esta etnografía ha pretendido evitar los sesgos androcéntricos de otros estudios. Ha sido por ello que se han recogido las voces de los informantes, mujeres y hombres, procurando una visión no androcéntrica. A través de ella, se ha eliminado el carácter subalterno que han adoptado las mujeres en buena parte de las investigaciones etnográficas realizadas hasta la segunda mitad del siglo XX.

CAPÍTULO I. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS. EL CONTEXTO DE ESTUDIO A ESTUDIO.

1.1 Objetivos.

El sufrimiento laboral es un campo de observación privilegiado para el estudio de las intersecciones entre la biomedicina o modelo médico hegemónico y su marco de referencia histórico iniciado de la mano del capitalismo.

El objetivo de esta investigación es profundizar en la comprensión del sufrimiento laboral y aproximarnos a la atención que, desde la medicina occidental, se presta a este tipo de padecimientos.

Desde un punto de vista antropológico, el cuerpo adquiere significados diferentes dependiendo de la cultura en la que se encuentre, caracterizándose su conceptualización en la sociedad occidental, por la ruptura de la percepción holística que lo ha caracterizado en las sociedades precapitalistas. En ellas adquirió su significado dentro de la constelación de interacciones establecidas dentro del grupo, en el que la individualidad carece de sentido a favor de las lógicas establecidas en el devenir de la vida colectiva.

El nacimiento del individuo, con un proyecto separado del grupo, surgió en el Renacimiento y se consolidó con el modelo económico y social de la revolución industrial. Esto supuso que las personas dejaran de ser miembros inseparables del gran cuerpo social al que pertenecían, para establecer un proyecto personal articulado en

torno al nuevo orden económico. Este cambio de mentalidad, se vio reflejado en la distinción, científico-ontológica, entre cuerpo y persona realizada desde la medicina social. Fue a raíz del proceso de industrialización, cuando las nuevas miradas y tecnologías clínicas fueron despojando al cuerpo de su estatus medieval/feudal y pasaron a considerar al hombre como un ser biológico y productivo. Desde entonces comenzaron a aplicarse las primeras tecnologías de higienización, corrección, medicalización y escolarización. La medicina contribuyó así, a conservar y preservar la recién creada masa salarial y a desarrollar un nuevo orden productivo basado en el comercio y la manufactura.

Años más tarde, el nuevo diseño económico que procedió a la trituración de los oficios, desarrolló las estrategias sanitarias necesarias para hacer posible su consolidación. Para ello fue necesario el establecimiento de un marco legislativo y el desarrollo de una atención sanitaria, en la que se mezclaran funciones policiales, higiénicas y administrativas. La mirada médica quedó diseñada desde el nuevo orden fabril con la finalidad de consolidar el capitalismo recién estrenado, sin negar con esta afirmación los beneficios de la biomedicina para las clases más desfavorecidas. Con este cambio de paradigma se sustituyó la hegemonía teológica sobre el cuerpo por la supremacía de la evidencia científica. Desde estos postulados las narrativas de aflicción de los enfermos, pasaron a ser sustituidas por los resultados de pruebas bioquímicas, radiológicas y, más recientemente nucleares. A partir de entonces las enfermedades pasaron a entenderse como disfunciones biológicas categorizadas a partir de su resignificación cultural adquirida desde la evidencia empírica. Con este proceso, se dio paso al nacimiento de un nuevo marco científico y cultural, tanto de la enfermedad como de la medicina.

Este espacio constituye el soporte epistemológico para el desarrollo de nuestra investigación y quedará establecido a partir de la antropología médica, dado su potencial para entender el abordaje del sufrimiento laboral desde una crítica al determinismo biológico de la medicina.

Este nuevo ordenamiento supuso la independencia de los procesos biológicos del contexto histórico y social y fue el componente necesario para silenciar las causas socio-económicas implicadas en el desarrollo de la enfermedad. La función principal de

la medicina consistió, desde sus inicios, en retornar el funcionamiento biológico a su normalidad a partir de micro unidades biológicas de observación. Sin embargo desde un punto de vista antropológico, la vida, el trabajo, la enfermedad, la muerte, el sufrimiento y la propia medicina, no pueden entenderse con independencia de la cultura en la que se producen y se re-producen. Es por ello que a la microscopía de la biomedicina, añadiremos una ampliación holista focalizada en la biografía y la historia laboral, uniendo a la noción de unicausalidad biomédica una perspectiva antropológica de redes multicausales que tengan en cuenta los factores socioculturales en los que se produce la enfermedad. En otras palabras, analizaremos la importancia que desde la medicina se le da al trabajo como actividad que no es neutral para la salud, pues como afirmó Dejours, (2009), o bien la perjudica o bien la favorece.

En este marco hemos distinguido los términos *disease*, *illness* y *sickness*, para hacer referencia respectivamente a la dimensión biológica, subjetiva, cultural y social de la enfermedad. Consideramos que el desarrollo de las tecnologías biomédicas suponen una apuesta por la evidencia, a costa de la escucha detenida y atenta del relato —*illness*— del paciente. Es por ello que para el desarrollo de la investigación, hemos recuperado la voz de los enfermos, no sólo por razones metodológicas, sino por una cuestión analítica e interpretativa. Así mismo hemos considerado que la progresiva vinculación de lo patológico al espacio de los órganos ha conducido a la atomización en sub-especialidades de la medicina. Esto se ha producido a costa de relegar su orientación humanista a espacios decididamente subalternos. Por este motivo, siguiendo el ejemplo de etnografías previas, como fue la realizada en Alto do Cruzeiro por Nancy Scheper-Hughes, pretendemos conocer la importancia que, para médicos y pacientes, adquiere el sufrimiento laboral, a la hora de prevenir, conocer, analizar, e interpretar las enfermedades. Partiendo de estos presupuestos, la hemos comparado con la atención prestada a la dieta, al consumo de alcohol y/o tabaco, o a la práctica de ejercicio físico. Cuestiones sobre las que desde hace más de medio siglo, se han establecido los criterios de lo que se ha dado en llamar, *estilo de vida saludable*.

El último objetivo de esta investigación es poder analizar antropológicamente los factores económicos, culturales y situacionales, relacionados con la percepción del trabajo como factor intrínsecamente relacionado con la salud. Todo ello analizado tanto

desde la práctica médica, como a través del relato de los pacientes. Esta búsqueda nos permitirá acercarnos a la vinculación entre salud y enfermedad por un lado, y medicina y práctica política por el otro.

Como se ha mencionado en la introducción, en la investigación confluyen dos líneas metodológicas complementarias; por un lado el trabajo de campo realizado mediante observación participante dentro de las consultas, y por el otro la aplicación de un cuestionario a una selección de informantes, mediante la realización de un muestreo probabilístico. La pretensión de este planteamiento ha sido la de evitar la fuga de datos y aumentar la precisión de los resultados de la investigación.

Para el logro de los objetivos generales, nos hemos propuesto alcanzar los siguientes objetivos específicos:

1. Explorar dentro de las consultas la relevancia que adquiere el trabajo en la elaboración y el seguimiento de las historias clínicas de los pacientes.
2. Conocer el ordenamiento que los actores sociales, médicos y pacientes, efectúan sobre la causalidad de los padecimientos, en una secuencia que iría desde su origen biológico, a las causas laborales, económicas y sociales.
3. Explorar si en el espacio en el que se produce la comunicación medico/paciente, adquiere relevancia el contexto de la enfermedad. Con ello hemos pretendido averiguar si se tiene en cuenta a la hora de establecer su etiología, el posible origen laboral de la misma.
4. Averiguar si se producen diferencias de enfoque entre pacientes y médicos a la hora de exponer e interpretar las narrativas de aflicción.
5. Constatar el interés de los médicos por identificar el origen laboral de las patologías, analizando las recomendaciones efectuadas a los pacientes en este sentido.
6. Averiguar si la relación médico/paciente establecida por las mutuas y los EVIs es diferente a la establecida con los médicos del SESCAM. Para ello nos serviremos de la valoración llevada a cabo por los pacientes en los cuestionarios.

7. Demostrar que los efectos del trabajo se encuentran infravalorados, tanto por los pacientes como por los médicos.
8. Conocer si los pacientes establecen alguna correspondencia directa entre el deterioro de su salud y la actividad laboral realizada a lo largo de su vida. Así mismo, pretendemos averiguar si en sus narrativas, se producen diferencias en el relato establecido dentro y fuera de las consultas.
9. Determinar el grado de aplicación del RD 299/2006, de 10 de noviembre por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Prestaremos especial atención al artículo 5 referido a la comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales, en el que se establece:

“Cuando los facultativos del Sistema Nacional de salud, con ocasión de sus actuaciones profesionales tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad [...] cuyo origen laboral se sospecha, lo comunicarán a los oportuno efectos a través del organismo competente de cada comunidad autónoma [...] a la entidad gestora [...] y en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales.”

10. Proponer nuevas líneas de actuación en base a los resultados obtenidos.

1.2 Hipótesis

1. El trabajo es una actividad intrínsecamente relacionada con la salud, a la cual puede favorecer o perjudicar, dependiendo de múltiples factores, entre los que destaco: el esfuerzo físico realizado, las exigencias productivas, el uso de sustancias peligrosas, el tiempo dedicado, las nuevas formas de flexibilidad, las tecnologías de la comunicación y de la información, los mercados desregularizados y el desempleo.

2. La idea de libertad en la elección y el mantenimiento del trabajo, determina que se naturalicen sus consecuencias sobre la salud, y contribuye a silenciar sus efectos en las narrativas de aflicción de los enfermos.
3. La biomedicina, al focalizar su atención en aspectos puramente biológicos, colabora a través de la tecnología y la farmacología, a silenciar las causas laborales de la enfermedad. Los pacientes, por su parte, tienden a biologizar sus padecimientos en respuesta a las demandas establecidas desde el modelo médico hegemónico.
4. Los médicos tienen conciencia por su propia trayectoria laboral, de que el trabajo no es neutral para la salud, pero al mismo tiempo consideran que el daño o el beneficio que pudiera producir, son aspectos sobre los que no puede ejercer ninguna acción correctora.
5. El determinismo biológico contribuye a ocultar los efectos del trabajo sobre la salud, tanto de los pacientes como de los médicos.
6. El amplio arsenal legislativo desarrollado con la finalidad de proteger la salud de los trabajadores, no garantiza su cumplimiento. La realidad es que la normativa muchas veces no se cumple, y en ocasiones obliga a que los enfermos aporten la carga probatoria de la enfermedad. Esto ocurre de manera privilegiada en la atención al paciente prestada por las mutuas y los EVIs.
7. La reforma laboral de 2012, ha incrementado el *presentismo laboral* con la finalidad de ocultar la enfermedad para evitar situaciones de IT. Consideramos que en esta situación ha podido influir la modificación del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores, posterior a la reforma de 2012, por establecer la posibilidad de despido después de haber padecido situaciones de IT.

1.3 Estrategias metodológicas

1.3.1 Unidades de análisis.

Las unidades de análisis que paso a exponer han servido para estructurar la agenda del trabajo y han sido el vademécum para la búsqueda de información y la configuración de

los datos. A lo largo de la investigación, algunos de ellos adquirieron tonalidades diferentes. Cito como ejemplo, el hecho de pasar a contemplar el sufrimiento laboral de los médicos que han participado en nuestro estudio. Estas unidades las vamos a presentar agrupadas en dos núcleos, que si bien pertenecen al mismo espacio cultural, constituyen en sí mismos posiciones muy diferenciadas: el establecido por el personal médico-hospitalario y el de los enfermos atendidos en los diferentes servicios médicos de nuestra investigación.

1. Sector médico-hospitalario:

- Representaciones y prácticas en torno al sufrimiento laboral.
- Relación entre el personal sanitario y los pacientes.
- Indagaciones del personal médico, en torno al trabajo de los pacientes.
- Indagaciones del personal médico, en torno a otros aspectos no relacionados con el trabajo.
- Atribuciones etiológicas sobre los padecimientos del paciente.
- Comunicación clínica bidireccional: *disease/ illness/ sickness*.

2. Sector pacientes-familiares:

- Representaciones y prácticas en torno al sufrimiento laboral.
- Relación entre los pacientes y el personal sanitario.
- Atribuciones/etiología de sus padecimientos en relación con sus actividades laborales, ya sean éstas pertenecientes al pasado o al presente.
- Comunicación clínica bidireccional: *disease/illness/sickness*.

1.3.2 Actores sociales.

La población objeto de nuestro estudio está constituida por: pacientes, médicos y personal asistencial, de la Unidad de Psiquiatría (UP), del Hospital General de Tomelloso, Unidad de Dolor Crónico (UDC), del Hospital Mancha-Centro y de una

Unidad de Atención Primaria (AP), del Centro de Salud Tomelloso 2. Todos los pacientes pertenecen área de influencia del Hospital Mancha-Centro y del Hospital General de Tomelloso, por lo que el estudio sistemático y la urdimbre de esta investigación quedarán articulados en torno a estos centros sanitarios. No obstante son múltiples los actores sociales, tanto de carácter individual como institucional, que han intervenido en nuestro trabajo. Esto ha sido debido a los contextos, habitualmente plurales, en los que se configura el universo laboral de las personas. El trabajo forma parte de la vida y contribuye a la creación de un tejido cultural de carácter polifacético, derivado no sólo de la acción física y/o mental que requiere, sino del contexto socio-económico que lo produce. Como no podía ser de otro modo, dadas las características de la muestra, han sido muchos los enfermos que han quedado fuera de esta investigación, en atención a ellos vamos a describir minuciosamente la zona de nuestro estudio, al menos en lo que al ámbito laboral se refiere.

La selección del área geográfica, en concreto las poblaciones pertenecientes al área de influencia del Hospital Mancha Centro y del Hospital General de Tomelloso, ha venido determinada únicamente por ubicarse el domicilio familiar de la investigadora en Tomelloso, localidad que se encuentra a 32 km de Alcázar de San Juan, cuyo hospital cuenta entre sus prestaciones con una UDC. Este servicio resultaba, junto con el de la UP y AP, esencial para llevar a cabo la investigación. De todos modos, atendiendo a las hipótesis planteadas, no consideramos de especial relevancia la elección de la zona, habida cuenta de que entendemos que el sufrimiento laboral es independiente de las cuestiones relacionadas con el ámbito geográfico. No tardamos en darnos cuenta de que las peculiaridades económicas de la comarca, sobre todo en lo relacionado con el mercado madrileño de la construcción, nos aportaban una perspectiva transgeneracional, que ha contribuido de manera notable a entender y a ampliar el escenario de nuestra investigación.

Como podemos observar en el apartado referido al contexto geográfico, buena parte de la población realizó trabajos agrícolas, cuando todavía este sector no se encontraba mecanizado. Estas mismas personas formaron parte del éxodo migratorio producido por la mecanización del campo, y contribuyeron con su trabajo a urbanizar la periferia de las grandes ciudades, principalmente la de Madrid. Hasta el estallido de la

burbuja inmobiliaria, dos generaciones de trabajadores habían participado en las obras de la metrópoli, caracterizadas en las dos últimas décadas por las subcontratas y los destajos. La agricultura (vendimia y aceituna), el comercio y la pequeña industria, fueron sectores a los que también se incorporó la población femenina local. A pesar de ello, y al igual que había ocurrido en el resto de la geografía española, fueron los sectores de la confección y el de los cuidados, los que se encontraron más feminizados.

Actualmente, como en el resto del país, el área de nuestro estudio se ha visto gravemente afectada por la crisis debido a su alta dependencia económica del sector inmobiliario. El desempleo, los trabajos precarios y la inmigración, han vuelto a ser los escenarios laborales de una zona sin apenas tejido productivo para hacer frente a su tradicional dependencia del ladrillo.

Debo aclarar, que ni la edad, ni el sexo de los actores sociales, han adquirido especial relevancia en nuestro trabajo y ello ha sido por dos razones; en primer lugar, porque el interés de la investigación se ha centrado en averiguar la relevancia del trabajo para la salud a partir de las indagaciones de los médicos y de las atribuciones realizadas por los pacientes; y en segundo lugar, por la necesidad de acotar el objeto de estudio, ya que de no hacerlo así, nos hubiéramos enfrentado a los problemas derivados de la dispersión de los datos y la confusión.

1.3.3 Escenarios de la investigación.

Trabajar en un centro sanitario, implica una toma de decisiones metodológicas diferentes a cuando el trabajo se realiza en otros escenarios etnográficos. Entrar en una consulta supone sumergirse en el complejo universo de una institución sanitaria. Por esta razón la primera dificultad vino motivada por la gestión de los permisos necesarios para hacer posible nuestra investigación. Después de haber obtenido la autorización del Comité de Ética e Investigación Científica (CEIC), recogida en el documento número 2 del anexo, fue necesario convencer de la pertinencia de nuestro trabajo a los responsables de las unidades médicas en las que pensábamos realizar la investigación. A todo lo anterior debemos añadir que el acceso siempre implica el acatamiento, tanto de las normas del centro, como de las dinámicas particulares de cada consulta, lo que en mi

caso y debido a mi propia historia personal como paciente, supuso la dificultad añadida del cambio de rol que suponía sentarme al otro lado de la mesa. De este modo, durante varios meses, valoré si era conveniente para mi propia estabilidad emocional ponerme la bata blanca y situarme en un espacio simbólico, tan cercano como desconocido para mí. Después de analizar minuciosamente las posibilidades relativas a la recogida y al posterior análisis de la información, tomé la decisión de embarcarme en esta aventura y comencé a valorar las posibilidades para la investigación de las diferentes especialidades clínicas que se ofertaban en los centros hospitalarios de la zona. En cuanto a la elección de los servicios médicos, las secuelas producidas por el trabajo las podríamos haber encontrado en las consultas de traumatología, oftalmología y neumología, solo por citar algunas, pero es bien conocido que cualquier investigación debe acotarse en sus hipótesis, objetivos y también en el contexto. Ni siquiera las investigaciones sociológicas más ambiciosas, pueden abarcar lo inconmensurable, cuanto más una investigación antropológica caracterizada, tanto por la observación unipersonal, como por la precariedad de medios económicos, materiales y humanos.

Finalmente la elección de los escenarios de estudio vino motivada, en el caso de la UDC, por la relevancia que podían presentar para nuestra investigación las narrativas de sufrimiento de sus pacientes. Partiendo de que la Unidad no atendía ni a los pacientes pediátricos ni a los oncológicos, nos encontraríamos con personas con un historial clínico de sufrimiento dilatado en el tiempo, cuyo recorrido, comenzó y discurrió, por diversas especialidades médicas hasta terminar literalmente depositadas en la UDC. Los pacientes esperan encontrar en ella una respuesta a pluripatologías, cuyo síntoma más relevante es el dolor crónico de difícil manejo clínico. Consideré la posibilidad de que parte de la historia clínica de estos enfermos, se hubiera construido con elementos pertenecientes a su ámbito laboral, tanto próximo como remoto.

En cuanto a los pacientes psiquiátricos, Dejours (2009a, 2009b), ya nos advirtió del incremento de las patologías mentales relacionadas con el trabajo en los últimos 10 años, poniendo su énfasis en los efectos de la precarización laboral sobre la salud de los trabajadores. Entre ellos destacó: el aumento del sufrimiento subjetivo, el incremento del individualismo, el silenciamiento, la ceguera y la sordera, ante el sufrimiento laboral; el propio y el ajeno. Por este motivo consideramos que la consulta de

psiquiatría podía aportarnos datos fundamentales para alcanzar nuestros objetivos de estudio. Por otro lado la psiquiatría como especialidad, ofrece la ventaja de ser un servicio que hace de la narrativa su herramienta de trabajo al no precisar por lo general, pruebas anatomoclínicas para establecer un diagnóstico. Ello no implica una excepción en la conceptualización de la MBE, pero aun así, ofrece la posibilidad de que el afligido establezca en su narrativa un abanico de datos, entre los que pudiéramos encontrar aspectos relacionados con su actividad laboral.

Respecto al servicio de AP, nos pareció un lugar destacado en cuanto a la relación médico-paciente se refiere. El conocimiento mutuo establecido a lo largo de los años, unido a la atención transgeneracional, lo sitúa en un lugar privilegiado para el establecimiento de un marco referencial en la relación médico-paciente. A pesar de lo dicho, es preciso reconocer que esta relación se está viendo seriamente deteriorada debido a la presión asistencial. En el momento de realizar nuestra investigación, el médico atendía a unos tres pacientes cada 10 minutos. Esto en ocasiones provocaba la impaciencia de los enfermos que esperaban para ser atendidos y alargaba la jornada laboral del médico. La ausencia de recursos técnicos, en este caso, puede ser ampliamente compensada por la ventaja de conocer el contexto socio-familiar de los enfermos. A ello debemos unir la ventaja derivada de la facilidad de acceso y el incremento de las posibilidades comunicativas en relación al resto de especialidades médicas. También es verdad, como lo demuestran los estudios realizados por Girón, Beviá, Medina y Talero (2002), que en los últimos años muchos médicos de AP, se sienten insatisfechos con un papel a medio camino entre el especialista y el curandero, sirviendo en no pocas ocasiones, como dispensadores de recetas para satisfacer la demanda de los enfermos. Esta demanda, a nuestro juicio, ha sido generada por el propio sistema público de salud, desde el que guiados por el catecismo de las multinacionales de la farmacia, se han generado en los pacientes excesivas expectativas sobre las posibilidades terapéuticas de los fármacos.

Por otro lado, los médicos también han sufrido las consecuencias de la crisis económica en su devenir profesional. Uno de los informante de Girón y Beviá (2002), lo expresaba con estas palabras:

“La actitud ante estas carencias es de resignación (hacer lo que se puede), se asumen como factores inmodificables y se trata de que los pacientes también lo acepten así (una actitud de reivindicación del paciente, incluso de aquellas cosas que se perciben como razonables, es una fuente de tensión e inseguridad). Dadas estas carencias de recursos, el médico tiende a atrincherarse en el terreno biomédico y en la atención puntual (si se ve al paciente en una ocasión mejor que dos, si no vuelve, mejor), aunque sabe que los pacientes están en otra onda.” (p.565).

A pesar de que los médicos de AP valoran la confianza mutua, los autores afirman que: “el término confianza suele enmascarar el deseo de contar con la docilidad del paciente, y el de respeto suele remitir al deseo de mantener la distancia social” (Girón, Beviá, Medina y Talero, 2002, p.566). Con todo ello el médico de AP, a pesar de conservar pocos elementos en común con el antaño médico de cabecera, sigue manteniendo un potencial de cercanía que resulta de gran interés para nuestro trabajo.

Una vez seleccionadas las unidades de estudio y teniendo en cuenta el objetivo de averiguar la influencia y la visibilidad del daño laboral en el ámbito biomédico, inicié los trámites administrativos para permanecer como observadora participante, durante un periodo de 6 meses en cada una de las unidades médicas mencionadas. De ese modo pude disponer de 18 meses de trabajo de campo para completar, tanto la fase de recogida de datos para la investigación cuantitativa, como el acercamiento a nuestro objeto de estudio a través de un enfoque holístico. Esta aproximación determinó la investigación cualitativa, tan relevante para la obtención de información como la primera.

1.3.4 Diseño de la investigación

En este apartado pondremos de relieve tanto las lógicas como las condiciones que han rodeado la recogida de información. En él daremos cuenta de las técnicas que hemos utilizado y justificaremos la necesidad de su uso. El apartado se inicia con una exposición de motivos y con el diseño final de la investigación, indicando los tres

escenarios en los que la misma se ha desarrollado, así como los actores sociales, médicos y pacientes, que han formado parte de este trabajo.

A la hora de embarcarse en un estudio antropológico, todo investigador se ve obligado a seleccionar las estrategias metodológicas de las que dependerá el tipo de datos que su investigación producirá. En esta decisión, influye de manera inevitable la propia biografía del responsable de la investigación.

Cualquier estudio comienza con un interrogante que suscita la motivación necesaria para realizar indagaciones durante un periodo prolongado de tiempo. En nuestro caso, hablar de sufrimiento en el trabajo más allá de la contingencia de accidente o enfermedad profesional, supone hablar de un proceso en el que interviene una multiplicidad de relaciones causa-efecto, entre el propio trabajador y sus intereses/necesidades económicas o familiares, el momento histórico en el que se articula su actividad laboral, y la actuación de la medicina, si es que ésta llegara a producirse.

Por otro lado, pocos fenómenos sociales son tan universales como el trabajo. Es por ello que he procurado, tanto a través de los cuestionarios, como a través del trabajo de campo, recuperar un discurso multivocal que me permitiera, utilizando las herramientas metodológicas de la antropología, radiografiar las secuelas del trabajo en los informantes y averiguar cómo las mismas son re-interpretadas y re-definidas, tanto por los médicos como por los trabajadores.

Christophe Dejours (2009b), nos advierte de que el trabajo no es neutral para la salud, pues o bien la beneficia o por el contrario ejerce un efecto negativo sobre ella. Si consideramos su universalidad transhistórica, podemos apreciar el interés por determinar los modos en que su influencia es considerada, tanto por la biomedicina, como por los pacientes. Debo destacar que en la actualidad existen pocos conocimientos acerca de fenómenos tan complejos como los que menciono, de ahí nuestro interés en llevar a cabo un estudio sobre el tema.

Si bien la antropología médica posee un notable desarrollo teórico, tanto la escuela norteamericana como la europea, han centrado sus estudios en una crítica radical al modelo biomédico, olvidando la influencia de dicho modelo en las

subjetividades de los afligidos. Si acaso, ha sido Nancy Scheper Hughes (1997) en su obra *La Muerte sin Llanto*, la autora que mejor ha ilustrado el tema de la reformulación de los síntomas y sus causas a partir de las intersubjetividades de médicos y pacientes.

Velasco y Díaz de Rada (1997) sostienen que toda investigación pasa por la auto-instrumentación del investigador. Esta afirmación, por otra parte indiscutible, se hace más patente en el caso de la antropología médica debido a que por sus propias características el sufrimiento humano, en mayor o menor dosis y en sus diversas manifestaciones, suele formar parte del objeto de estudio.

En este sentido el interés personal surgió, como ya expuse en la introducción, al sospechar que determinados acontecimientos relacionados con la pérdida de la salud y/o con la muerte de algunos de mis seres más queridos, no fueron producto de la casualidad, el destino o de la fragilidad biológica. Esta duda, que también abarcaba a mi propia salud, fue determinante a la hora de apostar por diferentes modelos de recogida de datos. De esta manera, desde el inicio de la investigación, tomé la decisión de añadir al trabajo de campo otras técnicas que me permitieran objetivar y cuantificar los datos mediante el análisis estadístico de los mismos. Numerosos autores han recomendado los cuestionarios o las historias de vida como procedimientos metodológicos adicionales al trabajo de campo. En mi caso opté por los primeros, por la ventaja que me ofrecía la versatilidad de la estadística inferencial, teniendo en cuenta además, que se trata de una etnografía multisituada. En este sentido quiero puntualizar, que más allá de lo novedoso de la técnica, la incorporación de varias localizaciones en el trabajo de campo (UDC, UP y AP), me va a posibilitar extrapolar el resultado de la muestra a la población usuaria de los servicios médicos estudiados, superando de este modo las limitaciones de una etnografía mono-local.

El proceso de trabajo ha consistido en una serie de fases interconectadas establecidas después de identificar el problema de la investigación. Estas etapas se iniciaron con la recopilación de información antropológica sobre aspectos tan determinantes para nuestro estudio, como fue la urdimbre sobre la que se teje la vinculación entre la biomedicina y el trabajo. En realidad tratábamos de conocer el tejido sanitario y subjetivo en el que se dibuja, o se desdibuja, la salud laboral de las personas. En esta fase, que duró 18 meses, también establecimos encuentros con

aquellas personas que podían enriquecer nuestras informaciones, entre ellas destacamos: dos especialistas en medicina del trabajo, un inspector médico, el responsable de salud laboral de un centro hospitalario, un inspector de trabajo y el responsable de salud laboral de un sindicato mayoritario. Esta información fue clave para solicitar los permisos necesarios y comenzar a realizar el trabajo de campo como observadora participante en un contexto etnográfico multisituado.

Con estos planteamientos envié el proyecto de investigación al CEIC del Hospital Mancha Centro y al responsable de investigación del Hospital General de Tomelloso, que compartía con el de Alcázar de San Juan, el mismo CEIC. Debo aclarar que se me indicó que era la primera investigación antropológica que se realizaba en ambos hospitales, lo que pudo influir en que se me pidieran aclaraciones previas antes de darme el visto bueno definitivo, lo que ocurrió el día el 26 de junio de 2013, (Acta número 0613). A partir de ese momento tenía el camino de acceso despejado, aunque fue preciso convencer antes de iniciar nuestra investigación, a la responsable del servicio de anestesiología y de la UDC del Hospital de Alcázar de San Juan, a la coordinadora de UP del Hospital General de Tomelloso, y a la coordinadora de AP del Centro de Salud nº2 de la misma localidad. En las conversaciones que mantuvimos les expuse la necesidad de contar con las aportaciones de las ciencias sociales en general y de la antropología médica en particular, al ser herramientas de formación e información sobre cuestiones que podían resultar relevantes para su práctica profesional. Les comenté las múltiples posibilidades para recabar información que les ofrecería abrir los servicios hospitalarios a la realización de tesis doctorales o a la colaboración con entidades universitarias. Es justo reconocer, como ya lo hice de forma extensa en el apartado de agradecimientos, que todos los profesionales me abrieron sus consultas y me brindaron en ocasiones, espacios de amistad que todavía perduran. Fue así como una mañana de septiembre de 2013, siguiendo las instrucciones de la jefa de servicio de la UDC, me introduje en una bata blanca y comencé a compartir con ella, la mesa que me separaba de los enfermos. Después hice lo propio, en la UP del Hospital de Tomelloso y en el Centro de Salud nº2 de la misma localidad.

Una vez seleccionadas las unidades de estudio y después de haber obtenido los permisos que me permitirían permanecer como observadora participante dentro de las

consultas, realicé el trabajo de campo durante 6 meses en cada unidad en horario de mañana, hasta concluir la fase de recogida de datos para la investigación. Este acercamiento nos permitió el análisis cualitativo de los datos, tan relevantes para la investigación como el análisis estadístico de los mismos.

1.3.5 Estrategias metodológicas y rol del investigador.

Las estrategias metodológicas que se han empleado se han seleccionado atendiendo a las características y a la amplitud de nuestro objeto de estudio, al escaso grado de conocimiento que existe sobre el mismo, a las características de la población y de los escenarios en los que se realiza la investigación y en gran medida, al alcance teórico que se pretende dar a los resultados.

Las consultas son entornos donde se gestiona lo más preciado de la vida de las personas, sobre todo cuando se ha perdido, me refiero a la salud. Al mismo tiempo se trata del bien más depreciado cuando se posee, pues al ser la salud el estado biológicamente natural de los seres vivos, pasa terriblemente inadvertida cuando se tiene. Por otro lado los informantes adquieren comportamientos particulares, según se encuentren a uno u otro lado de la mesa. Estos vendrían definidos por la propia dinámica asistencial y por la perspectiva biomédica que determina, en la mayoría de los casos, los procesos de atención, relación y tratamiento.

1.3.6 Observadora participante.

La especificidad del proceso investigador de toda disciplina, tanto de las ciencias sociales como de las experimentales, no viene determinada tanto por las técnicas, como por la mirada del investigador. En mi caso esta mirada podríamos representarla, como la del nativo transformado en antropólogo.

Si bien mi perspectiva como paciente es claramente una perspectiva *emic*, mi posición simbólica me situó en un espacio claramente delimitado por la bata, la mesa, el ordenador y el rol que ocupaba en ese momento. Ello, lejos de constituir un obstáculo, sirvió para focalizar espacios teóricos y de análisis específicos. Es justo aclarar que los

primeros días fueron dedicados a habituarme a un escenario biográficamente hostil y a familiarizarme con los que en adelante se convertirían en mis compañeros de trabajo y algunos de ellos, mucho más tarde, también en mis amigos.

Ser a la vez *nativa* y antropóloga, me facilitó la aproximación a la categorización del sufrimiento laboral desde el punto de vista del médico y de los pacientes, y aproximarnos a sus diferentes formas de expresión en el escenario de la consulta. La perspectiva *emic*, según la entendió Malinowski (1986), nunca será posible a pesar de los intentos del antropólogo en aprehender el punto de vista del nativo y llegar hasta su visión del mundo. Nigel Barley (2012), pasó dos años conviviendo con los dowayos en Camerún, pero como nos demuestra en su obra, *El antropólogo inocente*, las circunstancias y la naturaleza del pueblo dowayo, hicieron que su perspectiva fuera indiscutiblemente *etic*, o lo que es lo mismo, la de un antropólogo en busca de significados. En mi caso, mi situación liminar, me permitió entender y procurar dar una respuesta metodológica y a la vez empática, con el dilema ético y moral que conlleva trabajar con quienes conviven con el sufrimiento y/o la pérdida de la salud. A este respecto quiero aclarar, que con independencia de la temática que se trate, me posiciono con autores como Lisón Tolosana (2005), cuando afirman que la ciencia calla sobre el sentido y el significado de la vida, de su fragilidad o de la muerte, evitando hacerse preguntas sobre dilemas morales o emocionales. Por ello coincidí con el autor, en la necesidad de establecer una visión unitaria, antropológicamente hablando, para recuperar la epistemología en primera persona, rescatando, no sólo las palabras, sino también los colores, los gestos, los sonidos y las emociones de nuestros informantes.

Por otro lado, ser al mismo tiempo informante e investigadora me permitió compartir intersubjetividades, tanto con los enfermos como con los médicos, debido a que también sufrí como ellos los rigores de la presión asistencial y las innumerables dificultades que está suponiendo para la sanidad pública la crisis económica. No obstante, para evitar los sesgos personales, tomé las siguientes decisiones:

- Distanciarme de la temática en mi tiempo libre, dedicándome a la realización de actividades que nada tuvieran que ver con mi investigación. Debo aclarar que esta cuestión la conseguí solo parcialmente.

- Consultar con todas aquellas personas que pudieran aportarme alguna información relevante para responder a mis preguntas iniciales.
- Ser exhaustiva en la revisión bibliográfica, aun a costa de extender el marco teórico.

La principal ventaja de este periodo fue que me permitió acceder a un espacio simbólico y privilegiado de las intersubjetividades generadas en torno al dolor y a sus protagonistas: quienes lo sufren y quienes están encargados de aliviarlo. Por mucha información que me pudieran haber ofrecido los grupos de discusión o las historias de vida, la observación participante se ha presentado como la mejor forma de asistir en directo, al diálogo entre la encarnación del sufrimiento laboral y la biomedicina.

En torno a esta técnica se ha articulado toda la información de la investigación y ha sido a partir de la misma que establecimos el muestreo para la realización de las técnicas cuantitativas que forman parte de este trabajo. Gracias a ella he conocido la plasmación de las representaciones ideológicas –político-económicas– del sufrimiento laboral y su manifestación en un contexto histórico tan particular como es la crisis económica que padecemos desde 2008. Observar y participar dentro de las consultas, me permitió sumergirme y compartir las subjetividades que rodean la vida de los pacientes y de los médicos en su renovada rutina cotidiana. Pero esta técnica, como ya he apuntado, cuenta con la limitación de recoger información sobre acontecimientos del pasado, problema que se decidió solventar mediante la realización de cuestionarios y su posterior análisis cuantitativo, considerando las ventajas de generalización que presentan los mismos frente a las historias de vida. Ello no fue un obstáculo para aprovechar su aplicación y obtener toda la información complementaria que pudiera sernos de utilidad.

A través de la observación en las consultas, hemos podido recoger datos sobre lo verbal y lo silenciado, lo simbólico y lo social: la hora de llegada y salida del médico, el tiempo en la sala de espera, la exposición de motivos, el discurso médico, la relación con los fármacos, las historias clínicas, el ordenador, las conversaciones fuera de las consultas, la comunicación con el médico (con o sin paciente), la hora del café, las reuniones del equipo, el papel de los familiares, las dificultades económicas y de

transporte de los pacientes, cuando enferman los médicos, los efectos de la iatrogenia e incluso las experiencias ante situaciones imprevisibles. De todas ellas hemos intentado obtener toda la información que pudiera resultar significativa, y todas ellas esperamos que contribuyan a mejorarnos, tanto a nivel humano como académico.

Desde el principio fuimos conscientes de que la observación de las interacciones no siempre sería fácil. Era necesario articular el protagonismo del cuaderno de notas, con el protagonismo de los actores sociales, dada la imposibilidad de usar la grabadora dentro de la consulta. La mayor parte de las observaciones se realizaron sentada al lado del médico, prácticamente confundida con él.

La observación se organizó en tres fases diferenciadas:

- I Fase: Se llevó a cabo, de julio de 2013 a enero de 2014, en la UDC.
- II Fase: Se realizó, entre los meses febrero a julio de 2014, en la UP del Hospital General de Tomelloso.
- III Fase: Se desarrolló, entre los meses de julio de 2014 a enero de 2015, en la unidad de AP del Centro de Salud Tomelloso 2.

Para el registro de los datos, una vez descartado el uso de la grabadora en el contexto de la consulta, no así en el de las entrevistas, utilicé varios procedimientos, entre los que destaco el cuaderno de campo, que me acompañó en todo el proceso investigador y un diario personal que, si atendemos a su contenido, bien podría haberme puesto en más de un aprieto. Muchas veces entendí el revuelo causado con la publicación de los diarios de Malinowski (1989), que incluso han llegado a superar en número de lectores a la propia obra del autor. En ellos y en la grabadora recogí momentos de entusiasmo y desaliento, confidencias, promesas de abandonar y seguir adelante, afectos y desencuentros, y en algunos momentos la sensación de participar con mi complicidad silenciosa en situaciones delirantes. Todas ellas, las positivas y las negativas, han contribuido a mantener mi pasión por la antropología y a mejorarme como persona.

En cuanto a los cuadernos de campo puedo afirmar, que si el diario fue mi memoria emocional, los cuadernos fueron la lente de observación para la descripción de

los datos y establecieron un marco de reflexión para la investigación. Allí quedaron reflejados detalles como: la ubicación de las consultas, su tamaño, la disposición del mobiliario, el tipo de iluminación, las vías de acceso a las consultas, el día, la hora, los pacientes citados, el médico, la vestimenta, las conversaciones y las intersecciones producidas en el ritual de las consultas.

A todo ello debo añadir cientos de detalles, habituales e inusuales, que se recogieron por considerarlos importantes debido a su contenido real o simbólico. El cuaderno de campo es todavía parte de mi memoria y fue en su momento, el principal procedimiento para organizar la información en los escenarios seleccionados. Cuando me los dejé olvidados en un asiento del AVE, pensé que había perdido casi un año de trabajo. Afortunadamente una semana más tarde, recibí una llamada desde una estación de ferrocarril situada a más de 300 km de mi casa. Los cuadernos habían aparecido y con ellos desapareció la ansiedad y la falta de motivación que me había provocado su pérdida.

Desde el primer momento tomé conciencia de mi influencia, como investigadora, dentro de las consultas. Influencia que intenté neutralizar en sus inicios asumiendo como propias las demandas y las quejas de los médicos, y que posteriormente reconduje, asumiendo el hecho ineludible de que el investigador transforma con su presencia el objeto de su investigación. La presencia continuada en los escenarios de nuestra investigación terminó por generar relaciones interpersonales, que si en un primer momento las consideré un obstáculo, conforme avanzaba la investigación valoré su enorme potencial para el aprendizaje y para mi desarrollo personal.

Además de los datos recogidos a través de la observación y de los cuestionarios, fui testigo de guardias devastadoras, de sesiones clínicas interminables, y de la presencia de los visitantes médicos en las consultas. Por otro lado y teniendo en cuenta que el permiso del CEIC, me capacitaba para hacerlo, también revisé documentos internos, historias clínicas, datos sobre las variaciones del número de pacientes citados y diversos protocolos.

Hemos de tener en cuenta que en la convivencia diaria con los actores, la línea que separa al investigador de los mismos, se vuelve líquida, generándose una experiencia interpersonal liminal. En este sentido, Lucas García (2013), en su tesis doctoral, cita a Sanmartín (2003), cuando afirma:

“[...] Lo que circula entre la gente, lo que, como antropólogos buscamos y, por tanto hay que captarlo mientras está circulando, en vivo, produciéndose, siendo testigos de sus testimonios. Para lograrlo hay que ponerse en el circuito, interactuar con los actores para recibir con ellos el flujo real y vivo de sus culturas.” (p.105).

Ese *ponerse en el circuito*, implicó que me situara en el epicentro de la vida de profesionales y pacientes. Con muchos compartí impresiones sobre su vida laboral, pero muchas veces también, aspectos vinculados con su universo emocional. Al inicio, este abordaje complejizaba la observación y la recogida de datos, pero con el paso del tiempo, se produjeron los ajustes necesarios y pasaron a ser un elemento informativo de primer orden para nuestro trabajo. La mayor parte de los momentos de observación los realicé cuando el médico, el paciente y los familiares intercambiaban información sobre la enfermedad, y aprovechando el tiempo de las exploraciones clínicas.

En los tres escenarios dispuse de una zona privada para aplicar el cuestionario y completar la información con entrevistas a los pacientes. Esos enclaves fueron testigos de la confluencia entre las intersubjetividades de los pacientes con las de la investigadora. En estos espacios también completé las notas de campo y en muchas ocasiones permanecí en ellos después de acabar la consulta con la finalidad de reorganizar y reflexionar sobre lo sucedido en las mismas. Salvo el despacho que tenía asignado en el Hospital Mancha Centro –una espaciosa y luminosa sala de curas con ordenador y mobiliario de oficina bien equipado–, en el resto de los escenarios me vi obligada a cambiar de lugar en función de las necesidades de ocupación de las consultas. A pesar de ello cada día sabía de qué espacio podía disponer y siempre conté con la buena disposición y la ayuda del personal sanitario.

1.3.7 Entrevistas

Por todos es sabido que a los antropólogos nos interesa, no sólo lo que la gente hace, sino lo que dice que hace y sobre todo, por qué lo hace. Esto cobra mayor sentido dentro del contexto hospitalario, debido al peso de la subjetividad en la dinámica asistencial. Partiendo de mi propia experiencia como paciente, busqué a través de las entrevistas, acceder a la subjetividad de los informantes y sacar a la luz la información relevante que en su momento, o bien me pasó desapercibida, o bien no fue directamente observable.

Combinar la observación participante con las entrevistas, supuso reconocer que cada una de estas opciones puede servir para esclarecer y completar la otra. En algunos casos, como afirman Hammersley y Atkinson (1994), la diferencia entre la observación participante y las entrevistas no fue tan grande, sobre todo una vez que se habían establecido canales adecuados de comunicación, aunque como afirman los autores, la existencia de una relación de comunicación no es suficiente, sino que es necesario planificar la situación con una entrevista formalmente establecida. En nuestro caso la perspectiva hermenéutica se articuló en torno a estas técnicas.

La convivencia previa mantenida con los actores sociales, ha determinado en gran medida el planteamiento de las entrevistas, a la vez que ha aportado una dosis muy valiosa de naturalidad a nuestros encuentros, lo que sin duda ha contribuido a facilitar el acceso a la información que buscábamos. Pese a que son muchos los autores que consideran la entrevista cualitativa de segunda categoría frente a los cuestionarios, en nuestra opinión la información que proporciona es de gran valor interpretativo, por ese motivo las he incluido dentro de la metodología conjuntamente con la recogida de datos cuantitativos.

1.3.8 La selección de los informantes

Selección del personal médico:

A la hora de establecer criterios para la selección de los informantes, desde el inicio tomé la decisión de esperar un tiempo prudencial para averiguar qué personas se

ajustaban más a mis necesidades de información. La observación participante en su etapa inicial me permitió conocer el papel de los informantes y su disposición a revelar información. El mayor obstáculo vino por el problema que suponía la falta de tiempo de los médicos debido a la alta presión asistencial. Esta dificultad se resolvió mediante dos procedimientos: aprovechando los días de guardia o bien programando almuerzos *ad hoc*, al finalizar las consultas. En estas ocasiones comenzaba la entrevista después de comer y utilizaba, previo permiso, la grabadora. Cuando había concluido y después de haberme despedido del entrevistado, pasaba a realizar anotaciones en el cuaderno correspondiente. En total se realizaron entrevistas a tres anestelistas, dos psiquiatras y dos médicos de AP. En todos los casos cuidé de que el contexto interlocutorio fuera adecuado para que del fruto de la relación antropólogo-informante se pudiera obtener una información de calidad para la investigación. Buscando ese objetivo, opté por la realización de entrevistas individuales, utilizando para ello una guía diseñada con anterioridad, (documento número 4 del anexo). Como puede observarse, el tipo de preguntas han sido tanto descriptivas, (sobre sus opiniones o experiencias), como estructurales, (referidas a aquellos aspectos de los que tienen conocimiento real), como es el caso de la formación académica, o el tiempo que llevaban trabajando en el hospital/la consulta.

Selección de los pacientes.

La selección de los pacientes respondió en todos los casos únicamente al azar. Por una parte los informantes vinieron determinados por la lista de pacientes programados para la consulta de cada día. Y por la otra, a través del muestreo probabilístico realizado. Desde el inicio de nuestro trabajo establecimos la prioridad metodológica de seleccionar aquellas técnicas que dotaran de un sentido global a los datos obtenidos, debido a que entre nuestros objetivos se encontraba el de generalizar, en la mayor medida posible, los resultados de nuestra investigación.

1.3.9 Fuentes documentales

Para las fuentes documentales secundarias hemos manejado cantidades ingentes de todo tipo de documentos: historias clínicas, documentos legales, denuncias, medios de comunicación, datos del Observatorio Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo,

informes de la OIT, comunicados de la Asociación de Inspectores de Servicios Sanitarios, de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del trabajo y de la Unión Progresista de Inspectores de Trabajo. Asimismo hemos revisado abundante filmografía sobre el tema y la bibliografía que consideramos de interés para nuestro trabajo. Gran parte de ella la obtuvimos a través de: google académico, Dialnet, TESEO y de las bibliotecas de las Universidades Rovira i Virgili, UCM, Universidad de Castilla La-Mancha y la Universidad de Murcia, sin olvidar las numerosas adquisiciones personales de la investigadora. Hemos de tener en cuenta que a lo largo de la investigación hemos articulado aquellos aspectos filosóficos, históricos, políticos, económicos y antropológicos de la biomedicina o medicina occidental que se encuentran relacionados con el trabajo, entendiéndolo como una actividad que estructura la vida del hombre desde su lucha por la subsistencia. Este proceso ha supuesto la movilización de recursos bibliográficos multidisciplinares: antropología médica, antropología económica, antropología política, sociología del trabajo, historia, economía y filosofía. A todo ello hemos de añadir los datos estadísticos, importantísimos, relativos al trabajo (bajas médicas, desempleo, tipo de contratos) y a la inmigración, teniendo en cuenta que la investigación nace y finaliza en el contexto de una crisis económica que ha dejado una huella demoledora en el mercado laboral de la sociedad española.

Por otro lado, la escasez de investigaciones que vinculan la biomedicina con el sufrimiento laboral, implicó que en mi composición bibliográfica quedaran desdibujadas las fronteras interdisciplinares, llevándome a indagaciones celebradamente inesperadas, como fue el hallazgo de un ejemplar de 1853 de la obra, *Higiene del Matrimonio*, de Pedro Felipe Monlau, que adquirí en la feria del libro de Granada a un precio sorprendente. La transdisciplinariedad, el descubrimiento de C. Dejours, mi fortuito y celebrado encuentro con los principales representantes de la Teoría Crítica en España, como son José Antonio Zamora y Jordi Maiso, y el uso de internet, facilitaron que pudiera establecer un marco temático, teórico y conceptual con la solidez suficiente para realizar el estudio.

1.3.10 La organización de los datos

En este apartado hemos expuesto las técnicas utilizadas para organizar los datos de modo que estuvieran dispuestos para su análisis e interpretación posterior. A mi juicio esta fase ha constituido una tarea laboriosa y no exenta de dificultades. En el denominado, en el argot antropológico *trabajo de mesa*, tuve que hacer frente a la ordenación de una gran cantidad de material: archivos de audio, centenares de datos recogidos, tanto en el cuaderno como en el diario de campo, decenas de fichas bibliográficas, innumerables correos electrónicos e incluso fotografías. Esta tarea, realizada de manera paralela al trabajo de campo, unida a las dificultades de tipo personal, fue la causa de que en algunos momentos estuviera convencida de que abandonaría la investigación, pero a la vez sirvieron para poner de relevancia el trabajo que ya había realizado, lo que me impulsaba a continuar y a mejorar mi relación con estas herramientas de organización.

Al inicio de la investigación comencé utilizando el programa de software libre ZOTERO, que me permitió administrar el material bibliográfico, los audios y gran parte del contenido del cuaderno de campo, pero debido a su falta de flexibilidad pronto decidí utilizar el programa MAXQDA como herramienta informática de análisis de datos. Si bien las posibilidades que presenta de trabajar con archivos PDF, de audio o de video son excelentes, y teniendo en cuenta que el programa, a diferencia de Word, guarda automáticamente cada ejecución, la realidad fue que al estar familiarizada previamente con el ZOTERO, nunca llegué a desenvolverme con el programa MAXQDA, por lo que a día de hoy estoy convencida de que no lo rentabilicé adecuadamente.

Considero que los investigadores sociales, aún sin pretenderlo, sentimos la necesidad de aumentar el rigor metodológico cualitativo frente al cuantitativo como una manera de dar mayor credibilidad a nuestras investigaciones. Este tema, unido a las notas biográficas de la investigadora ya señaladas, ha influido en el uso del SPSS para llevar a cabo el análisis estadístico de las entrevistas. A pesar de ello considero que la investigación cualitativa nos ofrece enormes posibilidades interpretativas.

Para concluir este apartado considero que la metodología utilizada nos va a permitir, además de poder replicar la investigación, considerar sus posibilidades de generalización en otros contextos. Si tenemos en cuenta el tema de nuestro trabajo, considero que el mismo cumple con el criterio de relevancia, al proporcionar mayor conocimiento del fenómeno estudiado: el sufrimiento laboral y el lugar que ocupa en la biomedicina y en la subjetividad de los pacientes.

1.3.11 Ética de la investigación

Cualquier investigación debería regirse por unos códigos éticos. No me refiero sólo a los establecidos en los protocolos administrativos que forman parte del estudio, en nuestro caso la autorización del CEIC y los consentimientos informados relativos a la privacidad de los informantes y a la confidencialidad de los datos obtenidos, me refiero más bien a un código moral por el que el dolor humano debería ser tratado con la consideración y el respeto que se merece, y a una manera de investigar comprometida críticamente con los hechos sociales que se estudian. A través de nuestra investigación hemos tratado de producir conocimiento, utilizando para ello una metodología rigurosa, pero también hemos procurado que ese conocimiento pudiera ser instrumentalizado como un elemento de transformación social.

1.3. 12 Cuestiones preliminares.

La antropología en general y la filosofía antropológica en particular, constituyen un recurso holístico de acceder a la realidad a partir de los hechos etnografiados. Esta forma establece lo que podríamos denominar la mirada antropológica. Esta mirada consiste en enfocar nuestro objeto de investigación desde un ángulo conceptual determinado. En mi caso ese ángulo teórico enfocaba directamente a la valoración que, médicos y pacientes, daban al trabajo como actividad que incide, positiva o negativamente, sobre la salud de las personas. Sobre la de los médicos, sobre la mía y sobre la de los lectores de esta investigación.

Me viene a la cabeza la información de un paciente que se mostró agradecido cuando la empresa le ofreció el mismo puesto de trabajo que ocupaba su padre, fallecido

por una enfermedad profesional. Esta manera de subjetivar el trabajo, aislándolo de sus consecuencias para la salud, constituyó la columna vertebral de mi mirada antropológica. Yo he denominado *trabajo mudo*, a ese hecho del que hablaremos más adelante.

Cuando comencé a comentar el tema de la investigación con familiares y colegas, era frecuente que me hablaran de sus experiencias personales de sufrimiento laboral. La mayor parte de ellos me alentó para que pudieran salir a la luz las causas que provocaban estos padecimientos. Recuerdo que por entonces, ya había analizado abundante documentación legislativa transhistórica sobre salud laboral y conocía el currículum MIR de la especialidad de medicina del trabajo. Todas estas circunstancias me pusieron de relieve que en la investigación antropológica, existen elementos que a medida que se hacen presentes van dando forma al tipo de conocimiento que perseguimos.

Aunque el daño laboral se encuentra ampliamente documentado en la bibliografía de Dejours, es preciso señalar que su obra constituye una excepción en un tema tan extendido en la población, como poco investigado. Ello es debido a que la disciplina nunca abandonó cierta predilección por lo exótico y muy alejado. Como afirma Hurtado García (2010):

“La antropología, históricamente, ha ido intentando revisar algunas perspectivas derivadas de los –ismos como son: el andocentrismo, etnocentrismo, el sociocentrismo o el adultocentrismo, que inevitablemente conducían a ciertos temas y enfoques, y no a otros. No obstante, parece que en las investigaciones antropológicas siguen pesando algunos índices de pureza que guardan relación con unos temas o sectores sociales, a unos contextos espaciales, a un modo de hacer etnografía y a unos objetos de estudio...Los factores autobiográficos, los contextos sociopolíticos y las tendencias según disciplinas académicas, son los que dan preeminencia a unos intereses sobre otros; donde las subvenciones para un perfil investigador hacen el resto.” (p.131).

Si bien desde la disciplina se vienen escuchando voces, aunque todavía pocas, sobre la necesidad de llevar a cabo investigaciones etnográficas que apunten hacia un cambio social, desde la antropología en particular y desde la academia en general, las investigaciones han sorteado los estudios referidos al daño laboral. Si acaso ha sido la sociología del trabajo la disciplina que ha abordado el tema del daño laboral, si bien desde los fundamentos de la seguridad laboral y a través de su relación con el Derecho. Este marco epistemológico puede dar la falsa impresión de que con la evaluación y prevención de los riesgos laborales, dentro del marco jurídico de la seguridad laboral, se cubre a la totalidad del sufrimiento causado como consecuencia del ejercicio de una profesión u oficio. En nuestra opinión la realidad viene a ser muy diferente.

1.3.13 El contexto sanitario como sistema cultural.

Las situaciones de escasez y precariedad descritas, no han acabado con lo que podríamos denominar *cultura hospitalaria*, aunque sí introdujeron dentro de la misma variaciones de carácter significativo, como lo fue la auto-categorización de víctimas realizada por el personal sanitario. Se trataba de poner de relieve su sufrimiento como trabajadores de un sector, el público, progresivamente precarizado.

Sin embargo, el hospital siguió siendo esa *construcción social*, simbólicamente establecida y reproducida a través de la interacción social. Desde ella el paciente seguía representando, a través de su posición subalterna, el último peldaño del escalafón.

En este sistema organizativo, lo primero que se encuentra el investigador son los *productos culturales propios*, entre los que podemos citar: el lenguaje, el uso de símbolos, los espacios físicos, la estratificación en status diferenciados y asimétricos y los mitos creados en torno a la ciencia y a la técnica. A continuación, paso a exponer brevemente en qué consiste cada uno de ellos y el resultado de mi experiencia etnográfica al respecto:

1. El lenguaje:

- Jergas profesionales.
- Lenguaje verbal y no verbal: resultó interesante observar cómo las enfermeras y auxiliares se dirigían a los médicos en una clara actitud subalterna respecto a ellos. Esta situación se invertía en muchas ocasiones, cuando se dirigían a los pacientes. Me refiero tanto al lenguaje verbal como al no verbal desde el que, con mayor o menor corrección, trataban de marcar la distancia entre su estatus y el estatus subordinado de los enfermos. Se trataba de un lenguaje de alta intensidad tonal y plagado de adjetivos, con los que el personal sanitario, sobre todo auxiliares y enfermeras, se dirigían a los pacientes ingresados. Esto lo pude observar gracias a las interconsultas, en urgencias y con los pacientes ingresados. Se trataba de un tono similar al lenguaje utilizado con los niños, si bien es verdad que se sustituían los matices afectivos por los de impaciencia, conmisericordia o urgencia. Expresiones como: “Veeeeeeenga, guaaapaa, siéntate en la cama que te va a explorar el doctor”, o bien: “¿hemos heecho pis? ¿Y caca?, bueeeeeno, tenemos que hacer caca, eh hh. Díselo al doctor cuando venga, ¿vale? Adioooo”. En una ocasión registré en el cuaderno de campo cómo una auxiliar se dirigía a un anciano encamado, con un tono de voz elevado: “¿Y hoy cómo se ha levantado mi niño? Vamos, que te vamos a hacer la camita y te vamos a poner súper guapo”. Después supe que era un profesor de filosofía ya jubilado. Con independencia del origen sociocultural de los pacientes, el lenguaje es el símbolo de que al entrar en una institución sanitaria, también dejamos dentro de la bolsa de los efectos personales, nuestra identidad.

El reverso de este lenguaje verbal y gestual lo encontramos también en los pacientes cuando estos se dirigían al personal sanitario. En la UDC una enferma se dirigió a la anestesista con estas palabras: “¡ay, doctora! Con lo buena que es usted, que es que no quiero que se enfade conmigo. Si es que yo no puedo dejar de comer. Si yo creo que es el agobio con

todo lo que se me ha venido encima... Y que todo esto, como ya le he dicho, me *abulta un toro*¹. Doctora, que yo lo que quiero es que usted no se enfade conmigo, que es usted muy buena”. Como vemos se trata de expresiones infantiles de sumisión y disculpa que ponen de relieve el rango y la autoridad, tanto de quien habla como de quien escucha.

2. El uso de símbolos.

- Batas, pijamas, bolígrafos y/o clips, que sobresalen de los bolsillos, libretas con la marca de algún laboratorio, fonendos y zuecos. Pronto comprobé que este material también formaba parte de la cultura simbólica de la institución, respondiendo su uso, en muchas ocasiones a nuevas cuestiones de tipo ornamental. Simplemente se llevaban encima. En una ocasión una médica de admisión me comentaba: “cuando me pongo la bata soy otra. Vas por el hospital con otra seguridad, con otro aplomo. No, no, no me imagino sin la bata”. Yo misma accedí sin discusión al uso de la bata e incluso con el tiempo me calcé con unos zuecos de quirófano. Yo también llevaba en los bolsillos los post-it y las libretas que nos regalaban los representantes farmacéuticos. Y una vez que ingresó mi padre en urgencias, utilicé estas representaciones como salvoconducto para acompañarlo y obtener información privilegiada sobre su estado de salud.
- El uso de mascarillas retiradas, gorros y pijamas quirúrgicos, fuera de los espacios para los que fueron diseñados.
- La pintura de la institución, con predominio del blanco como símbolo de asepsia. Sin olvidar el diseño de unos espacios en los que predomina la luz artificial. Todos ellos son elementos que acentúan el aspecto técnico de la institución, en detrimento de la humanidad y de las relaciones interpersonales.

¹ La expresión *abultar un toro*, es utilizada en la localidad de Tomelloso, para hacer referencia a aquellas situaciones a las que, o bien no se les puede hacer frente, o bien por sus características y entrañan un grado de dificultad muy elevado.

3. Los espacios físicos.

- Opacidad del espacio médico-sanitario, *versus* visibilidad panóptica de la sala de espera. Mientras que el médico y el personal sanitario en general tienen completa libertad de acceso al espacio de los pacientes, el lugar de las consultas, sala de curas, controles de enfermería o los despachos médicos, vienen caracterizados por la invisibilidad y la dificultad de acceso. Podríamos hablar del misterio que abarca al espacio médico-sanitario *versus* la visibilidad panóptica de la sala de espera.
- Dentro de las consultas los elementos simbólicos cobran más fuerza. Nada más entrar, la mesa separa la subjetividad del paciente de la objetividad positivista de la ciencia encarnada en el saber médico. Taussig (1995) cita a Lùckacs para afirmar: “La base de la estructura de la mercancía es que la relación entre la gente adopta características de una cosa y de esa manera adquiere una objetividad fantasma”. Y continúa: “Mi preocupación se centra en la objetividad fantasmal de la enfermedad y su tratamiento en nuestra sociedad, porque al negar las relaciones humanas encarnadas en síntomas, signos y terapias, no sólo las estamos mistificando, sino que también estamos reproduciendo una ideología política a modo de ciencia de (aparentemente) cosas reales: la cosificación biológica y física” (p.111). Es precisamente la cosificación biológica la que se constituye en una copia del ser humano y de las circunstancias sociales que lo conforman.
- En la mesa podíamos encontrar: el ordenador, el teléfono, un Vademécum, propaganda de laboratorios farmacéuticos, bolígrafos, y en algunas ocasiones un pulsómetro o un tensiómetro. En la pantalla del ordenador aparecían imágenes en las que se re-producía un doble, del enfermo sentado al otro lado de la mesa. Al quedar transformado en paciente, ya formaba parte de ese espacio, en el que se habla y se escucha con patrones culturales propios.

4. Estratificación en estatus diferenciados y asimétricos.

- Otro elemento simbólico que me pareció relevante, fue el constituido por la estratificación en estatus diferenciados del personal que forma parte de la institución sanitaria. De este tema ya hemos hablado en el apartado anterior y sólo cabe puntualizar que las limpiadoras y el personal de mantenimiento ocupaban los últimos escalones, aunque debemos aclarar que el último peldaño quedaba reservado para los pacientes y sus familiares, a los que todos los demás podrían darle algún tipo de orden: acostarse o levantarse, salir o permanecer dentro de la habitación, orinar o defecar, vestirse o desnudarse, hablar o quedarse callado, inspirar o expirar, caminar a la pata coja, abrir y cerrar los ojos, extender la mano y tocarse la nariz, sacar la lengua, mostrar buen ánimo, acompañar o dejar solo a un familiar ingresado, beber o no beber, comer o ayunar, vestirse o desvestirse, dormir o despertarse, quejarse o aguantar el dolor. Estas son, entre otras muchas, las órdenes que un paciente puede recibir cuando forma parte de una institución sanitaria. Concepción Lucas (2013) se refiere a la jerarquización del personal sanitario cuando afirma:

“Hoy en día la profesión médica, tiene un status que la convierte en autónoma con respecto al resto de la sociedad y en la cabeza de la organización sanitaria. Es uno de los vehículos ideológicos más importantes del Estado, ya que aplica y desarrolla la concepción del mismo acerca de la salud. Pero a su vez también influye en el estado al hacer asumir sus propias concepciones de lo normal y lo anormal. El estado deja en manos de la profesión el control sobre los aspectos técnicos de su trabajo, y sobre la organización económica y social del mismo. Pero la profesión médica no solo controla su propio trabajo, sino que controla y organiza el trabajo de otras profesiones que se encuentran bajo su autoridad, con falta de autonomía, autoridad y prestigio. La biomedicina tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad respecto a las otras formas de atención, a las que tiende a excluir o ignorar y a asignarles un carácter subordinado [...] De manera que los

médicos marcan las pautas ideológicas, al ser los máximos responsables de la atención de los enfermos, legalmente y desde el reconocimiento social, y por tanto de enfermos y familiares.” (p. 126).

- En este sistema cultural estratificado que son las instituciones sanitarias es en el que se va a forjar una redefinición de la enfermedad, generada a partir del intercambio de subjetividades, que contribuyen a modular el sistema cultural en el que se producen y que a su vez las produce. Son estas intersubjetividades que se producen entre el personal sanitario y los enfermos, las que contribuyen a generar una construcción particular de la enfermedad. Esta edificación de corte kraepeliano opera sobre códigos culturales en los que los procesos económicos y de poder constituyen una parte nuclear en la construcción simbólica de la enfermedad.

5. Los mitos creados en torno a la ciencia y a la técnica.

- Éste es el punto que articula y da sentido a todos los anteriores, al determinar modos de actuación con una fuerte carga simbólica. Los enfermos contribuyen a mitificar y dotar de significado a la jerga científica sobre su enfermedad y a relacionarla *ad hoc* con una determinada tecnología. Jesús Ibáñez (1986) puso de manifiesto respecto al discurso científico que: “es sistémico y operatorio, puede crecer continuamente en su dimensión propia dirigiendo una masa creciente de fenómenos, en un proceso al parecer indefinido, lo que ha permitido acariciar la ilusión de haber recuperado, a un nivel superior y además dinámico, la unidad primitiva de magia y mito” (p.24). Este crecimiento indefinido al que se refiere al autor, se materializa en las múltiples pruebas tecnológicas realizadas al paciente para esclarecer el origen de su enfermedad y también en las múltiples posibilidades que la industria farmacéutica pone a su disposición para la elección del tratamiento más adecuado. La ciencia y la tecnología son los principales símbolos sobre los que descansa el sistema sanitario y en torno a los que se estructuran

el resto de elementos simbólicos que establecen la diferencia en torno a la etiología, lo importante y lo secundario, lo que debe ser preguntado y lo que debe silenciarse y, en suma, lo científico y lo vivido. Este escenario desde sus inicios viene a caracterizarse por un decanto ideológico a favor de las estructuras del capitalismo. Al separar del discurso biomédico –objetivándolo– el padecimiento del sujeto al que se relaciona con una realidad psicobiológica (individual), se impide entender el sufrimiento laboral dentro de la realidad socio-histórica en la que se desarrolla. Por otro lado, no debemos olvidar, como afirma Otegui Pascual (2000), que: “en dicha construcción socio-histórica se ponen de manifiesto las formas sociales de dominación que influyen tanto en las percepciones diferenciales del dolor como en la generación de causalidades, y por supuesto en la utilización diferencial de terapéuticas específicas y tratamientos” (p.231). Estos mitos que sacralizan el poder de la ciencia haciéndolo incontestable, y cediéndole espacios rituales de primer orden, son en definitiva los que determinan la cultura propia del ámbito hospitalario de la que hemos venido hablando en este apartado.

1.4 El contexto de estudio a estudio.

1.4.1 Un crisol de pueblos. Del trabajo en la agricultura a las obras de Madrid y el regreso a ninguna parte.

La zona en la que se ha centrado el presente estudio comprende las siguientes localidades: Alcázar de San Juan, Arenales de San Gregorio, Argamasilla de Alba, Campo de Criptana, Camuñas, El Pedernoso, Herencia, Madridejos, Miguel Esteban, Pedro Muñoz, Puerto Lápice, Quero, Quintanar de la Orden, Socuéllamos, Tomelloso, Villacañas, Villafranca de los Cabañeros y Villarta de San Juan. Todas ellas pertenecientes al área de influencia del Hospital Mancha-Centro de Alcázar de San Juan y del Hospital General de Tomelloso. El área agrupa un total de 147.562 habitantes, según el INE (2014c). La población se encuentra repartida entre las provincias de Ciudad Real, Toledo y Cuenca, aunque la mayoría pertenece a la comarca manchega del llamado Campo de San Juan. Este territorio comprende los municipios y villas surgidos

al amparo de la repoblación realizada por la Orden Militar de San Juan de Jerusalén a principios del siglo XIII. La orden religiosa buscaba establecer un eje estratégico, no sólo para dominar militarmente una zona que desde la batalla de las Navas de Tolosa fue de escaso valor, sino para aprovecharse de unas tierras baldías, aunque fértiles en cuanto a producción de grano y pastos se refiere. Estas tierras y ganados le proporcionaron unas rentas más que cuantiosas a la Orden y se convirtieron en la base económica y social de la comarca. Esta actividad se vio acrecentada durante los siglos XVII y XVIII con la introducción de la vid y el olivo, cultivos que son una seña de identidad en la región. Gracias a su gran adaptación, unida a la tradicional producción cerealística, se generó una activación económica, que sería determinante para nuestro trabajo. Según fuente del Catastro de Ensenada², podemos observar cómo en algunos de estos pueblos, se inició una incipiente industrialización gracias a la transformación de los productos agrícolas. Fue así como comenzaron a aparecer las almazaras, los lagares y los conocidos molinos de viento, de los que se detalla incluso la producción anual y el número de ventas. La población de la zona creció hasta alcanzar en algunos casos cifras que no se recuperaron, en los mejores casos, hasta hace apenas una década. En otros muchos, el número de habitantes de la época, aún no ha sido igualado.

El siglo XIX supuso un frenazo al crecimiento económico, no solo de la zona, sino de toda la Península Ibérica. La Guerra de la Independencia, la intervención de la Santa Alianza en 1820, las guerras civiles y carlistas y la mala gestión de las sucesivas desamortizaciones, provocaron el retraso y el estancamiento económico y social de toda la comarca manchega. Sólo podríamos exceptuar el caso de Alcázar de San Juan, que se vio beneficiada por el paso del ferrocarril, convirtiéndose hasta fechas muy recientes, en el mayor cruce de vías del centro peninsular.

Por lo demás, los medios de producción agrícolas se mantuvieron prácticamente inalterados hasta mediados del siglo XX, época en la que se inició una paulatina industrialización del campo. Su principal consecuencia fue un proceso migratorio hacia aquellas ciudades que vivían su particular auge de la industria con la

² Realizado por orden de Fernando VI a instancia del Marqués de Ensenada, comenzó a recopilarse en 1749 y no fue completado hasta 1756. En él se recogen de manera muy exhaustiva y minuciosa datos referentes a la población, propiedades, edificios, cabaña ganadera, artes y oficios, rentas además de las características geográficas del municipio.

apertura de nuevas fábricas y con la construcción de los nuevos barrios obreros. Si las citamos es porque fue a la metrópoli madrileña y en menor medida al sur de Europa, donde emigraron buena parte de la población huyendo de los rigores del campo y de la caída de los salarios producida por el exceso de mano de obra.

Estamos hablando de una comarca que ha presentado hasta hace apenas 75 años, pocos signos de transformación y en la que persiste todavía una memoria transgeneracional vinculada a las condiciones de miseria y necesidad en las que crecieron y murieron durante siglos sus habitantes. En 1905 Azorín, en la localidad de Argamasilla de Alba, con motivo de la conmemoración del tercer centenario de la primera parte del Quijote, escribía:

“En tres siglos es bien poco lo que se ha adelantado [...] Las casas que se hunden no tornan a ser edificadas; los moradores emigran a los pueblos cercanos; las viejas familias de los hidalgos [...] acaban ahora sin descendencia. [...] Y vais recorriendo calles. Y tornáis a ver muros ruinosos, puertas tapiadas, arcos despedazados [...] Todo el paisaje pasado es el mismo que ahora vemos [...] Hay una indiferencia, una resignación, un abandono [...].” (p. 97).

En 1900, en la provincia de Ciudad Real, el 77% de trabajadores lo era en la agricultura, un 14% más que en el resto de España. Como se afirma en el libro conmemorativo de los 100 años de la Cámara de Comercio e Industria de Ciudad Real (1912-2012), fue a comienzos del siglo XX, cuando se vislumbró una proto-industrialización ligada a la vid y a la ganadería.

La profesora Triguero Cano (2000) llegó a afirmar, que la expansión del viñedo en la zona fue el primer paso para la implementación del capitalismo en el territorio, refiriéndose a Tomelloso como la población con mayor número de bodegas del siglo XX. En el texto se hace referencia a la gran oposición a la industria por la antigua oligarquía terrateniente, transformada mediante el caciquismo, en alcaldes y autoridades provinciales con la clara intención de fomentar las relaciones clientelares en los municipios. La autora afirma, refiriéndose a las movilizaciones de los campesinos manchegos hasta el inicio de la Guerra Civil, que es preciso desmentir las ideas

establecidas sobre la apatía de la población en cuanto a la reivindicación de sus derechos se refiere. La dictadura militar consolidó un régimen establecido sobre el silencio, la resignación y la explotación laboral.

Sin olvidar la industria del sector vitivinícola y quesera, podemos afirmar que el tejido industrial de estos pueblos ha estado compuesto por pequeñas empresas con un número reducido de trabajadores. Así aparece reflejado en los datos de la Cámara de Comercio de Ciudad Real (ver Tabla 1).

Tabla 1. Empresas por municipios (2012).

LOCALIDADES	HABITANTES	EMPRESAS	EMPRESAS (por 100 habitantes)
Alcázar de San Juan	31.652	2.036	6,43
Arenales de San Gregorio	718	45	6,27
Argamasilla de Alba	7.416	475	6,41
Campo de Criptana	14.972	1.068	7,13
Herencia	8.953	719	8,03
Pedro Muñoz	8.639	701	8,11
Puerto Lápice	1.016	67	6,59
Socuéllamos	13.725	1.098	8,00
Tomelloso	38.966	2.985	7,66
Villarta de San Juan	3.090	214	6,93

Fuente: Sánchez y Franco, 2012, p.89-91.

La relación de la zona con Madrid ha evolucionado según las dinámicas económicas desde mediados del siglo pasado. La explotación y la falta de expectativas que representaba el trabajo agrícola, dieron lugar a que buena parte de la mano de obra de la zona, se trasladara a los nuevos barrios de la metrópoli construidos en los años del desarrollismo. Vivir en un piso, un trabajo fijo, las vacaciones pagadas y un lugar no-móvil de trabajo, se perfilan, todavía en la actualidad, como el escenario antagónico al trabajo agrícola realizado y como un símbolo de *salir-de*: la desregularización, el pueblo, la mugre, el trabajo de sol a sol, la relación con los amos; para *entrar en*: el piso

con calefacción y cuarto de baño, la semana en Benidorm, el coche y los usos y costumbres de la gente de la capital.

Con los nuevos modelos de trabajo se buscaba, casi con desesperación, reinventarse fuera de un escenario que más allá de las fronteras de lo local, resultaba poco menos que vergonzante. En este nuevo marco se depositaron todas las esperanzas de un cambio en lo esencial, a través de las posibilidades que ofrecían los nuevos modos de trabajo y residencia fuera del pueblo. Sin embargo, nunca se contempló la influencia sobre la salud de los nuevos modelos productivos, pues al fin y al cabo, el éxito de la huida estaba en encontrar una alternativa al trabajo agrícola, daba igual si era en Marconi, en Barreiros, en una portería o en la construcción. Mientras tanto, los que se quedaron en los pueblos sufrieron los mismos cambios que sus paisanos emigrados, debido a que el fordismo para generalizar el consumo de masas, introdujo los mismos anhelos por acceder al mercado, también en el ámbito rural.

La agricultura, la construcción, el comercio, industrias emergentes como Tecнове en Herencia o García Vaquero en Alcázar de San Juan, reprodujeron las mismas condiciones laborales que las empresas de la capital.

En el mismo periodo, muchas mujeres de los pueblos se incorporaron al sector productivo, sumando al trabajo agrícola, el trabajo invisible en el sector textil. Fue así cómo comenzaron a aparecer en un buen número de localidades los talleres clandestinos. La misma suerte corrieron aquellas que habían emigrado en años anteriores, que pusieron a disposición de las empresas el propio domicilio transformado en un lugar de trabajo. En este marco de desprotección sistemática de los derechos laborales, fue impensable hablar de ergonomía o de prevención de riesgos psicosociales. Y ello a pesar del floreciente sindicalismo que comenzaba a extenderse por nuestro país.

Si bien es verdad que la década de los 60 del siglo pasado dejó atrás los, llamados por los habitantes de la zona, *años del hambre*, los nuevos hábitos de consumo impusieron la necesidad de aumentar los ingresos familiares, lo que favoreció la incorporación de la mujer a la economía irregular. Todo ello no puede hacernos olvidar a aquellas modistas, peinadoras, lavanderas, colchoneras, parteras y sirvientas, que desde mucho antes ya habían contribuido a hacer más llevadera la precariedad de la

economía doméstica. Estos talleres han vuelto a florecer en la actualidad al abrigo de la crisis económica. Igual de clandestinos, igual de invisibles, e igual de conocidos y tolerados por las autoridades locales y los inspectores de trabajo.

Las mujeres han vuelto a ser en la crisis económica, la cara menos visible de la explotación laboral y por ende de la victimización en el trabajo. Sin voz como colectivo, invisibles para los responsables políticos, con bajos ingresos y con condiciones laborales precarizadas, nos encontramos con la realidad transhistórica de la explotación femenina en trabajos invisibles y desregularizados. Como en muchas otras zonas del país, en Castilla-La Mancha, también las exigencias del sistema productivo trazaron los caminos de la subcontratación en cascada, del trabajo a destajo y de los ritmos impuestos por la demanda de la mercancía.

Ni siquiera podemos hablar en muchos casos de proletarización del trabajo femenino, sobre todo cuando nos referimos al realizado dentro del propio domicilio. Por otro lado ha predominado la idea de que este trabajo era una ayuda al realizado por el padre de familia y que la confección encajaba a la perfección con las cualidades naturales de las mujeres. Estas ideas sobre el trabajo femenino constituyeron elementos legitimizadores que continúan plenamente vigentes en los pueblos.

Desde el año 2007, con el retorno de buena parte de los inmigrantes que vivían en la zona, las mujeres se han incorporado al mercado de los cuidados, antes en manos de las desplazadas, respondiendo así, a las demandas de ayuda económica de los hijos y de las personas mayores o dependientes de la familia. En estas actividades cabe destacar un componente ideológico y patriarcal, en la medida en que estas mujeres durante mucho tiempo fueron depositarias de los ideales establecidos en torno a los roles de ama de casa y cuidadora. Es por ello que a pesar de ser muchas veces su trabajo imprescindible para el mantenimiento de la casa, los varones, incluso estando desempleados, siguen manteniendo su consideración de ser los responsables del mantenimiento de la casa. Con carácter general podemos hablar de un alto grado de precarización del mercado laboral femenino, debido en parte, a los altos niveles de desempleo registrados en la zona.

1.4.2 De Barreiros y Marconi al taylorismo del ladrillo o el neoliberalismo a la española.

Oliva Serrano y Díaz Santiago (2005), ilustran con el magnífico testimonio de uno de sus informantes las dinámicas laborales establecidas durante tres generaciones de trabajadores en la zona de nuestra investigación:

“Yo, a los diez años murió mi padre [...] nos quedamos prácticamente en la calle...en mi casa, no había patrimonio, ni había nada...[...] me fui a trillar...pues ya a los trece años ya me tuve que salir definitivamente de la escuela, empecé a trabajar en el campo y cuando tuve dieciocho, me fui a la construcción. Y en la construcción ya era otra cosa, ya tenías tu Seguridad Social, tenías en fin...los medios. El trabajo en el campo por entonces era muy arrastrado... [...].Y en Madrid, pues como te he dicho antes, unas condiciones adversas. [...] Ibas y te llevabas una alpaca de paja, la tendías en el suelo y allí dormías. Comías de lata...y comiéndonos lo que no quería nadie. Y así, un día y otro y otro. Aquí, hacías un poco de matanza... [...] y llevabas apaño para toda la semana... [...] yo en los años que he estado en Madrid, [...] yo no sé lo que es ir a un restaurante a comer. Llevabas unas merenderas, como decimos por aquí, unas fiambreras enormes de tocino frito, de chorizo, de morcilla y ya está. Por las mañanas y por las noches. Luego ibas, estabas en el barracón y te ibas a las carnicerías, [...] hacías un guisado y así, ibas tirando... [...]. Entonces, es que nos íbamos los lunes y veníamos o bien los sábados o bien los viernes. [...] Que inclusive, [...] hablábamos con los encargados de la obra y decían: “Pues, mira. os quedáis aquí cuatro o cinco y vigiláis esto”. A nosotros nos venía bien. Y ya te digo, hacíamos con cuatro tablas un barracón, nos venía bien no tener que pagar nada de pensión y al mismo tiempo si te daban algo de extra, pues bueno, eso que nos encontrábamos. Luego ya vino la moda de venirse todas las noches. Que era bastante más duro [...], porque estábamos a ciento cincuenta kilómetros. [...]No había autovía, tardabas dos horas y media. [...]La paliza que te pegabas en la carretera. Eso era, o sea, que podía más el viaje que el trabajo en sí... [...]Que hace veinticinco o treinta años, los

autocares eran malísimos. Bueno, ahí ibas empaquetados, sabes [...] te tenías que arropar con una manta. Y empezamos a venimos entonces [...] Yo, me acuerdo que fui de los primeros que... y veníamos yo que sé, catorce o quince y lo mismo había mil quinientos obreros [...] Pero, conforme lo fue catando la gente “Oye, pues prefiero descansar en mi casa seis horas que no en un pensionuco de mala muerte, estar toda la noche” [...] y ahora ya se viene todo el mundo. Pero, ya te digo las condiciones ahí, que hemos trabajado...y yo, no he sido de los primeros, porque ha habido otras personas mayores; personas ya de sesenta años o setenta inclusive, que fueron los primeros de allí. Esos vivían en unas condiciones adversas, adversas totalmente. Por las circunstancias y la mentalidad [...] Pero, con ese espíritu de sacrificio que tenemos y con esa ambición que siempre hemos tenido de: “Joder, a ver si puedo ahorrar unos dinerillos y me compro dos fanegas de parras”. ¡Fíjate lo que era!, entraban las dos fanegas de parra y ya no solamente el trabajo de allí, sino que es que venías el sábado y te tenías que ir a apañar las parras. Pero... ahora mismo, ya te digo hay infinidad de gente que tiene aquí casas enormes, muchas tierras. O sea, gente con patrimonio. A base de peseta a peseta y de quitárselo de su cuerpo, porque eso tampoco es vida [...] Pero que así es como la gente ha progresado.” (p.153-154)

El cierre de Barreiros y Marconi en Madrid, simbolizó el fin de la era fordista y el nacimiento del postfordismo o neotaylorismo especializado. Las empresas comenzaron a fragmentarse dando lugar a numerosas empresas red ubicadas en los parques empresariales y en los polígonos de la periferia de las ciudades. En ellas se impuso la flexibilización laboral y una tendencia a la desregularización que reflejó el giro de la economía española hacia postulados neoliberales. Los sucesivos gobiernos de la transición democrática consolidaron un modelo económico establecido sobre la centralidad de la construcción, que a su vez favoreció la particular historia de corrupción que ya forma parte de la historia de nuestra democracia. El auge de la iniciativa privada, generada al amparo del ladrillo, unido a los intereses políticos y económicos, colaboraron con el desarrollo de una economía basada en la autoexplotación, el consumo y en la pérdida de referentes morales.

Desde la crisis económica y debido a las altas tasas de desempleo que la está particularizando en nuestro país, se ha dado una vuelta de tuerca al sufrimiento laboral. Si bien la economía neoliberal ya había anunciado el abandono del pleno empleo y de la estabilidad laboral, la alternativa se ha traducido en un descenso de los salarios y en la precarización de las condiciones de trabajo. Al mismo tiempo, el Estado de bienestar se ha resentido cediendo parte de la gestión de los servicios públicos a empresas privadas, al considerar que su gestión es más rentable y competitiva que la realizada por el Estado.

El caso de los *commuters* manchegos³ en el trabajo de la construcción en Madrid y en su periferia, al que cito por confluir con el área geográfica de nuestra investigación, fue un claro ejemplo de los excesos a los que nos hemos venido refiriendo. En las provincias de Castilla-La Mancha, los obreros que viajaron al mercado de la construcción en las obras de la capital siguieron dos modalidades de desplazamiento; por un lado estarían los que realizaban desplazamientos semanales alojándose en pensiones o en pisos compartidos con otros trabajadores, y por el otro los 15.000 obreros que recorrían diariamente unos 200 km, para llegar desde su domicilio a su lugar de trabajo. De todos ellos, 2.500 perdieron la vida como consecuencia directa de su actividad laboral (Oliva Serrano, 1995). Debemos recordar en este sentido, que las modalidades de contratos y el ritmo de las obras, apenas dejaba espacio para la seguridad. El autor nos habla, a través del testimonio de Florentino, de la invisibilidad de la siniestralidad laboral en los años de mayor esplendor de la burbuja inmobiliaria.

“Como decíamos nosotros, que se mata mucha gente, [...] le ocurre por ejemplo, a un torero y ya está todo el año la cogida del torero... y si se mata un albañil, a lo mejor no se entera nadie.” (p.124).

Como podemos comprobar, la banalidad sobre el sufrimiento laboral ha sido común en las tres generaciones de obreros que viajaron en autobuses y furgonetas a las obras de Madrid. Las tres fueron víctimas de accidentes laborales o de circulación, y

³ Jesús Oliva Serrano (1995), utilizó este término para referirse a los trabajadores que realizaban desplazamientos diarios o semanales de las localidades del área de influencia del Hospital Mancha-Centro y del Hospital General de Tomelloso al mercado madrileño de la construcción.

trataremos de averiguar, si en la actualidad presentan patologías relacionadas con el trabajo realizado en los años anteriores.

Estos trabajadores ya habían disciplinado su cuerpo con el trabajo de sol a sol en la agricultura, por lo que es comprensible su fácil tolerancia al sufrimiento laboral. Se trataba de personas acostumbradas al trabajo duro, cuyo prestigio social en el pueblo se fraguó sobre la resistencia y el sometimiento a los rigores laborales. Ser un flojo, bribón, perranco, pellejo, no haber echado la primera gota de sudor, no haberse estrenado, no levantar una paja del suelo,... son expresiones todavía habituales, para referirse a aquellas personas que a pesar de su baja condición social no se acostumbraron, no pudieron o simplemente no quisieron, asumir los riesgos y realizar los esfuerzos que la mayor parte de estos trabajos demandaba. Paradójicamente han sido habituales las referencias a la mala salud de los que sí cumplieron con las exigencias y los rigores derivados del trabajo. Expresiones como: “estoy muy gastado, ya no valgo para nada o ya no soy nadie”, son utilizadas para hacer referencia al desgaste físico y a las secuelas que el trabajo dejó sobre la salud de estos trabajadores.

El contexto descrito favoreció la incorporación de buena parte de los habitantes de la zona a la construcción. La necesidad de mano de obra poco cualificada y capaz de trabajar sin hacer preguntas ni reclamar derechos, encontró en estos trabajadores la cantera que necesitaba. Muchos de ellos ya conocían las experiencias de los familiares emigrados a la ciudad entre 1950 y 1975.

Por otro lado, en las dinámicas del trabajo en la construcción, seguían estando presentes los elementos esenciales del trabajo agrícola: la presencia del capataz, los rigores del clima, el trabajo hasta fin de obra, el esfuerzo físico, las jornadas laborales de más de 8 horas, la organización en pequeños grupos o cuadrillas, los destajos y la ausencia de relaciones contractuales más allá de los acuerdos verbales. Como vemos, las relaciones laborales propias del neoliberalismo, encontraron en estas estrategias un modelo que pasó a generalizarse, antes incluso de la crisis económica, a través del desmembramiento de la empresa tradicional, la subcontratación de las tareas y la desregularización del mercado de trabajo.

Muchos años antes era habitual en estos pueblos, que un maestro formara cuadrilla con obreros en diferentes estadios de aprendizaje: aprendices, oficiales, peones,... que permanecían unidos hasta que los oficiales se iban independizando para instalarse como maestros-albañiles. Se trataba de una *carrera profesional*, realizada mediante el aprendizaje y el compañerismo, que se prolongaba a lo largo de la vida. Este modelo se quebró con la parcelación de los oficios, que dio lugar años más tarde a la subcontratación y los destajos. Las empresas preferían reducir riesgos y compromisos de permanencia, subcontratando las diferentes fases del proceso de construcción, aún a costa de sacrificar la calidad del producto final.

Esta estructura hizo posible unos ingresos muy superiores a los que los trabajadores podían aspirar en su localidad. Entre 2.000 y 5.000 euros mensuales fue la cantidad percibida por un trabajo caracterizado por la inestabilidad, la presión por cumplir con los plazos y la ausencia del domicilio familiar. A cambio los trabajadores hicieron suyas las lógicas derivadas del consumo, adoptando una identificación con él y unos niveles de desarraigo familiar, desconocidos hasta entonces en los pueblos de la zona.

De otro lado, la siniestralidad en el sector aumentó un 70% entre 1989 y 1995, coincidiendo con la expansión de la burbuja inmobiliaria. Estas cifras mostraron la cara oculta del trabajo en la construcción: la subcontratación, los destajos, el peso del empleo eventual, la atomización empresarial. Oliva Serrano y Díaz Santiago (2005) se refieren a ella afirmando:

“...Los registros estadísticos han mostrado las circunstancias que se repiten en las víctimas (casi el 80% fueron trabajadores con un contrato temporal, y más del 40% ocurrió en empresas de menos de 25 trabajadores; además, el 48% tenían una antigüedad en la empresa menor de cuatro meses y la reconocida en el puesto no superaba, entre cada diez casos, los siete meses). Por ejemplo entre las víctimas mortales sufridas en Madrid en 2002 y hasta mediados de 2003, 1 de cada 3 tenía más de 50 años.” (p.131).

Los datos referidos a la temporalidad no contradicen a los publicados por el Servicio de Seguridad e Investigación del INSHT, reflejados en la Tabla 2 y en las

Gráficas 1, 2 y 3 en las que se refleja mayor incidencia de accidentes graves y de muertes, entre los trabajadores eventuales que en los que tenían un contrato indefinido:

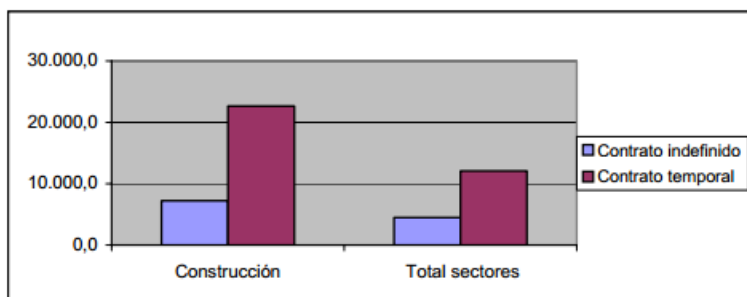
Tabla 2. Accidentes en jornada de trabajo con baja y tasas de incidencia, según tipo de contrato y gravedad. Total y construcción.

	TOTAL SECTORES								
	POBLACIÓN ASALARIADA	LEVES		GRAVES		MORTALES		TOTAL	
		Abs.	Tasa de incidencia	Abs.	Tasa de incidencia	Abs.	Tasa de incidencia	Abs.	Tasa de incidencia
INDEFINIDO	9.066.700	400.060	4.412,4	4.974	54,9	559	6,2	405.593	4.473,4
TEMPORAL	4.075.100	486.069	11.927,8	5.864	143,9	517	12,7	492.450	12.084,4

	CONSTRUCCIÓN								
	POBLACIÓN ASALARIADA	LEVES		GRAVES		MORTALES		TOTAL	
		Abs.	Tasa de incidencia	Abs.	Tasa de incidencia	Abs.	Tasa de incidencia	Abs.	Tasa de incidencia
INDEFINIDO	665.900	47.216	7.090,6	724	108,7	84	12,6	48.024	7.211,9
TEMPORAL	862.300	192.484	22.322,2	2.648	307,1	218	25,3	195.350	22.654,5

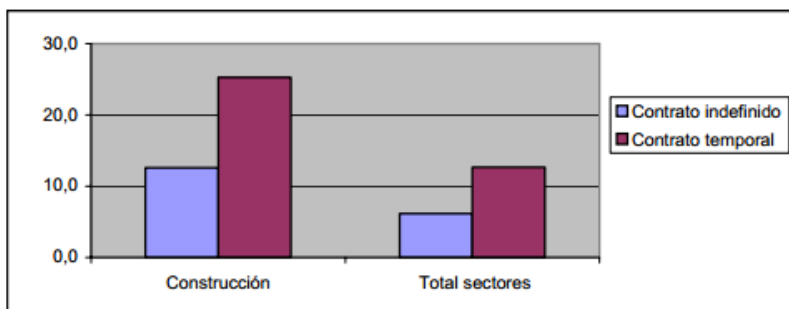
Fuente: INSHT.

Gráfica 1. Índices de incidencia de accidentes temporales totales por tipo de contrato y sector.



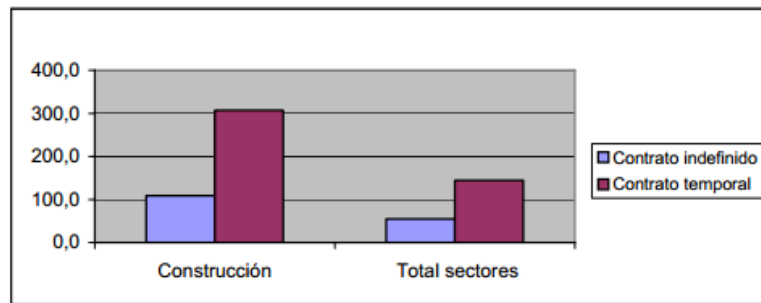
Fuente: INSHT, 2004.

Gráfica 2. Índices de incidencia de accidentes temporales mortales por tipo de contrato y sector.



Fuente: INSHT, 2004.

Gráfica 3. Índices de incidencia de accidentes temporales graves por tipo de contrato y sector.



Fuente: INSHT, 2004.

Muchos de los *commuters* a los que hemos venido haciendo referencia, se vieron sorprendidos por el parón de la construcción. De la noche a la mañana se encontraron atrapados por préstamos hipotecarios y en muchos casos por el desempleo. Uno de ellos argumentaba:

“...pues la verdad es que mi hijo, el pequeño, se sacaba unos 2.000 euros. Yo he sido encofrador, y empecé con lo que me enseñó un hermano, y así aprendí. Yo le traía a mi señora, unos meses 3.500 y otros 4.000. Un mes me acuerdo que le traje 5.000 euros...Ahora la verdad, es que nos pilló el toro. Mi chico con la casa a medio hacer, y yo parao y sin cotización para la jubilación. Una pena, una pena ¿Quién iba a pensar esto?, ya le digo, una pena.”

Mientras que el dinero fluía, las intermediaciones de los pueblos y las pequeñas ciudades de la zona de nuestro estudio estaban llenas de grúas. Las obras privadas y las inversiones en obra pública, configuraron un escenario en el que los cuerpos quedaron silenciados entre la especulación y los créditos bancarios. A pesar de ello la siniestralidad ya se presentaba como el lado más salvaje de la expansión inmobiliaria, hasta tal punto que provocó dos huelgas generales (el 24 de febrero del 2000 y el 2 de marzo de 2001) y la presentación de una iniciativa popular de Ley para la regulación de la subcontratación en el sector. Esta iniciativa fue avalada por 600.000 firmas y rechazada por el Partido Popular, con mayoría en el parlamento, el 21 de septiembre del 2000. El entonces presidente del gobierno José M^a Aznar, solicitó un informe que culminó con el llamado *informe Durán*. Su contenido puso de relieve las deficiencias de

unos registros, que debido a su diseño, subestimaron las causas de los accidentes laborales más graves.

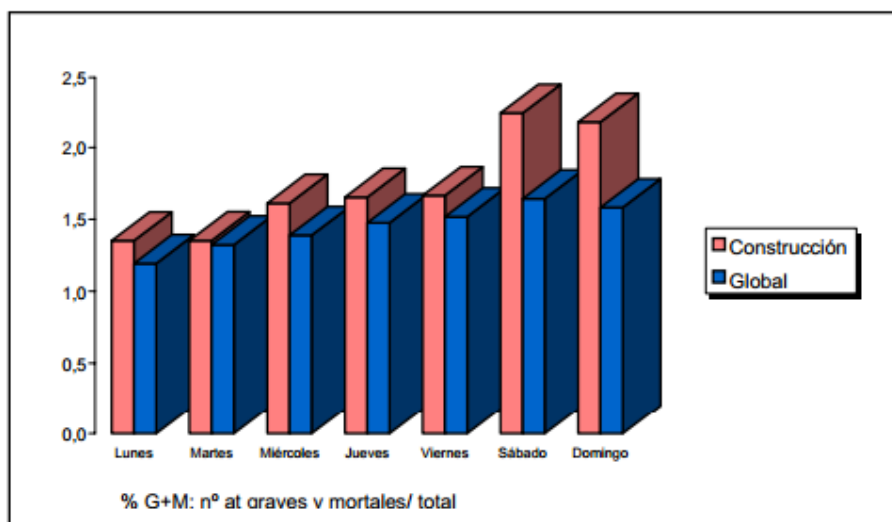
En la Tabla 3 y en la Gráfica 4, podemos analizar la evolución de la gravedad de los accidentes en el sector de la construcción, entre los años 1992-2002, periodo en el que se produjeron 955.980 accidentes con baja laboral. De ellos 12.940 fueron por motivos graves, y 1.159 mortales, según se indica en el estudio.

Tabla 3. Accidentes en jornada de trabajo con baja, según gravedad, en el sector de la construcción. Evolución 1999-2002.

	1999		2000		2001		2002	
	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%
LEVES	212.818	98,51	235.853	98,58	246.618	98,54	246.592	98,47
GRAVES	2.933	1,36	3.099	1,30	3.390	1,35	3.518	1,40
MORTALES	294	0,14	292	0,12	269	0,11	304	0,12
Total	216.045	100,00	239.244	100,00	250.277	100,00	250.414	100,00

Fuente: INSHT, 2004.

Gráfica 4. Comparación del porcentaje (%) de gravedad (% G+M) entre el sector construcción y el total de sectores.



Fuente: INSHT, 2004.

A la luz de las cifras, resulta difícil encajar las políticas de prevención en unos trabajadores más preocupados por la presión arterial y los niveles de colesterol, que por los riesgos laborales de un trabajo cuyos ingresos cuadruplicaban los obtenidos por cualquier otra actividad en el pueblo. Solo cabe pensar en la mediación económico-cultural, para comprender los motivos por los que los obreros minimizaron el peligro y los riesgos asociados al trabajo en la construcción. En este sentido, Luis Álvarez Munárriz (2005), cita a Marx en su *introducción de la economía política* para afirmar:

“El modo de producción en la vida material, determina el carácter general de los procesos sociales, políticos y espirituales. No es la conciencia de los hombres la que determina su existencia social, sino, al contrario, su existencia social determina su conciencia.” (p.68).

Observamos cómo los procesos de subjetivación no son independientes del contexto cultural, y es en la cultura donde con toda seguridad, encontraremos la respuesta a nuestros interrogantes.

El crecimiento económico que supuso el boom inmobiliario, no hubiera sido posible sin una estructura piramidal en la que la parte más alta impuso las reglas de juego a los niveles inferiores. Dado que cada posición aspiraba a los mayores beneficios, inevitablemente las peores condiciones recaían sobre aquellos trabajadores que se encontraban en la base de la pirámide. Esta situación difícilmente era compatible con planes eficaces de prevención de riesgos laborales que pudieran comprometer el motor de la economía española en aquellos años. Hemos de tener en cuenta que nos estamos refiriendo a grandes constructores que prácticamente habían venido monopolizando el sector desde el desarrollismo franquista, con la diferencia en este último periodo, de que la gestión de las obras y la contratación de personal se realizó a través de subcontratas con empresas de menor tamaño. Se trataba en muchas ocasiones de cuadrillas de 4 ó 5 personas, todas ellas autónomas, que buscaban los destajos como estrategia para obtener unos ingresos más elevados. Se estima que los autónomos superaron los 200.000 en el último ciclo expansivo de la construcción: camioneros, gruístas, yesistas, escayolistas, soldadores,... muchos de los cuales fueron forzados por los jefes de las subcontratas a convertirse en falsos autónomos con la finalidad de evitar los compromisos legales de los contratos de trabajo. Si los destajos obligados fueron

habituales, también lo fueron los despidos durante las vacaciones. Estas prácticas formaron parte del sistema de subcontratación del sector. Oliva Serrano y Díaz Santiago (2005) lo explican con estas palabras:

“Un proceso típico comienza cuando la empresa adjudicataria de un proyecto, o la propia constructora que promueve una obra, subcontrata su ejecución a una empresa que, a su vez, suele subcontratar algunas fases o unidades de obra a otras. [...]. La subcontratación proporciona una gran flexibilidad y resulta especialmente conveniente para la firma, pues facilita el cálculo y control de los costes, así como los plazos de su ejecución [...] A partir de la descripción de CCOO-CEE-SA, 1993 de las fases subcontratadas en un proceso típico podemos identificar aquellas en la que suelen integrarse los *commuter manchegos*. Las tareas de movimiento de tierras suelen contratarse a pequeñas empresas locales que aportan su propia maquinaria. [...] La realización de estructuras y cimentaciones (encofrado, ferralla...) [...] puede subcontratarse a grupos especializados que realizan el encofrado, montan la ferralla, ponen el hormigón y el desencofrado.” (p.137).

Estas tareas solían realizarse a destajo, circunstancia que suponía un factor que multiplicaba los riesgos. Los autores, a través del testimonio de uno de sus informantes se refieren a ellos y a las dinámicas que contribuyeron a minimizar los riesgos:

“...Si es un trabajador de 70 años, sesenta y tantos, en un andamio a 20 metros de altura pues es un riesgo añadido [...] Pero claro [...] La empresa, [...] usted, se pone a poner ladrillos que es para lo que le voy a pagar. Y se va a subir al andamio [...] si no quieres perder tu puesto de trabajo, y más a esas edades que están jugando con los plazos de las cotizaciones para la jubilación pues uno no se niega.” (p. 140).

Resulta pertinente mencionar que la actividad de estos trabajadores, ahora desempleados o jubilados, ejerció un efecto potenciador en la economía local que tuvo su reflejo en un aumento de los pequeños negocios, en la adquisición de segundas viviendas, y en general, en un incremento de las posibilidades de consumo que fue

interpretado con cierto equilibrio entre clases sociales, en otros tiempos tan diferenciadas. En el imaginario popular, el trabajo adquirió una dimensión democratizadora y de dignificación a través de las múltiples opciones de consumo. El orgullo por haber alcanzado posiciones económicas que dejaban muy atrás las dificultades y las desigualdades de los años anteriores, contribuyó a dotar de sentido las dinámicas de estos trabajadores, y a dejar en segundo plano las consecuencias para su salud del trabajo realizado en las obras de Madrid.

Oliva Serrano y Díaz Santiago (2005) ilustran con el testimonio de un informante, la línea discursiva que caracterizó a los *commuters* manchegos:

“Tus padres han trabajado toda la vida en el campo, como los míos [...]. En una casa vivían cinco o seis familias [...] comer, comían las cáscaras de naranja que tiraban los ricos [...] entonces [...] cuando me ven el viernes, al mediodía, dicen. “Ya está aquí”. No saben cuándo me fui por la mañana, ni me ven el lunes, ni el martes, ni el miércoles. Ni saben lo que yo he hecho por ahí. No te quiero decir nada, cuando me vieron entrar en el ayuntamiento por primera vez. El Ayuntamiento era para ellos. No podía entrar cualquiera, porque, en los pueblos, es verdad que hay todavía unos poderes ocultos [...] dicen: “este, que sus padres tenían un borrico” [...] Por eso dicen “los de Madrid”. Pues sí, “los de Madrid ahora vivimos, vivimos.” (p.147).

Sin embargo, la realidad era que para vivir, lo que se dice vivir, poco tiempo les quedaba, teniendo en cuenta que los autobuses salían ente las 05:00 a.m. y las 05:30 a.m. y regresaban al pueblo entre las 07:30 p.m. y las 08:30 p.m., dependiendo de la distancia de la localidad a los accesos de Legazpi, Atocha o a la Plaza Elíptica. Así lo expresaba otro de los informantes:

“Uno que se levanta [...] a las 04:30 a.m. o las 04:45 a.m., se sube al autocar y llega a Madrid, que está trabajando a destajo y llega a su casa a las 09:00 p.m. de la noche. Ese hombre, como persona está muerto [...] ese hombre no podrá decir si su calle tiene farolas o no tiene farolas. Qué más

me da [...] Si lo que uno quiere es llegar y dormir un poco para poder irse a trabajar.” (p.148).

Cabe pensar que este panorama de desarraigo y de ausencia del domicilio familiar, unido al esfuerzo de los cuerpos sobre-explotados, tuvo su reflejo tanto en la salud, como en las dinámicas familiares de los trabajadores

Por otro lado en los pueblos la mano de obra local en el campo fue en gran medida sustituida por la de los inmigrantes, que pasaron a realizar aquellos trabajos menos atractivos para la población local. Sólo los pequeños propietarios y los contratados a tiempo indefinido, formaban el grupo de trabajadores locales que continuaron desempeñando su trabajo en el sector agrario.

Los coches de gama media-alta comenzaron a formar parte del paisaje de los pueblos y el furor por el consumo se puso de relieve en las fiestas principales y en los ritos de paso que articulan la vida social: comuniones, bodas, bautizos, ceremonias de pedida, despedidas de soltero/a, graduaciones,...Cada uno de ellos era una posibilidad para demostrar el nuevo poder adquisitivo. Este afán por el consumo lo puedo resumir con el comentario de un comerciante de la localidad de Villarrubia de los Ojos, localidad de la que, en los años de mayor auge constructor, llegaron a salir 18 autocares diarios a las obras de Madrid:

“En aquellos tiempos yo solo podía traer la mercancía más cara, si no, hubiera tenido que cerrar el negocio. La gente tenía ganas de que se viera el dinero que ganaban en la capital. Daba igual en lo que fuera. Sólo querían lo más caro, si era un coche, como si era una estufa de leña, como si era el traje de la mortaja. Esto no nos podía traer nada bueno.”

El fracaso escolar en la localidad estaba a la orden del día. Se había tejido un orden económico que llevaba implícito un ordenamiento moral. En él, la familia y la salud quedarían subordinadas a la cuenta corriente y a las nuevas adquisiciones.

1.4.3 Fin del trayecto

Villacañas, pueblo que pertenece al área de influencia del Hospital-Mancha Centro, representa el peso y la caída del sector inmobiliario en la frágil economía de la zona. En

este pueblo se fabricaron muchas de las puertas de obra destinadas a viviendas de todo el territorio nacional. Jasper Juinen señalaba en *The Guardian*, que esta localidad es un ejemplo del *boom* inmobiliario de la construcción en España. Situado a 112 km de Madrid, en el pueblo se llegaron a fabricar el 72% de las puertas *de obra* de toda la construcción española. Esta actividad sufrió entre 2007 y 2008 los efectos del estallido de la burbuja inmobiliaria. Las fábricas Demarco, Artevil, Visol, Puertas Do Cavi, Mavisa, Proma, Guillen,... se fueron desmantelando, hasta que la actividad del sector terminó prácticamente por desaparecer de la localidad.

La salud, la formación, la cultura y la familia, quedaron relegadas a favor del consumo y de la falsa ilusión de ascenso social. Juan León, en su día director del IES Enrique Alfe, afirmó que en el curso 85/86 y durante los diez años posteriores, más del 50% de los alumnos abandonaron sus estudios para irse a trabajar a las puertas: “aprovechaban que se terminaba la obligatoriedad – primero a los 16 años y luego a los 18– para dejar el instituto y ponerse a ganar dinero” (Zamora y Gómez Peña, 2012). Los alumnos veían cómo amigos suyos, ya fuera del instituto, podían comprarse un coche, salir de copas y, en definitiva, manejar unas cantidades económicas muy atractivas para su edad. En la actualidad, según fuentes del ayuntamiento, de los 6.500 trabajadores que se dedicaban al sector en el pueblo, sólo 1.200 mantienen su puesto de trabajo.

Villacañas es un ejemplo de todas aquellas localidades de nuestro estudio en las que la construcción fue el principal motor económico. El éxito de hace apenas unos años, se ha visto truncado por el paro, las deudas y en algunas ocasiones también por los desahucios. Las chapuzas y el trabajo *low cost*, ya sea regulado o sumergido, se han generalizado en estos pueblos, afectando tanto a los hombres como a las mujeres.

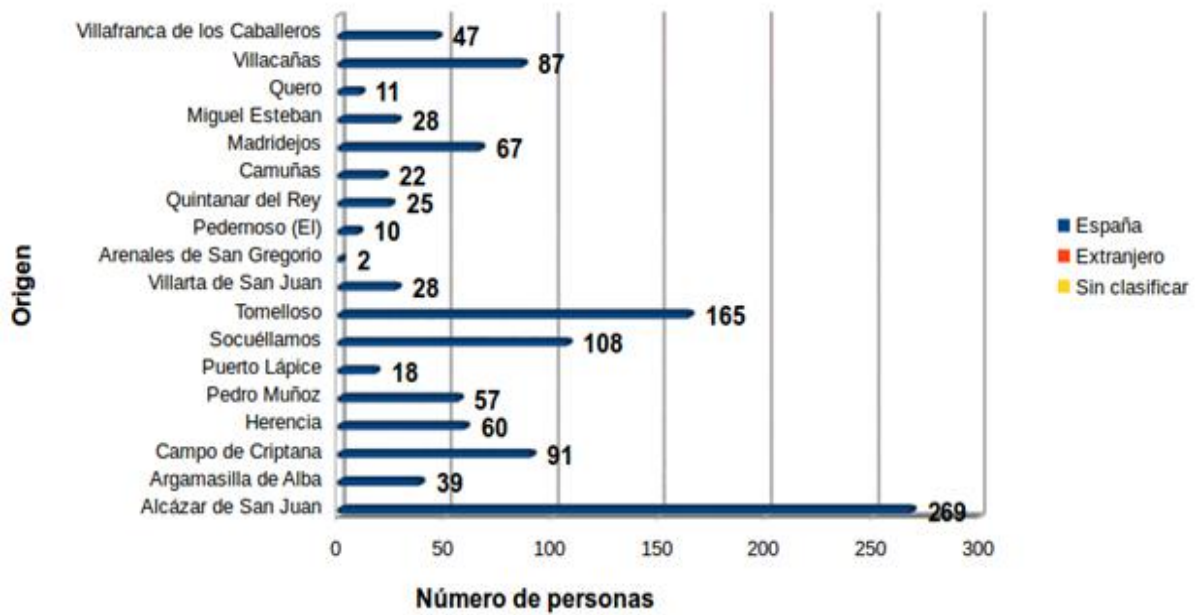
El conocido popularmente como *coche de los obreros*, ha dejado de salir. El pulso de estos pueblos, es un lamento por todo lo perdido durante la burbuja inmobiliaria.

1.4.4 Un franco, 14 pesetas. Volvemos a emigrar.

Mucho se ha especulado sobre la salida de jóvenes de España como consecuencia de la crisis económica. Es por ello, que a partir de los datos elaborados por el INE (2014),

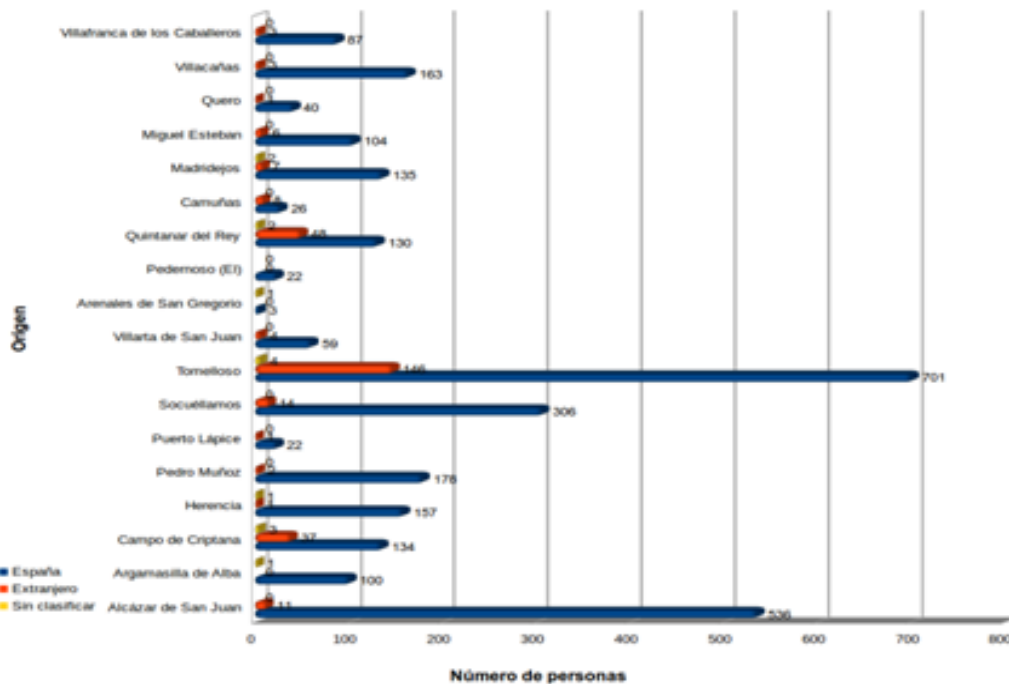
hemos establecido una comparativa de las variaciones residenciales exteriores en las localidades de nuestra investigación, entre los años 2000 y 2013 (ver Gráficas 5, 6 y 7).

Gráfica 5. Variaciones residenciales exteriores en el año 2000.



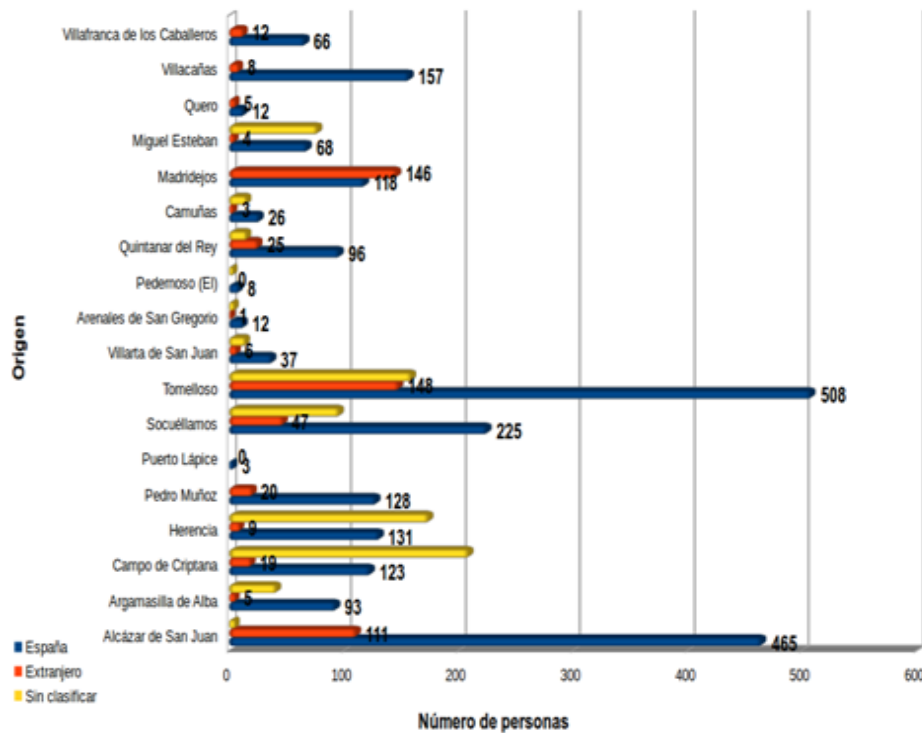
Fuente: INE, 2014. Elaboración propia.

Gráfica 6. Variaciones residenciales en el año 2007



Fuente: INE , 2014. Elaboración propia

Gráfica 7. Variaciones residenciales exteriores en el año 2013



Fuente: INE, 2014. Elaboración propia.

Como podemos apreciar, en el año 2000 no se produjeron variaciones residenciales en ninguna de las localidades del área de influencia de los dos hospitales en los que se realizará nuestro estudio, debiendo esperar hasta el año 2007, para apreciar el inicio del nuevo auge migratorio surgido a raíz de la crisis económica. Desde este año las salidas al exterior se han incrementado por el desempleo de los jóvenes, hasta alcanzar cifras similares a las del fenómeno migratorio español iniciado en los años 50 del siglo pasado.

Esta realidad está agudizando el problema demográfico, en una zona ya de por sí muy envejecida, en la que los jóvenes son un elemento clave para el crecimiento económico, demográfico y cultural. Consideramos necesario destacar que la mayoría de ellos, al contrario de lo que sucedió en el marco de la emigración fordista, se marchan de España sin tener un contrato en el país de destino, en el que en muchas ocasiones se reproduce la precariedad económica de los pueblos, con el agravante en este caso, de no tener cerca al grupo social y familiar de referencia. Por este motivo, a las dificultades económicas, debemos añadir las propias del desarraigo y las de un futuro, que en el

mejor de los casos, se perfila poco definido. La incertidumbre laboral ha pasado a afectar, tanto a los padres como a buena parte de los hijos que tomaron la decisión de marcharse. En algunas ocasiones, como comentaba una mujer de Herencia, las madres se ven obligadas a trabajar, para hacer más fácil la vida de estos jóvenes emigrados:

“Yo nunca había trabajado, bueno alguna vendimia eché y un par de meses que estuve haciendo bodas en los salones San Roque, pero lo dejé porque quería estar el fin de semana con mis hijos y mi marido. Y ahora mira, limpiando por 6 euros la hora para ayudar al de Alemania. Y fíjate tú, tan largo, allí... solico... sin su familia y mal trabajando. Ahora dice que se va a ir a Qatar, pero...yo no duerno porque eso está más largo todavía. Sufro mucho.”

Otra vez la ansiedad y el insomnio vuelven a presentarse unidos, vinculados a la falta de trabajo y a la precarización del poco que queda todavía en estas localidades. Sobre su impacto para la salud, aún nos queda mucho por escuchar y todavía más por escribir.

CAPÍTULO II. SALUD, CAPITALISMO Y SOCIEDAD. EL MARCO CULTURAL DE LA MEDICINA OCCIDENTAL.

2.1 Medicina y cultura. El caso particular de Occidente.

Cualquier estudio sobre medicina y sufrimiento laboral, debería ser abordado teniendo en cuenta la cultura en la que se encuentre, pues de no hacerlo así caeríamos en el error de analizar el modelo médico como una entidad independiente del marco cultural, que en definitiva lo crea y lo reproduce. Si aceptamos que la medicina acompañó al ser humano desde sus orígenes con planteamientos ligados a la supervivencia y a la cosmovisión de los pueblos, es importante establecer las particularidades que determinan la práctica médica dentro de la cultura occidental.

Lejos de planteamientos taylorianos¹ referentes a la irracionalidad del pensamiento primitivo² y desde un prisma fundamentalmente boasiano,³ debemos tener

¹ Edward B. Tylor (1832-1917) es considerado uno de los principales antropólogos creadores de la corriente conocida como *evolucionismo cultural*, que defiende una concepción evolucionista de la historia. Su evolución, debido a la unidad de la mente humana, iría desde la barbarie a la civilización, considerada ésta como el último peldaño del proceso evolutivo.

² El tema de la disociación entre ciencia y creencia, fue ampliamente analizado por Ángel Martínez Hernández (2008) en *Antropología Médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. El autor nos recuerda cómo Malinowski ya afirmaba que los trobian, al igual que los occidentales, proceden de manera racional tanto para lo imprevisto como para lo adverso, desafiando así la visión del individuo primitivo como víctima de su escasa evolución y de sus errores.

en cuenta que cualquier cultura se desarrolla en su contexto, bajo patrones de racionalidad que le garantizan su supervivencia como pueblo. Ninguna sociedad de las denominadas primitivas, ha desaparecido por causa de sus creencias o supersticiones, y si acaso, ha sido la civilización occidental la que ha provocado etnocidios a escala planetaria en nombre de la religión, la razón y el progreso, y la que ha iniciado un proceso de autólisis biocultural, cuyo reflejo lo podemos encontrar, tanto en la salud individual, como en la social⁴.

Desde este planteamiento, en el marco del tema que nos ocupa, se hace necesario establecer las circunstancias que particularizaron la génesis y el establecimiento de la biomedicina como sistema médico hegemónico en Occidente, para, a partir de ahí, poder analizar sus modos de entender y representar el sufrimiento laboral. Para ello vamos a comparar con la práctica médica de los Cheyennes, los Dobu y los Tonga, (Ackerknecht, 19859). Tres pueblos diferentes en los que la medicina es un subsistema integrado en todos los ámbitos de su cultura.

Comenzaremos con los *cheyennes*, destacando su intensa actividad guerrera⁵ y su alta dependencia de la caza del búfalo. Los caballos salvajes de las praderas o los robados a las tribus vecinas, resultan de vital importancia para su subsistencia. Desde niño, el cheyenne ha sido adiestrado para la guerra a través de ritos de autotortura, por lo que es frecuente la presencia de heridos, ya sea por motivos religiosos y sacrificiales, ya sea como consecuencia del enfrentamiento con las tribus vecinas. En un pueblo con fuertes lazos de lealtad y sin ningún tipo de creencia en la hechicería, las prácticas

³ Franz Boas (1858-1942) defensor del particularismo histórico y contrario al evolucionismo lineal, afirmó que no existen unas manifestaciones culturales superiores a otras, en contra de las bases de la pretensión de supremacía que muestra el etnocentrismo occidental frente al resto de los pueblos.

⁴ Jorge Riechmann, en la conferencia celebrada el 31 de marzo de 2014, en el marco del curso de postgrado (CSIC): en el *Horizonte de la Crisis*, planteó el problema que supone para la supervivencia de los pueblos la actual crisis ecológica, retomando el término *antropoceno*, acuñado por el Premio Nobel Paul Crutem, para referirse a los cambios geológicos producto de la actividad humana. El profesor Riechmann expresaba la amenaza real que supone el capitalismo para la supervivencia del hombre en un planeta gravemente amenazado.

⁵ No debemos entender el concepto de guerra en el sentido occidental del término, debido a que lo habitual entre los cheyennes son las reyertas entre individuos, sin la tecnología ni los éxodos que caracterizan los conflictos bélicos occidentales.

médicas pertenecen al dominio de toda la tribu, quedando la actividad del *hombre medicina*⁶ relegada al ámbito espiritual. Este descuido por la medicina vendría determinado por su profunda actividad guerrera y por sus rituales de autotortura, ya que una medicina intensiva contribuiría a eliminar aquellos aspectos que resultan cruciales para la cultura del pueblo cheyenne. Ni el guerrero herido, ni el que se pone cuernos de búfalo como expresión de gratitud a los espíritus, pueden ser considerados como enfermos en un sentido occidental del término, por lo que la enfermedad queda subjetivada fuera de estas categorías.

Por su parte el *Dobu*, es un pueblo con creencias vinculadas a las cosechas a las que practican encantamientos para protegerlas de los que realizan sus vecinos contra las suyas. Los hechizos y los tabúes son determinantes para la salud, por lo que un compendio de ambos vendría a ser el equivalente a un tratado sobre patologías dobus. Su aldea y el *susu* (leche de la madre), compartido por los parientes vinculados a ella, constituirán un auténtico hospital en caso de enfermedad. Por otro lado la relación entre los miembros de la tribu, no está exenta de hostilidades causadas por las deudas que genera la demanda de alimentos en una tierra poco fértil. Cuando un dobu está enfermo suele sospechar que su mujer, junto con sus parientes son los causantes de su enfermedad producida por los hechizos y la brujería. Por este motivo gran parte de sus preocupaciones se encuentran dominadas por la magia. Debido a sus sospechas hacia todos, no hay *hombres medicina* entre los dobu, como tampoco existe una actitud de protección o empatía hacia el enfermo. El brujo es el encargado de romper el hechizo causante de la enfermedad y para ello se servirá del *lola* o del exorcismo que le corresponda. Como afirma Erwin H. Ackerknecht (1985), la medicina dobu también viene caracterizada por su integración en la cultura en la que se encuentra inscrita.

Diferente es el caso de los tonga al contar con una agricultura incipiente y practicar la caza mayor. Los miembros del grupo gustan de contar historias y los músicos gozan del prestigio de gran parte de los habitantes del poblado. La unidad elemental no es el matrimonio, sino la aldea presidida por el jefe de la familia

⁶ Utilizo la expresión *hombre medicina* por ser la utilizada por el autor. Entre los antropólogos, suele utilizarse genéricamente la palabra médico para nombrar a la persona encargada de curar las enfermedades, con independencia de la cultura de que se trate.

compuesta por sus mujeres, hijos y hermanos con sus respectivas esposas e hijos. Si el jefe muere, la aldea desaparece y sus hermanos construirán otra nueva con los mismos habitantes. El modelo espiritual tonga está fuertemente jerarquizado y los dioses están integrados por los antepasados del jefe, que tendrán influencia sobre toda la tribu. Lo más terrible que le puede pasar a un tonga es la ruptura de un tabú que cause la enfermedad, o en el peor de los casos, la sequía. La enfermedad es enviada por los dioses y su antídoto vendría por la purificación a través de más de cincuenta principios activos. Al centrarse en la aldea el tabú, no se producen diferencias entre las enfermedades naturales y las sobrenaturales.

Brevemente hemos seguido el recorrido, que en su día llevó a cabo Ackerknecht, sobre la medicina de tres pueblos con características culturales muy diferenciadas. La elección de los mismos no ha respondido a ningún criterio determinado, por lo que también hubieran podido servir los estudios de E. Pritchards sobre los azandes o cualquiera de las numerosas etnografías publicadas sobre el tema. Como ya hemos visto, en los tres casos se produce una integración de la medicina en el conjunto de sus características culturales: creencias, parentesco, contexto ecológico y actividades económicas, en función de las que se establecen diferentes modelos de salud y diferentes maneras de concebir los procesos de salud-enfermedad-atención.

El caso de la biomedicina occidental, viene particularizado por su pretensión de objetividad científica en el tratamiento de la enfermedad y como consecuencia por una consideración universalista del cuerpo humano. La biomedicina se apropia del cuerpo para, una vez reparado, restituirlo al ámbito social y productivo en el que se encontraba antes de enfermar (Taussig, 1995). Las sociedades simples por el contrario, poseen un concepto de enfermedad vinculado con lo social, lo religioso, lo económico y lo ecológico.

Tanto en Occidente, como entre los dobu, los tonga y los cheyennes, los procesos de subjetivación de la enfermedad están mediados por la cultura y de acuerdo con ella se establece el modelo médico correspondiente para su diagnóstico y tratamiento. En los cuatro casos analizados están presentes sugerencias mágicas y racionales, sin embargo es una particularidad de la medicina occidental su alta dependencia del modelo económico y sus procedimientos de regulación social. Esta

subordinación del marco cultural a la economía, convirtió a la ciencia en general y a la medicina en particular, en el fetiche de la cultura occidental⁷. La biomedicina desde sus inicios focalizó la mirada a partir de su adhesión a la bio-tecno-economía. Ni el parentesco, ni la naturaleza, ni las creencias o valores, tienen cabida en un modelo que, desde su génesis, se particularizó por sus afirmaciones de independencia respecto al contexto cultural en el que se inicia y se desarrolla. Sin embargo, la ciencia en general y las ciencias biomédicas en particular, han generado sus propias creencias o ilusiones de objetividad al amparo de un sistema económico y productivo que determina, en gran parte, maneras de objetivar y subjetivar la enfermedad. Dicho de otro modo, la medicina occidental surgió en un contexto económico con el que en muchos aspectos terminó por identificarse.

Entre los estudios biomédicos, son pocas y con escasas repercusiones, las investigaciones realizadas sobre las causas socio-políticas de las enfermedades, motivo por el que en esta investigación realizaremos un análisis crítico desde una perspectiva antropológica, que nos servirá como atalaya para analizar su relación con el territorio político y económico, en el que se produce y se gestiona el sufrimiento laboral.

2.2 Entre el illness y el disease: la construcción cultural de la enfermedad laboral.

La palabra enfermedad encierra un poder simbólico de tal magnitud que dificulta su asociación con la normalidad del día a día, se trate o no de actividad laboral. Nos hemos habituado a entender la salud como el polo opuesto a la enfermedad, por lo que deducimos con frecuencia, que cuando hay enfermedad no puede haber salud. Al mismo tiempo la actividad laboral como concepto, también viene asociada con la salud, debido a que cuando la perdemos cabe suponer que no podemos trabajar. En otras palabras,

⁷ Es importante tener en cuenta la afirmación de Popper (2005), en el sentido de que una teoría es verdadera hasta que no sea refutada por otra. Puesto que el método científico trabaja con probabilidades más o menos altas, dependiendo de lo que se pretenda demostrar, siempre estará presente la posibilidad de refutar una teoría. Del mismo modo, considero pertinente recordar la afirmación de Thomas S. Kuhn, (1980) según la cual la ciencia debe ser entendida como una sucesión no acumulativa de paradigmas que a su vez son elaborados dentro de contextos políticos y económicos determinados. Desde Occidente, el modelo científico, ha venido caracterizándose por su dependencia de financiación y como consecuencia por su vinculación con el poder.

definir a una persona como enferma, la exime de ciertas obligaciones personales y sociales, como sería el caso de acudir a su puesto de trabajo. Por lo tanto, podemos convenir afirmando que la enfermedad está sujeta o forma parte, del conjunto de símbolos compartidos, a los que Geertz (1988) se refirió en su definición de cultura.

Las enfermedades desde la biomedicina o medicina occidental, son entendidas como disfunciones biológicas, que pueden categorizarse en tablas taxonómicas de signos y síntomas. Los síntomas pertenecen al ámbito perceptivo del afligido, pero serán transformados en signos por la biomedicina al dotarlos de evidencia científica. A partir de ese momento, el enfermo pasará a ser sujeto y objeto de nuevos significados. El paradigma positivista es el responsable de esa transformación mediante un proceso que transporta el universo de las subjetividades al reino de lo objetivo, lo mensurable y en definitiva, de “lo real”.

Si bien la enfermedad, los síntomas y el sufrimiento, pasan a ser definidos en términos de patología, tanto el discurso de la vida cotidiana, como el del médico, no siempre otorgan a igualdad de signos igualdad de significados. La carga simbólica de la enfermedad, de su nombre y de su significado cultural, contribuye a re-escribir el significado de los síntomas, tanto por el médico, como por el enfermo y su contexto social, y ello con independencia del sufrimiento que pudiera producir. El síntoma por lo tanto, está sometido a las intersubjetividades del médico y del enfermo, imbricadas ambas en un contexto cultural determinado. La patología laboral no existe como signo, salvo en el caso fortuito de accidente, o como consecuencia de una enfermedad cuyo origen demostrable se encuentre exclusivamente en el trabajo. Para demostrar esta última contingencia será necesario, no sólo estar enfermo, sino haberlo estado durante un tiempo en el que se suponía un buen estado de salud. Por otra parte el mismo hecho de trabajar significa y simboliza tener salud y ello a pesar de que la realidad haya sido la contraria. En esta fábrica de significados que es la cultura, la medicina puede afirmar que una persona está sana y enferma al mismo tiempo, en el caso de que en un futuro le fuera reconocida una enfermedad de origen laboral.

Las personas interpretan sus síntomas en función de los significados que se establecen desde el marco cultural que contiene y define a la enfermedad. Las representaciones de las aflicciones desde el modelo positivista, no son tan universales

como pudiera parecer, sino que, a partir de sus consideraciones culturales, pasan a ser redefinidas, no sólo por la biomedicina, sino también por los pacientes.

Podemos afirmar que cada cultura, como ocurría con los dobu, los tonga o los cheyennes, posee sus propios códigos sobre lo que es y lo que no es enfermedad. Ahora bien, si la fiebre o el dolor son síntomas vividos, sentidos e interpretados, en función de determinados códigos culturales, ello no resta verisimilitud ni intensidad a los padecimientos. Una urticaria es una urticaria, en Occidente o entre los masais, y sus síntomas son molestos y engorrosos, por más que los mismos se encuentren sometidos a múltiples interpretaciones. En este marco debe distinguirse entre *disease* o desajustes orgánicos, y el *illness* o la vivencia subjetiva de la enfermedad en un marco cultural determinado. Autores como Kleinman (1978), han defendido una aproximación intersubjetiva de la enfermedad a partir de la fenomenología europea. Para esta corriente filosófica, que se centra en la subjetividad o vivencia dentro-de, lo importante es el fenómeno tal y como es percibido, y no como es en realidad. Desde este punto de vista lo objetivo y lo subjetivo son conceptos interdependientes, configurados tanto por las particularidades individuales, como por los modelos culturales que dan forma a la vivencia, tanto personal como intersubjetiva, de la enfermedad. Estos dos aspectos estructuran el mundo-de-la-vida, cuyos pilares fundamentales son: el espacio vivido, el cuerpo vivido, el tiempo vivido y la relación humana vivida. María Feijoo Cid (2013), utiliza en su tesis doctoral, el concepto de cuerpo vivido para referirse a la experiencia *illness*, y retoma el concepto de *embodiment* de Merleau-Ponty, como forma de superar la separación artificial mente-cuerpo, afirmando que el cuerpo es a la vez, objeto y sujeto. La autora diferencia entre el cuerpo biológico u objetivado y el cuerpo vivido o experimentado subjetivamente. En el primer caso nos referiremos al *disease*, mientras que para el segundo utilizaremos el término *illness*, haciendo referencia a la vivencia subjetiva de la enfermedad.

Desde la antropología médica, se entiende la enfermedad en general y la enfermedad laboral en particular, como una categoría cultural en sí misma, superando los planteamientos estrictamente biológicos. Es por ello que diferenciamos entre *disease*, *illness* y *sickness*. En consecuencia podemos afirmar que la biomedicina o medicina occidental, también es un constructo cultural con sus propias creencias

derivadas del positivismo y con su propio marco de referencia situado en el Renacimiento y consolidado a partir de la revolución industrial. Reflexionar sobre la patología laboral en este marco cultural no es una tarea exenta de dificultades, más bien al contrario, nos obliga a transitar por el terreno minado de las verdades irrefutables del modelo médico hegemónico⁸.

Continuando con Feijoo Cid (2013), me parece oportuna la crítica que realiza a las categorías de Fábrega, cuando éste identifica el *illness* con la categoría *emic* y la *disease* como un sinónimo de *etic*, debido a que al posicionar al modelo médico en la categoría de lo objetivo o *etic*, lo presupone como incuestionable y lleno de verdad, estableciendo un posicionamiento médico-céntrico. Kleiman (1978), resolvería esta dualidad igualando, en términos de certeza, tanto la *disease* en cuanto a patología o disfunción biológica, como el *illness* en tanto que vivencia subjetiva de la enfermedad. Por lo tanto al categorizar *disease* e *illness* como constructos culturales, eliminamos la dimensión de realidad objetivada e incuestionable de la *disease*, y categorizamos la enfermedad como una relación entre lo vivido, o peor, lo sufrido y lo objetivado. Sin embargo, al ser la enfermedad en sí misma un producto cultural, es necesario añadir una tercera dimensión a las ya descritas (*disease* e *illness*), debido a que los síntomas, en cuanto símbolos, constituyen significados que están sujetos a una función hermenéutica. Pensemos por ejemplo, en una persona que padece un sarcoma, y en otra que sufre una contractura muscular, supongamos que las dos comunican en sus narrativas de aflicción los mismos síntomas de dolor de espalda. La carga simbólica de la enfermedad, su nombre y su significado cultural, hará que el discurso comunicativo provoque reacciones sociales diferentes, según se trate de una o de otra dolencia. El mismo sufrimiento, será interpretado de acuerdo con los códigos culturales que correspondan a la taxonomía de cada enfermedad.

Como afirma L. M. Juárez y C. C. Crespo (2012) la dificultad está, en que desde la práctica sanitaria convencional se hace muy difícil atender y entender el contexto social y cultural en el que se desarrolla la enfermedad.

⁸ Utilizo *hegemónico*, en un sentido gramsciano del término, siguiendo al autor cuando se refiere a la *hegemonía cultural*, para hacer referencia al sometimiento del proletariado a través determinadas maneras de ejercer pedagogía.

“El problema, en este punto y que corresponde a la práctica convencional en la primera mitad del siglo XXI es que ya no es posible “comprender” el contexto social y cultural de los casos con la única herramienta de la intuición, de la experiencia y del ensayo-error”. (p. 19)

Young (1982), introdujo el concepto de *sickness* para hacer referencia a las dimensiones sociales de la enfermedad y a sus articulaciones sociopolíticas y económicas. Esta tercera dimensión constituye un pilar central en lo referente al sufrimiento en el trabajo por diversos motivos, entre ellos destaco: el coste económico de la baja laboral, el prestigio que supone soportar este tipo de padecimientos y el estigma social y la sospecha que muchas veces recae sobre las personas que se ven obligadas a dejar temporalmente su puesto de trabajo por IT. En este sentido, Dejours (2009b) puso de relieve la alta tolerancia social al sufrimiento generado en el desempeño de la profesión u oficio. Afirma el autor, cómo el hecho de soportar este tipo de padecimiento, ha constituido un signo de prestigio, e incluso una muestra de virilidad. Es por este motivo, que en el caso del daño laboral es importante conocer los condicionamientos y las reacciones sociales ante este tipo de sufrimiento. A ellos nos referiremos cuando hablemos de *sickness*. Las mutuas laborales, los inspectores médicos, los EVIs, los empresarios y los compañeros o familiares, serán los componentes fundamentales de esta tercera dimensión.

2.3 El cuerpo en la medicina occidental.

2.3.1 El proceso de individualización.

La antropología ha influido de manera decisiva a la hora de legitimar el cuerpo como objeto de estudio, al conceptualizarlo como una superficie donde quedan reflejadas las marcas de la cultura. En las sociedades occidentales se postula sobre la evidencia biológica del cuerpo, lo que ha determinado su reformulación anatomopatológica dentro del campo de la medicina. Le Breton (2004), afirma que lejos de esta contundencia biológica, nada hay más inaprehensible que el cuerpo humano. En las sociedades simples o pre-urbanas, con una visión más holista del individuo, el cuerpo es

considerado en relación a la comunidad a la que pertenece. En otras palabras, la comunidad étnica constituye una unidad indivisible de la que forma parte el cuerpo de todos sus miembros. Por este motivo, el cuerpo no puede ser considerado como una frontera que delimita la posesión de un yo frente al mundo, de modo que tampoco podría comprenderse como un factor de individualización y con un proyecto personal separado del grupo.

Como ocurría con los cheyennes, los dobu y los tonga, constituye una característica de las sociedades tribales, el hecho de que el hombre adquiriera su identidad en relación a sus antepasados, a su comunidad y a su linaje, lo que determina un proyecto vital que no queda circunscrito a su propio cuerpo, ni se detiene en él, sino que por el contrario adquiere su principio de existencia, en claro vínculo con el universo que lo rodea y lo configura. Es en este aspecto, donde se encuentra la diferencia con la concepción de cuerpo tributaria de la cultura occidental, en la que se produce una ruptura del sujeto con la comunidad, con su linaje y con su propia biología, para pasar a transformarse en el principal medio, no solo de producción, sino también de distribución y consumo.

La aparición del individuo *in sensu stricto*, portador de un cuerpo y de una identidad única e independiente, tanto de la de sus antecesores, como de la de su lugar de procedencia, vino de la mano del Renacimiento, momento en el que surgió el individuo moderno y cosmopolita, con un proyecto vital centrado el interés propio. A partir de él, pasó a tomar decisiones sobre su trabajo, su residencia y su parentesco. Esta autonomía, que determinó un divorcio respecto a los valores anteriores, trajo como consecuencia principal, la búsqueda de soluciones personales a los problemas individuales, y el objetivo prioritario de ver cumplidos los deseos propios. No quiero decir con esto, que el hombre surgido al amparo de la modernidad, no continuara manteniendo vínculos con su comunidad de referencia, sino más bien, que adquirió un grado de autonomía respecto a la misma, que hubiera sido impensable en momentos históricos anteriores.

Destaca Le Breton (2004), como rasgos reveladores, la aparición de la firma en las obras de los pintores renacentistas frente al anonimato que caracterizó a los constructores de las catedrales en la Edad Media, y el hecho de que el capitalismo

tomara impulso a finales del siglo XVI y durante el XVII, dándole al individuo una expresión y un sentido, cada vez más destacado. A este respecto es oportuno recordar, cómo el individualismo se inició paralelamente a dos acontecimientos centrales en la presente investigación: el surgimiento del capitalismo como sistema económico, y el nacimiento en Occidente de un interés por la anatomía humana, que culminó con la aparición de la medicina tal y como la entendemos en la actualidad. Coincido con Dumont (1987), cuando afirma que el individualismo es en esencia la ideología de la civilización occidental, caracterizada paradójicamente, por la absorción total del individuo. Este espejismo de libertad, va unido a un horizonte de deseos-necesidades incumplidos, en el que cada meta alcanzada adquiere su sentido en función de la siguiente, situada a su vez, dentro de un entramado de deseos infinitos e imposibles de satisfacer. En este proceso, el cuerpo se constituyó en el instrumento principal para hacer posible la tarea inalcanzable de la plena satisfacción. Encadenado desde la revolución industrial a las dinámicas productivas de cada momento, la necesidad por consumir, ha terminado por devorar el hígado del hombre moderno, en un ciclo *prometeico*, que hasta el momento no ha encontrado su Heracles liberador.

La falsa ontogénesis de actuar al margen de imperativos sociales y económicos, ha provocado en los individuos un debilitamiento del yo y de la cohesión con el grupo, cuya fuerza ha quedado igualmente debilitada, por la falsa ilusión de libertad individual. Esta idea de autonomía ha servido de argumento para responsabilizar a las personas en el caso de enfermedad, desempleo, o ante un desahucio hipotecario. Cuando escribo estas líneas, en noviembre del 2014, algunos políticos responsabilizaban a toda la sociedad de la corrupción instalada en España, desde el inicio de la democracia postfranquista. La idea difundida en los medios de comunicación, de que de haber tenido la oportunidad todos hubiéramos sido corruptos, e incluso de que lo fuimos en la medida en que pudimos serlo, ha contribuido a particularizar la descomposición democrática y a minimizar, cuando no a disculpar, la corrupción. Esto ha sido un elemento más que ha contribuido, junto a los nuevos modelos productivos, a debilitar el sentido de identidad y pertenencia, que caracterizó a la sociedad rural precapitalista.

La biomedicina e incluso la sociología del trabajo, a través del individualismo metodológico (inteligencia, creatividad, constitución física, genética o capacidad de emprender), han contribuido a ponerle freno a la acción individual vinculada con los procesos de cambio social. Resulta pertinente citar a Durkheim (1987), cuando se refería al hombre como actor social y no individual, y ello a pesar de sus particularidades morales, físicas o psicológicas. Su influencia en autores como Radcliffe Braum, o Marcel Mauss, fue decisiva a la hora de abordar el estudio de las culturas.

2.3.2 El cuerpo biológico y el cuerpo social.

Al definir Mary Douglas (1996) los límites del cuerpo como una metáfora del sistema social, nos permite establecer cuál es su relación con el contexto socio-político. De esta manera, podemos establecer la relación de la esclavitud o del nazismo, con las ideologías encarnadas en el sufrimiento o la muerte de sus víctimas. No voy a realizar un análisis de las lógicas que hicieron posible tratar a los individuos como a máquinas productivas, o como residuos a los que es preciso eliminar, pero sí quiero reflexionar sobre el hecho ineludible, de que el cuerpo ha sido sujeto y objeto de las políticas que el poder ha puesto en marcha en sus diferentes variantes ideológicas.

Foucault (2003), nos mostró el martirio al que fue sometido el cuerpo de Damians:

“Llevado y conducido en una carreta, desnudo, con una camisa, con un hacha de cera encendida de dos libras de peso en la mano [...] en dicha carreta, a la plaza de Grève, y sobre un cadalso que allí habrá sido levantado [deberán serle] atenaceadas las tetillas, brazos, muslos y pantorrillas, y su mano derecha, asido en esta el cuchillo con el que cometió dicho parricidio, quemada con fuego de azufre, y sobre las partes atenaceadas se le verterá plomo derretido, aceite hirviendo, pez, resina ardiente, cera y azufre fundidos juntamente, y a continuación su cuerpo estirado y desmembrado por cuatro caballos y sus miembros y tronco consumidos en el fuego, reducido a cenizas, y sus cenizas arrojadas al viento” (p.5).

El relato muestra, cómo el cuerpo del condenado fue transformado en cuerpo político sobre el que actuaron las tecnologías del poder, hasta convertirlo en cuerpo aniquilado. Como vemos, para bien o para mal, las decisiones políticas no resultan indiferentes para la salud de las personas.

Desde el marco normativo, los Estados-nación han legislado con la finalidad de infligir sufrimiento como pago por la culpa, o de prevenirlo y repararlo como garantía de inclusión y pertenencia. Ordenar la realidad del dolor, ha supuesto sentar las bases del orden social, por eso sacar a la luz el sufrimiento, supone interrogar a la acción política y al discurso jurídico-político. Por este motivo es importante analizar, dentro del sufrimiento laboral, la palabra oficial autolegitimada, y explorar a partir de ella, las diferentes posiciones que ocupan los trabajadores. El marco legislativo en materia de derecho laboral, focaliza su atención en el accidente laboral y en la enfermedad profesional. El primer caso nos sitúa en la idea de *lo raro*, lo fortuito o lo inusual, y ello a pesar de que la siniestralidad laboral no siempre responda a motivos exclusivamente azarosos. El uso del término *accidente*, difumina el nexo entre las causas y los efectos y normaliza lo que debería ser considerado como inaceptable. En el segundo caso, la dificultad para establecer el origen de la enfermedad en el trabajo, constituye el principal obstáculo para su reconocimiento. El paso de los años, las actividades laborales sucesivas, los obstáculos médicos y jurídicos, el desconocimiento, el olvido o la resignación de la víctima, hacen que la mayor parte de las veces, la enfermedad laboral quede invisibilizada, en la categoría más genérica y menos comprometida de enfermedad común.

Las estructuras de poder se sirven de una tecnología difusa a la que Foucault se refirió como microfísica del poder. Se trataría de una red de redes que estructura la totalidad de la vida de las personas. La biomedicina se comporta de acuerdo con los imperativos de la ideología dominante, la que a su vez determina los procesos de objetivación, subjetivación e intersubjetivación de la enfermedad. En ellos quedan representadas, tanto a nivel consciente como inconsciente, las relaciones de dominio que dan forma, no sólo a los deseos, sino y sobre todo a los temores. El cuerpo de Damians, al igual que el de los lectores de esta investigación y el mío propio, es un cuerpo escrito y por lo tanto apto para ser interpretado.

El ejemplo del martirio de Damians, no debe hacernos entender el poder como una institución jurídica represiva, sino que por el contrario, en la actualidad esta apropiación la realiza, a través de técnicas de dominación vinculadas con el cuidado, la protección, la seducción, y con determinadas formas de realización personal.

Como afirma Álex Demirovic (2013), fue a raíz del compromiso fordista con el Estado de bienestar, cuando se unificaron los comportamientos individuales, igualando a su vez los modelos económicos, políticos y culturales. El autor afirma:

“La economía y la política se basaban en que los hábitos colectivos eran estables, predecibles y uniformes. Para que permanecieran uniformes se desarrollaron los correspondientes modelos económicos, políticos y culturales: en la fábrica el trabajador masificado, en los sistemas sociales la comunidad solidaria de individuos con hábitos cotidianos semejantes y en la industria cultural las formas de residencia y los patrones de tiempo libre. Se privatizó a los individuos y se los sometió al consumismo [...] Esto iba de la mano con un disciplinamiento de la vida cotidiana” (p.21).

En este proceso disciplinario, la biomedicina y la psicología, contribuyeron a establecer imperativos de conducta para el mantenimiento o el restablecimiento de la salud, al mismo tiempo que establecieron los criterios sobre lo normal y lo patológico, lo aceptable y lo inadmisible, lo que debía explicitarse y lo que debía ser silenciado en lo concerniente a la salud laboral.

En España fue a finales de los años sesenta del siglo pasado, cuando comenzó a gestarse una historia del ego vinculada al culto al cuerpo a través de: el pluralismo asistencial⁹, la práctica deportiva, la preocupación por el aspecto físico, el interés por la ecología, la exaltación de lo local, y hasta cierta fascinación por lo ético. Este proceso, que culminó con nuevas formas de consumo, generó una cultura a la medida del

⁹ Término utilizado por Enrique Perdiguero Gil (2004), para hacer referencia al uso de procedimientos terapéuticos alternativos a los establecidos por el modelo médico hegemónico. En este uso de las denominadas *medicinas complementarias y alternativas* (en lo sucesivo CAM): homeopatía, acupuntura, naturismo, dietas, sanadores y un largo etcétera, se encuentra implícita la demanda de un modelo de salud más personalizado, a pesar de que en sus procedimientos y protocolos, se reproduzcan no pocos aspectos del modelo médico hegemónico.

individuo, en la que en aras de valores superiores se establecieron determinados modos de subjetivación, que contribuyeron a minimizar el sufrimiento laboral. En este marco, se subordinaron las necesidades del grupo, incluso el familiar, a un nuevo yo construido como una técnica más de control social¹⁰. Este proceso de re-construcción, quedó articulado en torno al trabajo y a las nuevas formas de consumo.

En este contexto individualizador, el cuerpo social quedó constituido como una suma de átomos individuales e interdependientes, unidos a través del único vínculo del deseo. En este sentido, Deleuze y Guattari (2004), afirmaron que en contra de lo establecido por la tradición marxista, el deseo es el que genera la necesidad y no al revés. Al identificar la máquina capitalista con un sistema generador de deseos, los autores aluden a la desterritorialización y descodificación de los antiguos códigos referenciales. El parentesco, el Estado, la moral y la religión, quedaron configurados a favor del impulso expansionista establecido al amparo de las lógicas de los mercados. Ésta pérdida referencial se estableció sobre las bases inequívocas y sólidas de las infinitas posibilidades de consumo. A través de ellas, el individuo pasó a reconocerse y a autenticarse de tal modo, que las referencias tradicionales fueron sustituidas por las más inconsistentes de los grupos con los que compartimos deporte, terapia ayurvédica o destino turístico, que vienen caracterizados por su inestabilidad y por una falta de compromiso entre sus miembros.

Ante esta realidad, el individuo actúa como en su día lo hiciera el barón de Münchhausen (Watzlawick, 1992), al agarrarse su propia coleta para evitar morir en la ciénaga. Hemos de tener en cuenta que la verdadera ilusión consumista, pronto le (nos) mostrará la cara del desencanto, la fatiga y la soledad y que al contrario de lo que sucedió en el relato de Paul Watzlawick (1992), el *Homo Economicus*, para mantenerse a flote, necesita de todos aquellos productos que lo autentifican y que al final serán los que terminen por definirlo.

¹⁰ Si bien el trabajo puede ser fuente de bienestar, cuestiones como la incertidumbre, la sobrecarga, el número de horas, la organización del trabajo y más recientemente el desempleo, llevan aparejados en numerosas ocasiones, sentimientos de soledad, falta de realización, desapego, fatiga y la sensación de fracaso personal. La gran recompensa que significaba en los últimos años el acceso al consumo, alcanzó como incentivo un punto de saturación, que redujo notablemente su carácter de estímulo reforzador, sin reducir por ello su alto poder aditivo.

Por otro lado en la era del biopoder, la vida de las personas es administrada subrepticamente a través de estructuras invisibles. Éstas actuarán en función de las demandas establecidas desde las complejas estructuras que sostienen la economía capitalista. En *Crédito a Muerte*, sostiene Anselm Jappe (2011), que el sistema capitalista bajo la forma epocal del neoliberalismo, exige para mantener su supervivencia un número cada vez mayor de sacrificios sociales y humanos. El autor, desde un planteamiento crítico con la categoría marxista del valor, sostiene que la actividad productiva, lejos de satisfacer necesidades, sirve para alimentar el ciclo del trabajo y la valoración del capital. El modelo económico implementado con la revolución industrial en Europa, vino caracterizado por una metástasis renovadora, que no solo se alimenta de recursos naturales, sino que también diseña nuevas fórmulas sociales y determina las maneras de subjetivar los procesos relacionados con el sufrimiento laboral.

Al no existir la posibilidad de una realidad fuera del sistema económico, afirma Jordi Maiso (2012):

“Los sujetos dominados y oprimidos no garantizan ninguna base para la ética social, porque es la totalidad de la civilización y las formas de subjetividad y estructuras psíquicas basadas en el fetichismo, lo que hay que cuestionar. [...] El problema añadido es que las formas de socialización capitalistas homogeneizan cada vez más a los sujetos, les debilitan y les barbarizan, dando lugar a la <<mutación antropológica>> que Pasolini denunciará en los años sesenta y que Jappe retoma aquí, registrando una tendencia represiva de largo alcance, incluso una “psicosis narcisista” alimentada desde la Play Station, hasta los móviles de última generación.”(p.8-9).

Desde esta perspectiva, marcada por lo que el autor denominó *estrategias desesperadas de supervivencia*, el ser humano no dimensiona su paso por la vida fuera de un sistema, cuyos procedimientos de destrucción son cada vez más sofisticados, incluyendo la eliminación de antiguas formas de solidaridad y una tendencia creciente hacia la barbarización de la sociedad. La velocidad, el deseo y la filosofía del *más a cualquier precio*, formaron parte de un discurso pedagógico y propagandístico, que

sedujo a buena parte de la población. Sus consecuencias para la salud, las encontramos particularizadas en las consultas de los médicos, psicólogos, acupuntores, homeópatas y/o curanderos locales.

Al estar las tecnologías modernas más basadas en la pedagogía que en la violencia, se responsabiliza a las personas de su salud a través de la implementación de políticas preventivas, al mismo tiempo que se silencian los rigores de la lógica sacrificial propia del modelo económico capitalista. Con la crisis económica, el poder se ha vuelto más sutil a través de los discursos de autorrealización y autorresponsabilidad. Es así cómo ha transformado un empleo precario en una oportunidad de conocimiento, experiencia y crecimiento personal y el desempleo, en un trampolín para el inicio de una actividad emprendedora.

Durante los años que precedieron a la caída de los mercados, se vivió en España un clima de euforia escenificado por: la adquisición de viviendas, coches, la práctica de deportes de riesgo, yoga, meditación, los viajes exóticos, y en definitiva, en ese todo abstracto que se convino en llamar *calidad de vida*. En Tomelloso, ciudad en la que resido, se abrieron entre otros: un aeródromo, un campo de golf y un club de buceo. En esta localidad manchega, situada a 300 km de la costa, se ofrecía numerosas posibilidades de consumo a sus habitantes. Estas opciones, que abarcaron desde los coches de gama media, hasta un interés creciente por lo *zen*, estuvieron y se encuentran actualmente mediatizadas, por técnicas de control que hicieron compatibles dos motivaciones aparentemente contrapuestas; por un lado alcanzar un modo de vida caracterizado por el hedonismo, tanto en su faceta material como espiritual, y por el otro, las largas jornadas laborales necesarias para satisfacer los nuevos deseos de *libertad* y *crecimiento personal*. Solo de esta localidad, se desplazaban más de mil trabajadores diarios al mercado del trabajo de la construcción de Madrid (Oliva Serrano, 1995). 400 kilómetros recorridos cada día, para hacer posibles salarios que pusieran al alcance de los obreros, el sueño en technicolor del: “*consumo luego triunfo*”, para ocultar la realidad en blanco y negro del: “*me consumo, luego enfermo*”.

Durante los veintitrés años que trabajé como orientadora en esta localidad, asistía perpleja al agobio de unos niños con horarios de ejecutivo copiados en negativo de los de sus padres, y en el que no faltaron: las clases de refuerzo, de recuperación, de

inglés, de música, de pintura, de danza y de todo tipo de deportes. El desgaste mental y físico no se hizo esperar, y el binomio deseo-trabajo comenzó a mostrar sus consecuencias; primero en los niños, después en la pareja y por último en los cuerpos desgastados.

La miseria existencial, unida al desempleo y a la desregularización del trabajo, nos acerca al final de lo que Lipovetsky (2003), denominó *segunda revolución individual*. En ella los cuerpos sobre-explotados piden explicaciones a la biomedicina por sus padecimientos, a los que ella responderá con prótesis, antidepresivos o analgésicos, ya que como veremos, el alivio de estos sufrimientos nunca estuvo en su cartera de servicios.

En Occidente, el hombre llegó a su máxima expresión de individualismo cuando transformó su cuerpo en un instrumento para cubrir, no sólo las necesidades básicas, sino y sobre todo, las necesidades generadas, a las que yo denomino: *necesidades propuestas*. En este proceso la biomedicina jugó el papel esencial de dispositivo, en un sentido foucaultiano del término, generando la ilusión de seguridad y favoreciendo la disponibilidad de cuerpos dóciles, sanos y productivos. Podemos afirmar que en la sociedad contemporánea, el cuerpo ha pasado a ser un lugar de ocupación, gracias en parte, al *capitalismo cultural* (Stiegler, 2013), unido a la trampa del pensamiento positivo. Al consumo se le sumaron las *experiencias*: cruceros, rutas, espectáculos, deportes de aventura..., que contribuyeron a generar la falsa sensación de hiperrealización personal. Sin embargo para alcanzar estas metas fue necesario un plus de trabajo que invadió el tiempo de la familia, el de los amigos y el de las emociones. En este marco, el trabajo pasó a ser un administrador de recompensas con un poder reforzador cada vez más debilitado. En la era del *yo absoluto*, cada meta solo adquiere sentido en función de la siguiente, de manera que el individuo permanece atrapado en un sumatorio *ad infinitum* de deseos incumplidos.

La diferencia entre las tres últimas generaciones de trabajadores, la encontramos en que en la primera, las personas tuvieron conciencia de lo que podríamos denominar *calidad del trabajo*, por lo que aspiraron a una reducción de la jornada laboral, a mejores condiciones salariales, o a un trabajo intelectual o administrativo, exento de los rigores del trabajo físico, mientras que en las dos últimas, a través de un

proceso de *biodesterritorialización*, se han ignorado aspectos esenciales de la vida a favor de la rutina impuesta por el trabajo. Para hacer frente al pago de las hipotecas y al vencimiento de los plazos, fueron cantidades cada vez más elevadas, a las que los trabajadores pudieron acceder aumentando su jornada laboral, o mediante la modalidad de los destajos. Y así nos encontramos con la paradoja de que en el período de mayor individualización, se ha producido un deterioro de los aspectos más importantes para el bienestar físico y psicológico de las personas; nos referimos a los sentimientos de seguridad y a la certeza de aprecio y pertenencia.

En este proceso dual, donde el mayor nivel de individualización de la historia del hombre convive con lógicas productivas que se traducen en una carrera de obstáculos, el poder gestiona el miedo transformándolo en psicopatologías. La biomedicina será la encargada de gestionarlo a través de sus retóricas organicistas y psicologicistas. Como afirma Illouz (2007) en *el capitalismo emocional*, los anhelos de felicidad mediados por el consumo y los discursos psicologistas de autoayuda, pensamiento positivo o mercadotecnia oriental, se gestionan según las reglas del mercado, en términos de pérdida o ganancia. En definitiva, los sentimientos se definen y se constituyen, desde, por, para, y en función, de lo económico.

Desde el fordismo y con más intensidad en el neoliberalismo postfordista, se ha producido una fragmentación psicológica del ser humano, que ha traído como consecuencia un alejamiento de su *mismidad* y una disminución de sus capacidades de: reflexión, empatía, amistad y dignidad (Sennett, 2000). Teniendo en cuenta que ningún ser vivo ha nacido para actuar contra sí mismo, no debe extrañarnos que en este marco socio-económico referencial, hayan aumentado las patologías relacionadas con el trabajo. En este contexto, la biomedicina es el escenario donde los individuos buscan la solución a las consecuencias de la organización del trabajo sobre su salud. Las ataduras económicas, la desconfianza, la falta de seguridad, el paro y la precariedad laboral, han conducido a buena parte de trabajadores al drama personal del desamparo y la enfermedad. Afirmaba Adorno (1955): “los trabajadores deben mirar hacia adelante, lozanos y concentrados y olvidar lo que queda al margen. Deben sublimar obstinadamente todo instinto que lleve a la distracción, lo cual supone un esfuerzo añadido” (p.134).

Esa mirada *hacia adelante* a la que hace referencia el autor, es la que nos impide realizar una reflexión profunda sobre la relación entre trabajo y sufrimiento, que ponga al descubierto las consecuencias que tiene el primero sobre la salud, la vida familiar, la consistencia de los valores y creencias, y la solidez o fragilidad del mundo afectivo y relacional.

2.4 Tres siglos de alianza: Biomedicina, Ciencia y Estado.

2.4.1 Hacia una medicina clasificatoria. Hegemonía biológica vs. narrativas de aflicción.

El incremento demográfico que caracterizó el siglo XVIII, marcó el comienzo de nuevas formas de gobierno y de un nuevo modelo productivo puesto en marcha con el maquinismo y el trabajo industrial. Esta circunstancia, unida a los avances científicos y tecnológicos del Renacimiento, estableció el inicio de la biomedicina o modelo médico hegemónico, que se consolidaría como disciplina positiva, al amparo del progreso de la anatomía patológica. A diferencia de las sociedades simples o no estatales, en las que la medicina se establece sobre la base de la relación entre la enfermedad y el marco cultural, en la medicina moderna se modificó este paradigma con la mediación de un dispositivo médico-legal-estatal, encargado de su regulación. A partir de entonces, a la expresión de dolor del síntoma, le sustituyó la asepsia del signo interpretado. En este proceso, la medicina debutó en ciencia positiva, y el enfermo en acontecimiento patológico. La medicina nació así, alejándose de lo individual y lo sensible, para adentrarse en lo universal e interpretable por el saber científico.

El conocimiento anatómico formulado por Galeno se vio limitado a las disecciones de animales, permaneciendo el interior del cuerpo oculto hasta finales de la Edad Media. Fue el interés por desvelar sus secretos, el que condujo a Vesalio a situarse junto al cadáver y reflejar en ilustraciones, la complejidad hasta entonces desconocida, del cuerpo humano. De este modo fue, cómo el conocimiento de la anatomía y el análisis de los tejidos, determinó un cambio en el pensamiento clínico y estableció una correlación entre la cara visible del síntoma y el mal funcionamiento de los órganos.

La cuestión científica adquirió tal magnitud, que la demanda de cuerpos para su disección generalizó el robo de cadáveres. El cuerpo sin vida se transformó en cuerpo útil y productivo, en cuanto generador de riqueza y conocimiento. En las láminas de Vesalio, o en las imágenes de una resonancia nuclear magnética (RNM), el cuerpo atomizado oculta el cuerpo sentido y el cuerpo relacionado.

Si bien la confianza en el sanador es universal, al ser también universal la fragilidad y la conciencia sobre la propia muerte, fue en Occidente donde la unión de la medicina con la razón positivista, estableció un código encriptado de difícil comprensión para los enfermos y en ese sentido incuestionable para los profanos. Sólo la biomedicina refutando sus hipótesis previas, tendrá el poder de modificar sus afirmaciones anteriores, pero estas revisiones dependerán de sus fuentes de financiación, cuyos intereses no van a verse perjudicados por los resultados de investigaciones que ellas mismas sufragan.

En este punto quiero citar al médico higienista Pedro Monlau (1853), cuando aseguraba, que:

“Las consecuencias de la masturbación, son muchas y a cual más desastrosa: la tisis, los aneurismas, las convulsiones parciales o generales, la epilepsia; cierta especie de parálisis particular acompañada de contracciones de los miembros, gibosidades o desviaciones varias del espinazo; el embotamiento de todos los sentidos; la pérdida de la memoria; la debilidad de las demás facultades intelectuales, que puede llegar hasta la idiotez y el embrutecimiento; el marasmo y la muerte.” (p.566).

En el momento de la publicación y de las sucesivas reediciones de la obra de Monlau, sus afirmaciones fueron consideradas verdades científicas, y sobre ellas se ejerció una transmisión pedagógica desde la medicina, la educación y la familia.

Afirmaba Foucault (1976) que el *dispositivo de sexualidad* reinventó el sexo para regularlo, a lo que yo añadiría, que la biomedicina reinventó el cuerpo para normativizarlo: “Ironía del dispositivo: nos hace creer que en ello reside nuestra liberación” (p.86).

Desde la supremacía tecnológica, se estableció una jerarquía sobre los aspectos de la enfermedad que debían ser narrados y aquellos que, debido a sus características, debían silenciarse. El sufrimiento laboral de manera privilegiada, se ha visto afectado por el lenguaje y las categorías expositivas establecidas desde la biomedicina.

Con el nacimiento de la anatomopatología, la religión cedió los cuerpos desritualizados al nuevo ritual de la ciencia, y desde entonces la enfermedad adquirió su identidad a partir del análisis y de las pruebas de los órganos dañados. A partir de ese momento, la narrativa del enfermo quedó subordinada a la nomenclatura médica: las terminaciones en *-osis* pasaron a designar las formas generales de la alteración (*gastrosis, leucocitosis, enterosis*); en *-itis* las irritaciones, en *-rea* los derrames,... (Foucault, 2007). La medicina estableció una taxonomía agrupando las enfermedades en función de los órganos dañados, y ya serán éstos y no las personas, los que requieren del médico para su reparación técnica. En la lista de enfermedades profesionales establecidas por la OIT (2010a), aparece una clasificación que poco difiere de la establecida en su día por Vesalio (Figura 1).

Como puede observarse en el último punto de la Figura 1, es necesario establecer una correlación entre los síntomas y el análisis anatomopatológico o visual de los tejidos, para afirmar que el origen de la enfermedad laboral se encuentra, *solo y exclusivamente*, en el trabajo. Este ejemplo vincula a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), con la política económica. Es así cómo se opone la mirada tecno-médica, a la subjetividad emotiva y relacional del enfermo.

Figura 1. Enfermedades del sistema osteomuscular

❖ Enfermedades del sistema osteomuscular ➤ Tenosinovitis de la estiloides debida a movimientos repetitivos esfuerzos intensos y posturas extremas en la muñeca ➤ Tenosinovitis crónica de la mano y la muñeca debida a movimientos repetitivos, esfuerzos intensos y posturas extremas en la muñeca ➤ Bursitis del olécranon debida a presión prolongada en la región del codo ➤ Bursitis prerrotuliana debida a estancia prolongada en posición de rodillas ➤ Epicondilitis debida a trabajo intenso y repetitivo ➤ Lesiones de menisco consecutivas a períodos prolongados de trabajo en posición de rodillas o en cuclillas ➤ Síndrome del túnel carpiano debido a períodos prolongados de trabajo intenso y repetitivo, trabajo que entrañe vibraciones, posturas extremas de la muñeca, o una combinación de estos tres factores ➤ Otros trastornos del sistema osteomuscular no mencionados en los puntos anteriores, cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacionales, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y el (los) trastorno(s) del sistema osteomuscular contraído(s) por el trabajador

Fuente: OIT, 2010a.

Se da continuidad al giro anatomoclínico iniciado por Vesalio y continuado por Virchow, en el que el síntoma podría llegar a carecer de significado. El ojo clínico humano ha cedido su territorio a la precisión del ojo electrónico, restando así significado a las narrativas de aflicción.

Con el nacimiento de la nueva mirada médica, el sufrimiento humano pasó a transformarse en sufrimiento orgánico, y el órgano dañado en el protagonista de la relación médico-paciente. En el caso del sufrimiento laboral, el criterio tecno-médico, es el único cualificado para determinar si la salud de un trabajador ha sido dañada por la

intervención de un agente externo procedente exclusivamente de su trabajo, o si por el contrario, se trata de una enfermedad común. Al ser un *no-signo*, la subjetividad de la persona carece de valor, de tal modo que la MBE *bio-desterritorializa* al individuo de su memoria biológico-laboral, sustituyéndola por otra diferente fabricada al amparo de la ciencia. No es mi intención negar la realidad de las enfermedades establecidas como categorías, lo que quiero decir es que este modo de taxonomizar, hace que las enfermedades permanezcan inmutables en su propia categoría, desplazando a la enfermedad laboral como historia de vida (Laplantine, 2010).

Marcel Mauss (2009), denominó *hecho social total* a las dimensiones económicas, jurídicas, religiosas o fisiológicas, que acompañan al ser humano. Al quedar reducida la enfermedad a fisiopatología, el modelo médico occidental silencia la importancia que el contexto pudiera tener en su aparición. Esta visión estática, silenciosa y desposeída del sentido de la totalidad, a la que se refirió Mauss, se transforma de la mano de la biomedicina, en la visión mecánica y vacía de causalidad, representada en una RNM.

A todo ello debemos añadir, cómo desde el particularismo del modelo, se prima la responsabilidad del sujeto sobre el resto de factores implicados en la aparición de la enfermedad. Esto contribuye a culpabilizar al individuo y a enmascarar las condiciones sociales y económicas implicadas en el proceso de salud-enfermedad-atención. La propia biomedicina, re-construye la identidad del afligido a través de un lenguaje, en el que el sujeto deviene en objeto de-construido. Dentro de esa nueva realidad el paciente se ve obligado, no sólo a reconocerse, sino a re-definirse a partir de una nueva identidad re-construida. Este proceso constituye un ejercicio de violencia simbólica, expresión que tomo prestada de Feijoo Cid (2013), en el que la vulnerabilidad que acompaña a la enfermedad, culmina con el sometimiento del paciente a los códigos impuestos por la medicina. Esta sumisión la describe Marguerite Yourcenar (1994), desde una mirada occidental, en su obra: *Memorias de Adriano*, y la podemos encontrar a través de las palabras de emperador refiriéndose a la vivencia de su enfermedad, cuando afirma:

“Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes sólo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y sangre. Esta mañana pensé por primera vez que mi cuerpo, ese compañero fiel, ese amigo más seguro y mejor conocido que mi alma, no es más que un monstruo solapado que terminará por devorar a su amo [...]” (p.86).

El relato de la autora nos sitúa en la confluencia de la práctica médica con la pérdida de identidad que sufre el emperador, reducido a una *triste amalgama de linfa y sangre*. A través de la medicina, la grandeza del soberano quedó transformada en un cuerpo dócil capaz de devorar a su propio amo. Lo que realmente lamenta el emperador Adriano, es cómo la mirada de Hermógenes, solo ve en él un magma de vísceras dañadas que elimina, no solo al emperador, sino también su dignidad como ser humano.

2.4.2 El determinismo biológico: hacia una mirada política del cuerpo.

El biologicismo que acompañó el nacimiento de la medicina occidental, supuso anteponer el hecho biológico al contexto social. Desde este planteamiento lo importante dejó de *ser* el porqué de la enfermedad para pasar a *estar* en el órgano necesitado de reparación técnica. El sufrimiento (*illness*) pasó a transformarse en síntoma interpretado (*disease*), a través de un discurso que se mostró opaco a la historia de vida del afligido. En esta retórica descansa el racionalismo universal que caracteriza a la ciencia en general y a la medicina occidental en particular.

Recordemos la experiencia etnográfica de Nancy Scheper-Hughes en la favela de Bom Jesús. La antropóloga norteamericana reparó en una madre que decía: “los meninos stao nervoses porque nao tem nada para comer (mis hijos están nerviosos porque no tienen nada para comer)” (Scheper-Hughes, 1997, p.172). La biomedicina había transformado el hambre en psicopatología, de manera que a los cuerpos hambrientos de los habitantes de Alto do Cruzeiro se les proporcionó benzodiazepinas y antidepresivos, que a juzgar por el relato de la antropóloga, tuvieron un precio en el

mercado muy superior a los alimentos que hubieran necesitado para recuperar la salud. La autora lo expresaba con estas palabras:

“La transcripción del discurso popular sobre el hambre al discurso popular sobre la enfermedad es sutil, pero esencial en la percepción del cuerpo y sus necesidades. Un cuerpo hambriento necesita comida. Un cuerpo enfermo no implica ninguna crítica. Tal es el privilegio especial de la enfermedad que juega un papel social “neutro” y constituye una condición que exime de culpas.” (p.174).

La autora puso de relieve la doble vinculación que se produce entre la salud y las condiciones sociales y entre la medicina y la práctica política. Podríamos afirmar que la biomedicina se transforma en biopolítica a través de una gestión económica que regula el lenguaje y la productividad de los cuerpos.

Mucho antes de que la antropóloga y enfermera norteamericana realizara sus investigaciones etnográficas en las favelas brasileñas, Virchow ya nos había advertido de los peligros que corría la ciencia médica al ignorar las circunstancias históricas y sociales en las que aparece la enfermedad. En su trabajo sobre el tifus del hambre en la Alta Silesia, realizado a comienzos de 1848, enfatizó cómo los defectos de la sociedad son en muchos casos la causa de la enfermedad, motivo por el que proponía evitar el reduccionismo característico de la mirada clínica. La importancia de su propuesta consistió en sacar a la luz las malas condiciones de vivienda, nutrición y trabajo, para señalarlas como causas directas de la enfermedad (Waitzkin, 2006).

Afirmaba Virchow, que la medicina es en realidad una ciencia social y que la política puede entenderse como la práctica médica a una escala más amplia (Waitzkin, 2006). La represión que sufrió por parte de las fuerzas políticas conservadoras, hizo que terminara volviendo a su laboratorio de anatomopatología celular. Como Virchow, han sido muchos los médicos que han sufrido el rigor institucional, por plantear la necesidad de un cambio en el proceso dialógico entre el médico y el paciente, que permitiera recuperar la centralidad de las narrativas de aflicción. En los contactos previos a esta investigación, un traumatólogo nos comentaba:

“Durante un tiempo, no sé yo, siete u ocho meses, incluíamos en la anamnesis la historia laboral de los pacientes. Aquello no nos llevaría más de tres minutos con cada paciente. Tengo que decirte que, por muchos motivos, fue una de las épocas de mi carrera profesional de la que estoy más satisfecho. Ni te imaginas la cantidad de patología laboral que se ve en una consulta de traumatología. Bueno, pues como quien paga manda, resulta que la gerencia nos aumentó el número de pacientes porque había que disminuir la lista de espera. Y resulta, que cuando te tienes que mirar a 18 o 20 personas en una mañana, te puedes imaginar que es imposible ver más allá de lo que tienes delante, que por ponerte un ejemplo, puede ser una cadera. Ni te cuento ya con los pacientes nuevos. En fin, terminamos, como no podía ser de otra manera, ciñéndonos estrictamente a los protocolos, si no queríamos salir a las diez de la noche del hospital. ¡Ah!, y ni un permiso para formación. Los cursos a los que he asistido, me los he financiado con mi dinero y con mis vacaciones.” (Traumatólogo del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha).

En estas situaciones la mirada médica se cruza con la mirada política, que intervendrá ante cualquier desviación poniendo en marcha sus dispositivos de control¹¹. La biomedicina actúa de acuerdo con las demandas del orden establecido. Podemos afirmar que desde el nacimiento de la medicina social, el acto médico ha sido, como afirmaba Bourdieu (2012), un *acto de Estado*, con la finalidad de recuperar el cuerpo individual para su retorno a la normalidad del cuerpo social.

¹¹ Las demandas de una reconfiguración de la práctica clínica, han venido tradicionalmente de la mano de los profesionales de la salud. Es importante a este respecto, tener en cuenta las producciones científicas de investigadores que, nadando muchas veces a contracorriente, hicieron posible desde un planteamiento crítico con el modelo médico hegemónico, el nacimiento de la antropología médica.

2.4.3 El giro neoliberal y la captura de la salud como objeto de consumo.

El corpus científico en general y la biomedicina en particular, se vieron influenciados por el orden creado tras la II Guerra Mundial, de manera que si en la década de los sesenta se puso el énfasis en el binomio naturaleza-cultura, esta corriente no tardó en verse neutralizada a favor de una mayor radicalización del modelo original. La medicina hegemónica se vio reforzada en sus planteamientos con el avance de la técnica y la hiperespecialización, cuyo resultado fue un modelo asistencial taylorista caracterizado por su alta dependencia de la técnica y por su afán de eficacia pragmática.

A partir de gobierno de Margaret Thatcher (1979-1990) en Gran Bretaña, se produjo un giro neoliberal (*Welfare State*), que reformuló los modelos de gestión de la Sanidad Pública y del Estado de bienestar. La ética individual promulgada por Friedman (1966), terminó por silenciar la ética social, con el argumento de que la gestión social de lo público aumenta el parasitismo y constituye un lastre para la iniciativa privada. Con estos postulados, se intensificó la privatización de la Sanidad Pública, que pasaría a ser gestionada de acuerdo con las reglas de coste-beneficio, propias de los mercados.

Si la privatización se estableció como solución para la contención del déficit público, sus efectos se han puesto de manifiesto según las características previas de los servicios sanitarios de cada país. Como afirma Sánchez-Bayle (2008), en aquellos países en los que se partía de una gestión privada de la sanidad, ha disminuido el ejercicio liberal de la medicina, a favor del beneficio de las multinacionales de la salud. En el caso de países como España, donde la cobertura pública estaba generalizada¹², la estrategia ha consistido en poner en marcha un proceso de privatizaciones mediante la división de los servicios públicos en unidades de menor tamaño y más tecnificadas. Las administraciones sanitarias han centrado sus preocupaciones en criterios de cantidad, a los que han subordinado buena parte de la calidad asistencial. Estas políticas han

¹² Conviene recordar, que la *Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado* (MUFACE), el *Instituto Social de las Fuerzas Armadas* (ISFAS) y la *Mutualidad General Judicial* (MUGEJU), ofrecen a los colectivos de funcionarios que las integran, la posibilidad de optar entre medicina pública y medicina privada. Desde la década de 1970, vienen estableciéndose convenios entre las compañías privadas y el Ministerio de Administraciones Públicas en este sentido.

elevado el estrés laboral del personal sanitario y han contribuido, en ocasiones, a que la plusvalía generada por los médicos, dependa del número y del tipo de actos clínicos, realizados con cada paciente. Es así como muchos médicos se han visto obligados a cumplir con objetivos de rentabilidad, en función de los intereses empresariales¹³. Si desde sus inicios la biomedicina ha venido a caracterizarse por desenfocar la influencia socio-laboral y económica sobre la salud, para centrar la atención en la particularidad biológica de los órganos dañados, en los últimos años podríamos afirmar, que a través de las nuevas formas de gestión se está produciendo una tendencia a la mercantilización, expresada por Demirovic (2013), con estas palabras:

“[...] un poco de supervisión y coaching, una terapia ocasional, un poquito de meditación, introspección y recogimiento, un alcoholismo dosificado o consumo de drogas. El descentramiento se convierte en objeto de amplio dispositivo de prácticas técnico-médicas empresariales y de normalización, organizadas en estadísticas, publicidad, artículos de periódico, retóricas de amonestación y apelación a la conciencia por parte de las aseguradoras, los discursos políticos o los servicios médicos: sobre anorexia, obesidad, alimentación equivocada, sedentarismo, consumo moderado de alcohol, cirugía estética, diseño corporal o diagnóstico genético.” (p.41).

Desde el *laissez-faire* defendido por el neoliberalismo, se ha producido un cerco sobre la salud que ha tenido como consecuencia la mercantilización del cuerpo, sano o enfermo, y un aumento del control sobre los procesos de subjetivación. El desempleo, la precariedad laboral o la pobreza, han terminado desdibujados a favor de la responsabilidad personal en el cuidado de la salud. En el momento de iniciar nuestra investigación, las instituciones sanitarias se encontraban literalmente empapeladas con normas y consejos sobre estilos de vida saludable. Este discurso centraba la causalidad de la enfermedad, principalmente, en una falta de diligencia por el cuidado de la salud.

¹³ Si tenemos en cuenta que la subjetividad del profesional de la medicina se encuentra traspasada por: el momento histórico, sus conocimientos científico-técnicos, la presión gerencial, su seguridad laboral y por sus ingresos, será fácil comprender por qué las intervenciones de columna son mucho más numerosas en las clínicas privadas que las realizadas en los hospitales públicos. En los últimos años, según afirma Francisco Kovacs, se realizaron un 2000% más de intervenciones en España que en el Reino Unido, y ello a pesar de que Gran Bretaña cuenta con unos 26 millones de habitantes más que nuestro país.

Cuando la auxiliar de enfermería, Teresa Romero, fue contagiada por el virus del Ébola mientras desempeñaba su trabajo, el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, la acusó de falta de diligencia al quitarse el traje bioprotector, y de haber provocado ella misma su contagio. A pesar de que volveremos más adelante sobre este caso, ahora nos sirve para ilustrar el énfasis culpabilizador con el que en muchas ocasiones se enmascara la enfermedad laboral.

Más allá de identificar las causas del sufrimiento en el trabajo, las personas son adiestradas para comprar aparatos biotecnológicos, emitir diagnósticos, ejercer vigilancia, aplicar tratamientos y conocer qué variables personales potencian o limitan su salud. En este proceso de profesionalización médica, los individuos actúan siguiendo los mismos mecanismos de control que la biomedicina.

2.4.4 La culpa como dispositivo de control.

Las que fuimos madres y trabajadoras jóvenes en los años ochenta, vivíamos en estado de alerta la crianza de nuestros hijos. Lo que debía haber sido un proceso natural, se transformó de la noche a la mañana, en una amenaza de agentes infecciosos, intolerancias, alérgenos...Y todo ello, sin contar con el temor a causar un trauma si no optábamos por la lactancia materna, que inevitablemente se veía subordinada a los horarios derivados de la dinámica laboral. Fue habitual que, después del trabajo, y una vez realizadas las tareas domésticas inaplazables, finalizáramos la jornada proporcionando a nuestros hijos un baño relajante. Se trataba de transmitirles la tranquilidad que a nosotras nos faltaba, y de no sucumbir a la culpa por nuestra ausencia y falta de dedicación. Biberones, esterilizadores, sacaleches, juegos para el desarrollo motor, afectivo o social, formaron parte del precio de la maternidad para las jóvenes madres trabajadoras¹⁴. Por primera vez, el inicio de la vida se presentó unido al consumo, la culpa y la vigilancia médica. Sin embargo, las condiciones laborales derivadas de la organización del trabajo, nunca fueron objeto de atención en los planes de prevención de la salud de los años 80 y 90 del siglo pasado. Todavía hoy podemos

¹⁴ En realidad el precio era mucho más elevado, pues el ajuar incluía también: sillas de seguridad para el coche, silla de paseo, capazo, cuna, mochilas, humidificadores, zapatos...sin olvidar bibliografía especializada sobre el desarrollo infantil.

encontrarlos en los programas de salud establecidos por las diferentes Comunidades Autónomas del Estado español. Es especialmente ilustrativo el elaborado por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM,2014), con el nombre de: “Castilla-La Mancha +ACTIVA. Por un estilo de vida más activo y saludable”. En la página web de la comunidad, puede leerse: “la sociedad actual necesita personas ACTIVAS, que sean emprendedoras y dinámicas, ágiles, eficientes, comprometidas e innovadoras”. Y sigue: “así mismo, es necesario contar con una población más SALUDABLE, informada, sensibilizada con su salud y concienciada con los riesgos que supone la inactividad“(JCCM, 2014).

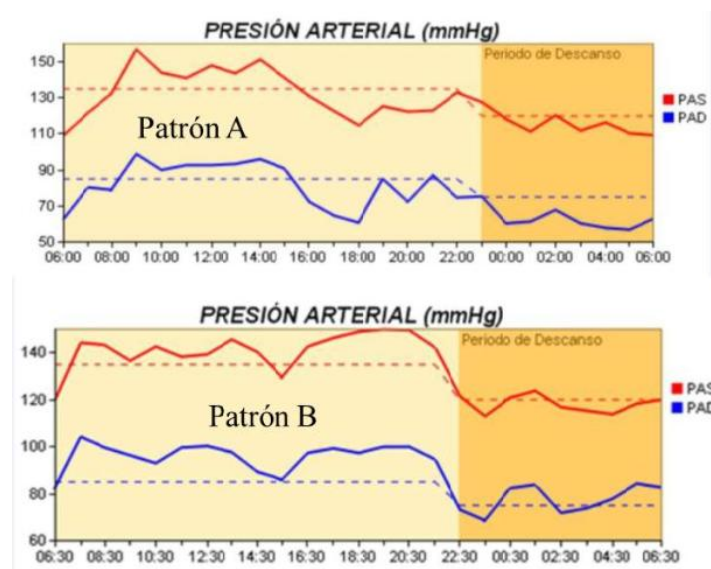
En junio de 2014, durante la aplicación del Plan de Prevención + Activa, había en Castilla-La Mancha un 28,69 % de desempleados, y muchos trabajadores lo eran en empleos precarios y mal regularizados (INE, 2014a). Los comedores sociales se encontraban desbordados y Cáritas alertaba de los índices de malnutrición infantil en la región. Consideramos que la pedagogía implícita en el Plan de Prevención, cumplió con el doble objetivo de servir como dispositivos de control por un lado, y como estímulo distractor frente a la crisis económica, por el otro¹⁵.

En el mismo sentido es oportuno recordar cómo en los planes de prevención de las enfermedades producidas por hipertensión arterial, se recomienda, entre otras medidas: dejar de fumar, perder peso y hacer ejercicio. Con la excepción del tratamiento farmacológico y con la idea de fondo que todos somos potencialmente hipertensos, estas recomendaciones van dirigidas a la totalidad de la población adulta. Sin embargo estos planes, no tienen en cuenta las investigaciones en las que se vincula la hipertensión arterial con el estrés laboral. Como ejemplo, citaremos la realizada por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Gran Canaria, Doctor Negrín, titulada: “La hipertensión laboral en tiempos de crisis”. En la investigación se parte de que la hipertensión enmascarada (HTAE) aparece cuando, a pesar de estar los valores de la presión arterial dentro de la normalidad habitualmente, hay situaciones concretas en las que se produce un aumento de sus niveles. Los autores pusieron de relieve que en algunos pacientes con monitorización ambulatoria se producía una elevación de los

¹⁵ En este caso entiendo por estímulo distractor, aquel o aquellas actividades que mantienen a las personas distraídas en tareas de auto-vigilancia a costa de desviar su atención de las dinámicas socioeconómicas que, debido a sus características, influyen en la conservación o en el deterioro de la salud.

niveles aceptables únicamente en el horario laboral. A esta alteración la denominaron, hipertensión arterial laboral (HTAL). Los resultados también demostraron que en se ha producido un incremento de esta forma de hipertensión, que correlaciona con el estrés que produce la crisis económica. Para su diagnóstico se consideró que se producía HTAL, cuando en al menos tres tomas previas realizadas en el trabajo, los pacientes obtuvieron resultados superiores a 140/90 mmHg, y una presión media durante las horas de trabajo superior a 135/85 mm. El estudio sacó a la luz dos patrones diferentes según las horas de permanencia en el medio laboral: patrón A (para aquellos que tenían una jornada laboral de 7 horas) y patrón B (para los que permanecían en el puesto de trabajo 12 horas). En las conclusiones se establece que la HTAL es una variante de la HTAE, objetivándose un incremento de su diagnóstico a medida que se agrava la crisis económica, así como una disminución de la edad, en relación al resto de pacientes hipertensos (Salas Reinosa y cols., 2013). Los resultados aparecen reflejados en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Comparación de los patrones A y B en la HTAL



Fuente: Salas Reinosa y cols., 2013, p.

Otra de las investigaciones sobre la influencia del trabajo, ignorada en los Planes de Prevención, fue la comunicada en las Jornadas Científicas sobre riesgos cardiovasculares celebradas en Santa Cruz de Tenerife el 24 de Octubre de 2012. En

ellas se reconoció el bajo estatus socio-económico y el desempleo, como factores de riesgo, tanto en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, como en la baja adherencia terapéutica de los tratamientos. En la misma línea se encuentran las investigaciones realizadas por la Fundación Española del Corazón, miembro de la *European Heart Network* y de la *World Heart Federation*, cuyos resultados vincularon el estrés laboral, con un aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares. En la investigación realizada por Vaananen y cols. (2008) titulada: “Lack of Predictability at Work and Risk of Acute Myocardial Infarction. An 18-year Prospective Study of Industrial Employees”, se relaciona la inestabilidad laboral, con el aumento del riesgo de infarto agudo de miocardio, en trabajadores sanos y sin patología cardiovascular previa.

Ante la abundancia de literatura científica sobre el tema, llama la atención su falta de difusión en las instituciones sanitarias, así como en los medios de comunicación. Consideramos que con ello se contribuye a invisibilizar la influencia de las condiciones socio-laborales para centrar la atención en los aspectos exclusivamente bio-personales de la enfermedad. Por su parte la medicina, al focalizar la acción preventiva en el autocuidado, pasa por alto la relación: enfermedad-trabajo-desempleo, sacada a la luz en estas y en otras investigaciones. Los consejos sobre la dieta y la actividad física, o sobre la obligación de realizar exámenes clínicos preventivos: oculares, ginecológicos, cardiológicos y bioquímicos, entre otros, están en la base de unas recomendaciones, que cargan la responsabilidad sobre la salud, en una acción preventiva individual, exonerando de este modo, la influencia del sistema social y económico sobre la misma.

Afirma Castro Orellana (2009), que una de las características del sistema neoliberal ha sido el uso de la libertad como técnica de intervención sobre los sujetos. El objetivo sería generar una ilusión de libertad en la gestión de los riesgos y en la toma de decisiones sobre la salud, olvidando que el concepto mismo de libertad, se encuentra mediado por complejos procesos de subjetivación creados al amparo de las dinámicas culturales. Desde la década de 1970 se ha convertido la medicalización en un estado de sitio sobre el cuerpo, que ha traído como consecuencia la vigilancia continuada a través de un modelo de relación del sujeto con su organicidad. Este estado de la cuestión

contribuyó desde sus inicios, a particularizar los efectos y las contradicciones del modelo económico sobre la salud.

Por otro lado resultan interesantes las referencias de Orellana (2009) al uso del modafinilo entre los trabajadores de Estados Unidos, con la finalidad de mejorar su rendimiento laboral. El fármaco tuvo un mercado potencial, no sólo en aquellos que deseaban mejorar su productividad, sino también en las tropas británicas que combatieron en Irak. La versión española del modafinilo la podemos encontrar en el café, cuyos principios activos, la trigonelina entre otros, ayudan a optimizar el tiempo dedicado al trabajo. No son pocas las empresas que tienen instaladas máquinas dispensadoras para garantizar un rendimiento óptimo durante toda la jornada laboral. Mención aparte por su uso clandestino merece el consumo de cocaína, tomada en muchos casos con la misma finalidad que el café o el modafinilo.

De manera sincrónica, los médicos se han ido transformando en dispensadores de medicamentos, mientras que la distancia comunicativa con los enfermos no ha parado de crecer. En todo ello ha sido determinante, la despersonalización que acompaña a los procesos informáticos mientras que el enfermo relata su particular historia de aflicción o *illness* dentro de las consultas. Desde la atalaya de la tecnología, el cruce de miradas resulta cada vez menos frecuente, debido a que la pantalla aporta más información y ésta será más precisa, que la narrativa del enfermo, quien en definitivas cuentas, podría terminar por desaparecer de las consultas.

Los médicos alegan y con razón, la falta de tiempo y el exceso de control como las dificultades principales para establecer un escenario caracterizado por el intercambio de información y la confianza mutua. Sin embargo hay que añadir algo más, me refiero a un sistema que prepara y predispone para una práctica clínica determinada. Conviene recordar en este punto, que el médico realiza su trabajo en complejas instituciones sujetas a los vaivenes políticos, económicos e ideológicos que, inevitablemente, terminarán por influir en su práctica clínica. Virchow en el siglo XVIII, Luis Montes¹⁶ en el siglo XXI, un traumatólogo en un hospital de Castilla La-

¹⁶ Luis Montes era coordinador del área de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés cuando, por una denuncia anónima fue acusado de la aplicación masiva e indiscriminada de sedaciones terminales. Esta sedación se aplica con la finalidad de evitar agonías ansioso-dolorosas, en los últimos momentos de

Mancha y muchos otros, podrían dar cuenta del precio en salud y prestigio personal, pagado por mantener su independencia ético-profesional y no subordinarla a las exigencias de los organismos encargados de gestionar la salud.

2.4.5 La práctica clínica: en la intersección entre el sufrimiento del médico y el illness del paciente.

Actualmente los médicos y en general todo el personal sanitario, sufren por la vigilancia panóptica en el desempeño de su trabajo, realizada a través de tres cauces fundamentales:

- Un aparato burocrático que exige dar cuenta del acto médico, tanto de su contenido, como del tiempo empleado en su realización. El médico se ve obligado de este modo, a actuar como fedatario público de su propio trabajo. Esta circunstancia, no solo le resta tiempo para escuchar al paciente, sino que le expone a la valoración, positiva o negativa, de la gerencia correspondiente. Desde luego que el trabajo público debe estar sujeto a evaluación, pero consideramos que ésta debería centrarse en aquellos aspectos que justamente se omiten. Nos referimos a recoger la opinión de los enfermos sobre su satisfacción por la atención recibida y la eficacia de los tratamientos. Esta valoración, prácticamente inexistente en la sanidad pública, aportaría información para introducir elementos correctores en la calidad asistencial, y contribuiría a reducir los intereses economicistas de la industria farmacéutica y de las administraciones públicas.

la vida. El 11 de marzo de 2005, el Consejero de la Comunidad de Madrid elevó las demandas al juzgado, acusando a Montes de 400 homicidios. El Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM), eliminó en su sentencia, toda referencia a la existencia de una mala práctica médica. A pesar ello, Montes, apartado de su cargo, saltó a los medios de comunicación. La prensa y la televisión lo sacaron del anonimato, animando un debate ideológico sobre la eutanasia, y ello a pesar de no entrar las sedaciones terminales en esta categoría. La vida del médico no volvería a ser la misma después de la acusación de la Comunidad de Madrid. Luis Montes ganó el juicio, por lo que se condenó al antiguo portavoz del Gobierno de José María Aznar, como autor de un “delito continuado de injurias graves realizado con publicidad”. A pesar de ello, en la entrevista que mantuve con él, me habló de la fractura profesional y biográfica producida por el denominado: *Caso Leganés*.

- Vigilancia de la práctica médica en cuestiones como la atención al final de la vida, selección genética de embriones, traslados extracomunitarios o en la prescripción de tratamientos que pudieran considerarse excesivamente costosos. A este respecto la Sociedad Española de Cardiología afirmó, que en el 2014 se produjeron restricciones de implantes percutáneos de válvulas aórticas. En el mismo sentido, como se recoge en la revista Infosalus.com, se expresa el Dr. Ángel Artal, miembro de la Sociedad Española de Oncología Médica: “estamos asistiendo al hecho de que en algunas comunidades autónomas, al tener transferidas competencias, han establecido filtros u obstáculos para la financiación de algunos ensayos clínicos con el objetivo de minimizar el gasto”. (Infosalus.com, 17 enero 2016).

En la misma línea se expresaba un especialista en oncología del Hospital Virgen de la Salud de Toledo:

“Yo no estudié para eso. A veces tengo la impresión de que estoy perjudicando a los pacientes con mis decisiones. Mira una cosa, si yo no tuviera deudas y mis hijos no estuvieran estudiando, lo dejaba todo y me marchaba con mi mujer a Finlandia. ¿Sabes qué enfermedad tengo yo? Escepticismo. Ya no creo en nada. Yo se lo digo a los pacientes y si ellos quieren poner una reclamación que la pongan, porque harían muy bien.”

A juzgar por su afirmación, los médicos en ocasiones, se ven obligados a cambiar su criterio clínico, debido al ajuste presupuestario establecido para cumplir con los objetivos del déficit. Imagino que no debe ser fácil prescribir un tratamiento subordinando los criterios de honestidad científica y profesional al pragmatismo de las cifras económicas. Podríamos afirmar que, el sufrimiento en el trabajo también está presente en el ejercicio profesional de los encargados de velar por recuperar la salud de aquellos que la perdieron.

- Vigilancia del propio afligido, que en su proceso de sufrimiento y vulnerabilidad, demanda la empatía, la técnica, la confianza, y el tiempo necesario, para minimizar los riesgos en el proceso de recuperación de su salud.

Este panoptismo, unido a las dificultades derivadas del contexto asistencial, produce en los profesionales de la salud, sentimientos de desafección hacia su profesión y un fuerte incremento de las prácticas vinculadas a la denominada medicina defensiva. Por su parte el enfermo, muestra sus reservas ante un sistema que comete errores, y si bien errar es humano, el cuerpo propio también lo es y además sin posibilidades de recambio. Por ello cabe comprender, que el paciente intente evitar los efectos de la iatrogenia, de la que Foucault (1996), afirmó: “una de las propiedades y una de las capacidades de la medicina es la de matar. La medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido conciencia” (p. 46).

Esta certeza quedó reflejada en la base del Consentimiento Informado desarrollado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En ella se afirma:

“El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.” (Ley 41/2002).

Estos documentos constituyen en la práctica, la aceptación del enfermo de los peligros potenciales derivados de los procedimientos clínicos a los que se encuentre sometido. En el momento actual, caracterizado por una organización taylorista de los trabajadores de la salud, el personal sanitario se encuentra sujeto a procesos de subjetivación internos y controles externos que hacen que el contexto laboral sea percibido como un entorno amenazante y hostil. Esta situación de discomfort profesional afecta sobre todo a la parte más vulnerable del engranaje asistencial, situada sin duda en los pacientes doblemente debilitados; primero por la enfermedad y después por la precariedad asistencial.

Gallego Huéscar (2012) se refiere al *enfermo problemático* o *hateful patient*, término acuñado por Groves (1978), para hacer referencia al paciente que despierta en

el profesional sentimientos de rechazo, afirmando que se trata de un verdadero sentimiento de aversión.

“El mero hecho de ver su nombre anotado en el libro de citas, hace que despierte bruscamente un sentimiento de antipatía que podría representarse por: ¡Oh no, otra vez no!” (p.106).

El autor afirma que el *hateful patient* no tiene porqué serlo para todos los médicos que le atienden, sino que dependerá de las atribuciones del profesional a sus rasgos de personalidad. En realidad se trataría de pacientes que constituyen una amenaza para el médico en algún aspecto en el que este se reconoce deficitario. En cualquier caso, esta patología laboral específica, no constituye una rareza dentro de la profesión médica:

“Todos los médicos a lo largo de su experiencia, encuentran un no despreciable número de pacientes que les generan fuertes sensaciones negativas. Así, el estudio del paciente problemático (odioso) puede ser de gran interés para superar estos inconvenientes.” (p.108)

Nos llama la atención que una de las causas por las que un enfermo se transforma en paciente *odioso*, sea estar en desacuerdo con las propuestas del médico, o su resistencia para establecer una relación afectiva con los profesionales. Estas afirmaciones, vinculan la buena relación médico-paciente, a la aceptación de una jerarquía en la que al enfermo sólo le queda obedecer y no presentar objeciones, respecto a la actitud y al criterio del profesional. Actuar con asertividad elevará el riesgo de ser un *hateful patient*, y en consecuencia, de un aumento de los hipercontroles técnicos propios de la medicina defensiva. Pedirles colaboración, se perfila como la mejor estrategia para manejar a este tipo de enfermos, entre los que el autor destaca a los *Entitled Demanders*.

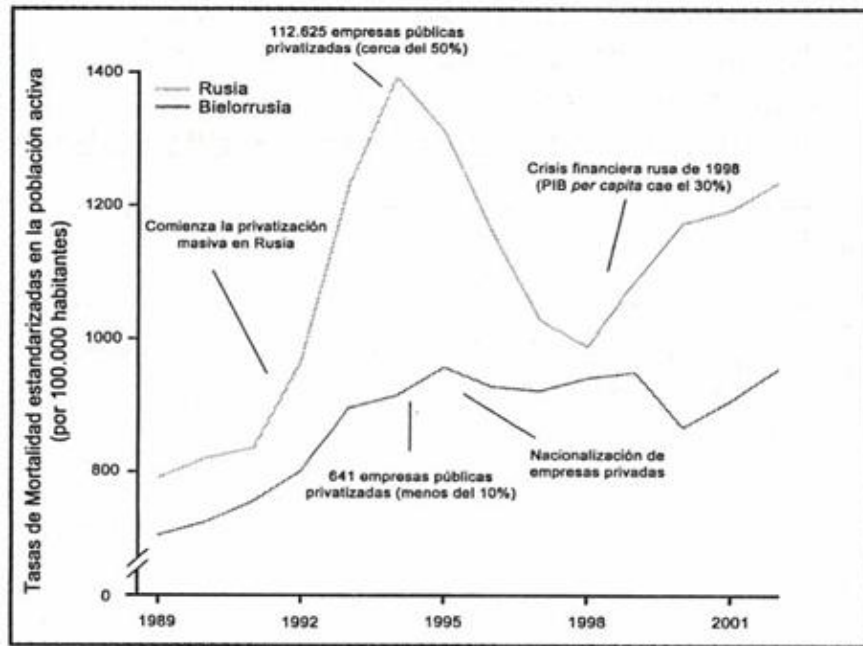
“Todos estos factores provocan en el personal sanitario trastornos emocionales, que junto con la incertidumbre, hacen que la consulta diaria se convierta en un verdadero tormento para muchos profesionales.” (p.112).

El proceso siempre complejo de la relación médico-paciente, en numerosas ocasiones se presenta bajo la convergencia de dos aflicciones o *illness* que entran en competencia debido a las lógicas propias de los servicios de salud.

Recientemente se estableció un escenario reivindicativo en el que médicos y enfermos, como ciudadanos defensores de la sanidad pública, expresaron su preocupación mediante protestas, en la puerta de los hospitales españoles. En el año 2004, se creó la Coordinadora Anti-privatización de la Sanidad Pública de Madrid, ante la propuesta del Gobierno de la Comunidad de privatizar seis hospitales de la Región. El TSJM resolvió mantener la medida cautelar de suspensión de la externalización sanitaria madrileña para, según expone la sentencia, evitar perjuicios de imposible reparación. Asociaciones de médicos, arropados por los pacientes y sus familiares, protagonizaron actos reivindicativos por el mantenimiento sostenible de una sanidad pública y universal. La puerta a su privatización se abrió con la Ley 15/1997 de Nuevas Formas de Gestión, en la que se establecía que todo hospital, centro socio-sanitario o centro de salud, podía ser gestionado, por cualquier tipo de entidad existente en derecho. Más recientemente, la publicación de la Ley Orgánica 2/2012, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, vino a desarrollar la reforma del artículo 135 de la Constitución Española, con la finalidad de que todas las administraciones sometieran su déficit estructural y su deuda pública a los límites fijados por la Unión Europea. El Estado de bienestar quedó de esta forma subordinado, al *Tratado de Estabilidad, Coordinación y Gobernanza*, de la Unión Europea.

Ángeles Maestro (2013), miembro destacado de la Coordinadora Anti-privatización de la Sanidad Pública de Madrid, afirmó que la mortalidad de adultos en edad laboral, es más alta en aquellos países con privatizaciones masivas y rápidas de la sanidad. Para demostrarlo comparó las tasas de mortalidad en Rusia, con cerca del 50% de empresas públicas privatizadas, con las de Bielorrusia, con unas tasas del 10% de privatización del sector público de la salud. Como puede comprobarse en la Gráfica 2, las tasas de mortalidad son notablemente más elevadas en Rusia que en este último país.

Gráfica 2. Tasas de mortalidad de Rusia y Bielorrusia 1989-2001.



Fuente: Ángeles Maestro, p. 173

A pesar de la intensidad del momento histórico, estos acercamientos entre profesionales y usuarios del sistema público de salud, no han sacado a relucir la necesidad de una práctica médica basada en las narrativas, por lo que cabría esperar que la dinámica asistencial no se vea modificada por estos acontecimientos.

La Medicina Basada en las Narrativas (MBN), en confluencia con el *illness* y el *disease*, no ha formado parte de la formación académica ni de las prioridades de las políticas sanitarias. La hiperespecialización, la técnica, y sobre todo, la incorporación de la biomedicina como dispositivo político de control, hacen difícil predecir un cambio en el modelo asistencial.

2.4.6 La trampa del pensamiento positivo.

Desde la psicología se han adoptado los procedimientos metodológicos de la biomedicina, a través de sus propuestas de objetivar el sufrimiento o *illness* de las personas. A esto debemos añadir un interés en depositar la causalidad de la enfermedad sobre la responsabilidad del propio afligido.

Hace treinta años los alumnos de psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), comenzamos a familiarizarnos con las técnicas de *bio-feedback* con la finalidad de entrenar a los pacientes en el control de la ansiedad. Estas técnicas se utilizaban como soporte del aprendizaje para controlar las respuestas físicas al estrés. Los futuros psicólogos, fuimos entrenados en el manejo de equipos multicanal, dadas sus posibilidades para objetivar el sufrimiento. Se trataba de que el sujeto aprendiera a reconocer las respuestas psicofisiológicas asociadas a nervios o ansiedad para que procediera, llegado el caso, a alterarlas a su favor. Con la respuesta psicogalvánica, se trataba de medir la actividad de las glándulas sudoríparas, concretamente la cantidad de sal segregada ante la presencia de estímulos considerados aversivos. De la temperatura, medida por unos sensores situados en los dedos, nos interesaban las fluctuaciones a la baja, por ser un indicativo del flujo sanguíneo ante la ansiedad. La lista era mucho más amplia, incluyendo frecuencia cardíaca y presión arterial. Se trataba, no solo de particularizar el sufrimiento psicológico, sino también de biologizar sus causas.

Este marco referencial, estableció el nacimiento de la Psicología Clínica Basada en la Evidencia (PCBE). Los defensores de esta línea de actuación (Labrador y López, 2012), argumentaron sobre la necesidad de someter a evidencia empírica a los diferentes tratamientos clínicos, de cara a seleccionar aquellos que destacaran por su mayor eficacia pragmática. El modelo, decían, estaba copiado del empleado por la industria farmacéutica antes de sacar al mercado un nuevo tratamiento farmacológico.

Los paleo-conductistas copiaron del modelo médico sus mayores defectos, sometidos ahora a revisión, tanto por los profesionales de la medicina, como por los pacientes. Por entonces la psicología ya había demostrado sobradamente su eficacia en el ámbito de la empresa de la mano, entre otros, de William Stern (1912). En su desarrollo, esta corriente consideraba el psiquismo humano como un factor de socialización moldeable. El psiquismo de los trabajadores fue disciplinado desde esta corriente, con la intención de adaptarlo a la organización del trabajo y mejorar así la producción. Posteriormente también demostraría su eficacia en el uso de técnicas de manipulación de masas, vinculadas directamente con el campo emocional.

En un marco metodológico aparentemente diferenciado, se encuentra la psicología positiva, cuyo mentor más destacado fue el estadounidense y antiguo

conductista, Martin Seligman (2002), creador del término *indefensión aprendida*¹⁷ y más recientemente de la psicología positiva. Afirma Bárbara Ehrenreich (2012), que si bien la actitud positiva parece ir asociada al carácter de los estadounidenses, no es menos cierto que en este país los antidepresivos son el grupo de fármacos más recetados, representando dos tercios de su consumo mundial. Ante esta paradoja, la autora considera que el pensamiento positivo no responde en realidad a una actitud ante la vida, sino que más bien se trataría de una imposición ideológica.

Esta forma de actuar requiere, según Ehrenreich, eliminar los sentimientos de ira, miedo, o tristeza, propios de las situaciones adversas, y asumir la responsabilidad personal e individual, de no ponerle al mal tiempo buena cara. La modificación de conducta utilizó el *Thought-Stopping*, para controlar los pensamientos considerados negativos o irracionales. La técnica consiste en gritar, en silencio, una palabra que alerte al sujeto de su *error*, como por ejemplo, *basta* o *Stop*. Otra modalidad está en colocarse una goma elástica alrededor de la muñeca y golpearse cuando se presente un pensamiento *inadecuado*. Como vemos, ya sea desde la modificación de conducta, ya sea desde el pensamiento positivo, la cuestión está en imponer optimismo ante la adversidad.

El pensamiento positivo nació en la década de 1860 en Estados Unidos para hacer frente al calvinismo, con el que finalmente acabaría conviviendo. Para el primero, la autodisciplina y el trabajo son señales de ser un elegido de Dios. Por el contrario, los que muestren poca diligencia en el trabajo y los que se encuentren en situación de desempleo¹⁸ formarán parte de los no elegidos. El interés por juzgar a los demás es una característica que los católicos, creyentes o culturales, compartimos con los calvinistas.

¹⁷ Seligman acuñó el término *indefensión aprendida*, para referirse al estado psicológico que resulta de la falta de control sobre los acontecimientos. El propio Seligman propuso este concepto como un modelo explicativo de numerosos trastornos mentales, entre los que cabe destacar la depresión.

¹⁸ Para huir del estigma de vago, flojo o simplemente caradura, es preciso que el enfermo crónico sea certificado como no apto para el trabajo por el grupo social en el que se encuentra. Ir maquillada, estar en un bar, o simplemente sonreír, puede dar lugar a un auto de fe, que se traducirá en preguntas sobre la duración de la baja laboral, o en alusiones a las posibilidades de recuperación que ofrece el trabajo. En ocasiones, signos externos como pueden ser una silla de ruedas o la evidencia de un miembro amputado, pueden suponer un indulto social en este sentido.

La ideología del pensamiento positivo también la podemos ver reflejada en el cambio de nombre del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE)¹⁹, en la práctica las oficinas encargadas de registrar a los parados de nuestro país. Estos centros pasaron a denominarse en el año 2013, Oficinas de Empleo y Emprendedores, en clara alusión a que en la iniciativa individual se encuentra la oportunidad y el remedio capaz determinar con el desempleo.

Ideas nuevas, confianza en las capacidades propias, y sobre todo ganas, se perfilan desde esta doctrina, como las cualidades necesarias para ser un emprendedor con capacidad de, no solo plantarle cara a la crisis, sino de hacerlo con éxito.

El presidente de Odgers Berndtson, en un artículo titulado “Relanza tu carrera”, propuso “doce claves para salir del paro”. El autor afirmaba: “para empezar, si estás KO, pasa a Ok. Actúa: póngase a trabajar desde hoy, adopte una actitud y conducta proactivas; anticipése a los hechos y muévase... Preséntese ganador” (Medina, 2012, p.115). En la misma línea la Fundación Everis convoca el premio “Emprendedores de proyectos innovadores que puedan transformar la sociedad”.

En definitiva, estar parado se convierte en OK. La gran oportunidad del triunfo viene gracias al fracaso, que se transforma de la mano del pensamiento positivo, en un privilegio al alcance de los que miran la vida de frente y no le tienen miedo al éxito.

Los gurús de la actitud positiva han encontrado un filón en temas como la salud y la economía, debido en gran medida al aval que encontraron en la psicología, quien finalmente terminaría convirtiéndose en su principal aliada.

Bárbara Ehrenreich (2012), se refiere a Seligman como el principal representante de lo que ha terminado por ser un negocio de proporciones difíciles de calcular. Médicos y psicólogos se refieren a las evidencias científicas de la actitud positiva en la recuperación de las enfermedades. Si bien es verdad que es prácticamente imposible cuantificar la variable actitud positiva, no es menos cierto que existe evidencia de la influencia del desempleo o la precariedad laboral sobre la salud, y que las mismas aparecen silenciadas también, desde paradigma del *positive thinking* o de la *positive psychology*. La cuestión consiste, como afirma la autora, en que al mostrar los

¹⁹ Servicio Público de Empleo de Castilla-La Mancha (SEPECAM).

estudios únicamente correlaciones, cabría preguntarse si las personas tienen mejor salud porque son felices o son felices porque gozan de buena salud.

José María Aznar repitió tres veces en un mitin celebrado en Ávila, el 3 de marzo de 1997, la frase: “España va bien”, y contagiados de optimismo los españoles prolongaron su jornada laboral para especular con la vivienda y comprarle una *PlayStation* a sus hijos. La psicología positiva nos hizo creer que la especulación era el fruto por nuestra iniciativa y una clara expresión de igualdad social. Así nos lo comunicaron también los directores de las entidades financieras, colmados de energía positiva y con una *sonrisa Profidén* tan deslumbrante que nos impidió leer la letra pequeña de los préstamos hipotecarios y escuchar las alarmas psicobiológicas propias del sufrimiento laboral.

El entusiasmo global por un plus de trabajo lo mundializó Henry Ford con la producción masiva del Tin Lizzie o Ford T. Como él mismo dijo: “un coche para el pueblo”. Podemos afirmar que el pensamiento positivo constituyó el ingrediente *sine qua non* para la instauración del fordismo que introdujo el consumo de masas.

El 7 de junio de 2013, el entonces presidente de España Mariano Rajoy, delante del optimista José María Aznar, le dijo a un país con seis millones de parados: “no podemos decir que España va bien, pero España va mejor”. El presidente trataba de subir la moral a un país, que comenzaba a desintoxicarse de *ideología felicista*²⁰ en la cola de los comedores sociales y en la de los bancos de alimentos. La industria de la motivación había comenzado a resquebrajarse.

No es mi intención desmoralizar a los parados, desempleados o a los enfermos con patologías relacionadas con el trabajo, simplemente considero que la idea machacona del *Tú sí que puedes* y del *Todo va bien*, ha demostrado ser un arma de destrucción masiva para la salud, para la vida afectiva y para la buena relación entre las personas, mientras que ha servido de combustible al neoliberalismo promulgado por Milton Friedman y la Escuela de Chicago. A este respecto, Friedman (1966), afirmaba cómo la libertad económica es una condición inseparable de los procesos democráticos,

²⁰ Término utilizado por Franco Berardi (2003), para referirse a las promesas de felicidad y autorrealización en el trabajo, efectuadas desde el discurso de la *new economy*. El término se refiere a la mezcla de ideología virtual, futuro tecnológico, evolución social y neoliberalismo económico.

por lo que considera necesario neutralizar la tendencia intervencionista del Estado para fomentar la autonomía de los procesos económicos, como una forma de proteger las libertades individuales²¹. Su pensamiento ha sido un referente en la implementación de las políticas neoliberales en Occidente, caracterizadas por su oposición al intervencionismo keynesiano y por una defensa a ultranza del llamado *Consejo de Washington* (año 1989). En él, se defendió la privatización de las empresas públicas, la contención de los presupuestos del Estado y la desregularización de los mercados.

De la mano de la Psicología Positiva, la española IE Bussines School, puso en marcha en 2013 un máster sobre liderazgo positivo siguiendo los pasos de la Universidad de Michigan, pionera en investigación sobre el tema y con un máster destinado al incremento de la rentabilidad a través de la *satisfacción*, tanto de clientes como de empleados. Y éste es precisamente el objetivo central de esta corriente psicológica, la rentabilidad económica a través de la adaptación a las exigencias de los mercados.

La Universidad de Harvard ha demostrado que los empleados motivados y satisfechos elevan un 37% sus ventas en relación con el resto de la plantilla, además de disminuir sus días de baja laboral a más de la mitad. Esta cuantificación de los beneficios justifica la inversión de las empresas en una formación, que en el caso del programa: *Executive Master in Positive Leadership and Strategy* de la IE Business School, asciende a 46.200€ por alumno.

Juan Humberto Young, socio de *Positive Organization Design Agency* y director académico del máster afirmó en su presentación:

“La psicología positiva quiere llevar las emociones positivas a la empresa [...] Esta disciplina trata de descubrir la serie innata de fortalezas que tiene cada persona y que están dormidas [...] Al sacarlas a la luz, los empleados aumentan su productividad, trabajan de forma más autónoma, y ello genera confianza en las organizaciones.”

²¹ El autor abogaba por una Declaración de Derechos Económicos que agilizara los trámites burocráticos de las enmiendas constitucionales, al limitar el papel del Congreso en EE.UU en cuestiones puntuales de carácter económico.

A la luz de las cifras aportadas por Young en términos de rentabilidad económica, resulta reveladora la ausencia de datos –objetivos y subjetivos– sobre la salud en las plantillas de Google, Facebook o Nestlé, empresas que han implementado programas de psicología positiva, con la finalidad de aumentar el rendimiento de sus trabajadores.

La psicología cognitivo-conductual y su derivación en ideología positiva, han hecho de la felicidad una obligación ante la adversidad y el sufrimiento. Si en las sociedades de cazadores recolectores, lo natural era trabajar para cubrir las necesidades, en nuestra sociedad se invirtió este paradigma con la tríada: trabajo-capital-consumo. Por este motivo quedó relegado todo lo que nos determina, no solo como seres humanos, sino como organismos puramente biológicos; me refiero a la reproducción, al sentido de pertenencia, al control de esfínteres y a los periodos de descanso determinados por la propia biología. De este modo, al quedar desdibujados como animales, hemos terminado por desaparecer como personas.

Estas estrategias de gestión empresarial del yo, convierten a los individuos en competidores contra sí mismos. Al rivalizar contra nuestro propio rendimiento, necesitaremos nuevos récords personales de rentabilidad, los que a su vez siempre podrán ser superados por otros más productivos. En este proceso, la motivación, la confianza en las propias capacidades, la superación personal y la búsqueda del *potencial oculto*, serán puestas al servicio de instancias productivas, borrando las fronteras que tradicionalmente separaban el trabajo del tiempo libre. Ante este panorama me pregunto: cómo gestionar en este collage de autocompetencia la amistad, cómo encajar en este puzzle la descendencia, cómo tomar conciencia de que lo mejor de cada uno le pertenece a uno mismo, y por último, cómo valorar, ya sea por la medicina, ya sea por la propia subjetividad, el sufrimiento causado por estos dispositivos. La satisfacción, la adaptación, el silencio, el optimismo, el ajuste y la resignación, entre otras, son las propuestas y las respuestas, ofrecidas desde la biomedicina y la psicología positiva.

CAPÍTULO III. BIOMEDICINA Y TRABAJO. UN ENFOQUE ANTROPOLÓGICO.

3.1 Algunas premisas de partida.

En el verano de 2014, realicé una entrevista a un médico congoleño, a propósito del brote de Ébola en algunos países africanos. En el transcurso de la misma se mostró preocupado por el personal sanitario español a raíz de la muerte de los sacerdotes Miguel Pajares y Manuel García Viejo, y de la monja Juliana Bonoha, todos ellos repatriados e ingresados en el Hospital Carlos III de Madrid. Después de hablar largo y tendido sobre las múltiples dimensiones de la epidemia, me dijo: “ningún hombre debería jugarse la vida en su trabajo. Uno puede morir por su familia, pero no por su trabajo”. Sorprendida por su afirmación, le argumenté sobre los niños que trabajan en las minas de diamantes de su país, a lo que él me respondió: “van a las minas, bueno... pero van para traer comida a su familia. Además que... ese... bueno, es un trabajo que trajeron ustedes. Sí, los europeos. No es un trabajo africano”.

En el curso de la conversación y en un momento en el que todo lo que escuchaba o miraba me conducía, casi obsesivamente a mi tesis doctoral, convine con mi informante en que el instinto de conservación debería actuar como un catalizador biológico-cultural, para minimizar los riesgos en la lucha por la supervivencia. Los dos estuvimos de acuerdo en que esta dinámica natural, comenzó a verse alterada en el Neolítico, debido a la aparición de excedentes y a la propiedad privada. Desde entonces todas las actividades realizadas para garantizar la continuidad como especie, aparecen mediadas por complejos procesos mentales, sociales, y económicos.

Fue a partir del Neolítico y más concretamente con el nacimiento de la agricultura, el sedentarismo y el acopio de excedentes, cuando asistimos a un cambio sustancial en la conceptualización del trabajo, que vendría caracterizado por la gestión privada de los recursos naturales y por la segmentación entre el tiempo-del-trabajo y el tiempo-de-la- vida.

En este sentido, es necesario interrogarse, tanto por la evolución de la normativa, como por su aplicación, sin dejar por ello de prestar atención a las dinámicas implicadas en el sufrimiento laboral. No podemos pasar por alto que la enfermedad laboral, lejos de decrecer, ha aumentado en la medida en que lo ha hecho el progreso tecnológico y económico. Por otra parte los intentos realizados desde la medicina del trabajo para minimizar los riesgos, no han resultado herramientas eficaces de prevención, debido entre otras cosas, a la fuerza centrífuga ejercida desde la propia biomedicina. Por este motivo cabe suponer que la patología laboral, se presentará muchas veces desdibujada y vinculada a la fragilidad biológica de las personas.

Es preciso recordar que mucho antes del Renacimiento y del nacimiento de la biomedicina al amparo de los Estados-nación, se establecieron protocolos de cuidado y prevención en el trabajo, en los que se respetaban las necesidades derivadas de los procesos biológicos y el descanso necesario en el caso de enfermedad. El sentido común predominaba en las pequeñas comunidades donde el producto de la fuerza del trabajo pertenecía a la colectividad. Esta dinámica comenzó a quebrarse con el nacimiento de la agricultura y sufrió un cambio radical con las condiciones de trabajo impuestas en la revolución industrial. En este aspecto resulta oportuno recordar las lamentables condiciones laborales vividas por los trabajadores en el inicio de la industrialización puestas de relieve por F. Engels, entre otros:

“En cuanto a las grandes masas obreras, el estado de miseria e inseguridad en el que viven ahora es tan malo como siempre o incluso peor. El East End de Londres es un pantano cada vez más extenso de miseria y desesperación irremediables, de hambre en las épocas de paro y de degradación física y moral en las épocas de trabajo.” (p.54).

Teniendo en cuenta lo afirmado, coincido con el historiador de la medicina Rodríguez Ocaña (2007), en el sentido de que, tanto el derecho laboral como especialidad jurídica, como la creación y puesta en práctica de una medicina e higiene específica para el trabajo, tuvieron su origen en las movilizaciones de la clase obrera por las condiciones de inseguridad y pobreza en las que se encontraba en el siglo XIX, y ello sin olvidar la demanda de mano de obra sana y productiva para hacer frente a las necesidades derivadas del nuevo orden fabril. Por otro lado Occidente construyó su propio imaginario cultural sobre una idea de progreso establecida a partir de un modelo productivo basado en el plusvalor de la fuerza de trabajo.

Si bien la cultura de la salud laboral se construyó en torno a los talleres y a las fábricas, con anterioridad ya existía una preocupación por la prevención de la salud en contextos que podrían resultar sorprendentes en la actualidad (De Francisco, 2006a). Como ejemplo citaré el Fuero de Salamanca en el que se prohibía el pluriempleo y se multaba con un maravedí a los empleadores si el trabajo no pasaba los controles de calidad propios de la época. En la misma línea, el Fuero Real de 1255, promulgado por el rey Alfonso X de Castilla, prohibía el despido libre estableciendo una indemnización equivalente a un año de trabajo si el asalariado era despedido sin una causa justificada (Molina Benito, 2006). Por último, citaré el Catecismo de Agricultura Universal del Marqués de Travanet, traducido por Pedro Martín de López en 1848, donde se establecía la obligación de velar por la salud de los trabajadores agrícolas en los siguientes términos: “debe dárseles el alimento suficiente y sano, algunos gajes en proporción a sus servicios, pagarles su salario, mirar por su salud en el trabajo, y cuidarlos cuando estén enfermos” (p.86).

Si actualmente nos encontramos frente a una hipertrofia legislativa en materia de salud laboral, que viene a satisfacer las demandas generadas por imperativos de orden político y económico, podemos afirmar que a pesar de las garantías nacionales e internacionales en la materia, paradójicamente nos encontramos con las mayores tasas de sufrimiento laboral de toda la historia de la humanidad.

Si como indicamos, se produce una vinculación entre medicina y práctica política, puesta ampliamente de relieve desde la antropología médica, no es de esperar que la medicina del trabajo constituya una excepción en relación con la salud laboral. Si

a pesar de los avances técnicos e informáticos, el hombre sigue siendo un elemento principal en la producción de riqueza, esta dinámica no va a cambiar ni por la medicina, ni por organismos supranacionales como la OIT, ni mucho menos fruto de la conciencia personal ante el deterioro de la salud por causa laboral. Un inmigrante marroquí se expresaba de esta manera:

“Empezábamos a las 5 de la mañana a coger cebollas. Los camiones ya estaban allí. A las 8 de la tarde nos devolvían a Argamasilla. Yo solo veía cebollas. Y cuando me acostaba, otra vez más cebollas. Todo el día y toda la noche me las pasaba viendo cebollas. [Ríe] Estuve julio y agosto. A mí me contrataron unos rumanos para este trabajo. Me pagaban 25€ al día. Mañana empiezo la vendimia. También me van a pagar 25€ al día. Yo soy un hombre con mucha suerte.”¹

A juzgar por los datos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) (2012) y de la Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (2013), ampliamente detallados más adelante, podemos afirmar que son muchas las personas que asumen por una u otra causa, un deterioro de la salud en el ejercicio de su actividad laboral. Desde profesores universitarios a los trabajadores agrícolas, dejarse la salud en el trabajo forma parte de la normalidad cultural en Occidente, de manera que se ha llegado a reificar este sufrimiento, hasta perder el interés necesario para el ejercicio de una acción colectiva. Desde Bangladés a Silicon Valley, el sistema productivo subsume al ser humano, difuminando las fronteras que separan lo laboral de lo personal y lo íntimo. De este modo las emociones, la creatividad o el entusiasmo son puestas al servicio de la empresa con la finalidad de contribuir al aumento de sus beneficios. Esta *empresarización del yo* (Zamora Zaragoza, 2013) tendrá unos efectos sobre la salud que demandarán una respuesta a la medicina social. En su búsqueda caminaremos en el próximo apartado.

¹ Informante del albergue de Argamasilla de Alba, *Otra Argamasilla posible*. El propietario de las tierras ajustaba un precio económico con la empresa encargada de subcontratar a los trabajadores. Los tiempos de trabajo y los salarios percibidos daban cuenta de la explotación y el desamparo en el que se encontraban no pocos obreros agrícolas. El alto índice de desempleo y la tolerancia de la Administración con estas prácticas abusivas, hicieron que las mismas fueran habituales en las campañas de 2011, 2012 y 2013, 2014 y 2015.

3.2. La Medicina del Trabajo. Una relación a la sombra de los Estados-nación.

Todas las culturas tienen como finalidad última su continuidad a través del reemplazo generacional. Así lo hemos podido comprobar a través de los estudios de parentesco llevados a cabo por los estructural-funcionalistas como Radcliffe-Brown (1986), y en los realizados por Paul Bohannan y George Dalton entre los *Sonjo*, *Guro*, *Hausa*, *Lele* o *Kipdigid* (Shalins,1974). En ellos se demostró que las sociedades operan en las estructuras y en sus sistemas económicos y culturales, bajo las lógicas de su persistencia transgeneracional. Es por ese motivo que la actividad sexual, reproductiva y aquello que desde las sociedades complejas denominamos trabajo, cobra una importancia de primer orden en las normas y costumbres de los pueblos.

En los *Ocho libros de Thor* que integran lo que podemos denominar el *Código Egipcio*, ya se destacaba la importancia del trabajo en la economía del Egipto faraónico: “cada cual está obligado a dar cuenta de cómo gana su sustento. El ocio se perseguirá y castigará con la pena de muerte” (Gebhardt, 1880, p.534). Debemos aclarar, como nos indica Gebhardt (1880), que las mejores ocupaciones quedaban, como no podía ser de otro modo, reservadas para los hijos de los sacerdotes y los de las clases más influyentes. Con un carácter menos diacrítico se expresaba la *Lex Aquilia* (286 a.C), al afirmar que quien quebrara los huesos de un esclavo ajeno, debía indemnizar a su dueño en el máximo valor, que en la época se encontraba en 150 ases (Gebhardt,1880). Si reparamos en los beneficios que el esclavo podía reportar a su amo, resulta coherente dicha indemnización, teniendo en cuenta su fuerza productiva y generadora de valor.

Con matices diferentes se inició la protección en el trabajado en los Estados-nación, contando para ello, con el matrimonio hasta ahora indisoluble, entre la biomedicina y los modelos de Estado surgidos al amparo del capitalismo.

Las democracias occidentales se han caracterizado por compartir el mismo modelo económico en sus sucesivas derivaciones históricas, y por determinar el comportamiento de la biomedicina como modelo médico hegemónico. La procreación, los ritos de nacimiento y de muerte, las relaciones familiares, la incorporación de los

niños al sistema social, las creencias, y por último la medicina, se vieron, no ya subordinadas, sino configuradas dentro de un modelo económico-político que en definitiva, terminó dotándolas de significado. No me refiero a la existencia *a priori* de un interés homogeneizador que tuviera como finalidad eliminar las variantes culturales de los pueblos: lengua, alimentación o rituales –laicos o religiosos–. Lo que quiero decir, es que en Occidente, la configuración de *lo social* en sus diversas manifestaciones, ha pasado a ser una parte más del sistema económico, desde donde *lo humano* o *lo propio*, ha quedado difuminado en el magma indiferenciado de lo económico. Ministros, maestros, agricultores, inmigrantes, jueces o médicos, ya sea en su trabajo o fuera de él, seguirán las lógicas derivadas de los mercados, de los que en definitiva, al menos como consumidores, todos formamos parte,

En *Crimen y costumbre en la sociedad salvaje*, Malinowski (1978), estudió las normas jurídicas melanésicas con la intención de descubrir las fuerzas que limitan y obligan a los habitantes de las islas Trobiand. El autor de *Los Argonautas del Pacífico Occidental* (Malinowski, 1986) pensaba que de ese modo podría penetrar en la organización mental y social de la sociedad donde llevó a cabo sus investigaciones. Desde esa misma perspectiva, considero necesario realizar un repaso de la normativa más relevante establecida en torno a la protección de la salud laboral. Al mismo tiempo también es preciso tener en cuenta los procesos de subjetivación que se generan en relación con los padecimientos directamente relacionados con el trabajo, debido a que en muchos casos, la acción de los sujetos escapa a su propio control consciente, dada la influencia de la información y de las disciplinas del lenguaje (Torras, 2006).

Conviene no pasar por alto, cómo la creación de los Estados-nación, se inicia a partir del desarrollo de estructuras de mercado y con la proletarización de la fuerza del trabajo propia del capitalismo. No se trató, desde luego de un surgimiento teleológico, pero sí de un proceso acomodaticio al trabajo asalariado y a una forma histórica concreta definida por Wallerstein y Balibar (1991), como:

“La de una economía mundo que ya estaba organizada y jerarquizada del “centro a la periferia”, a los que corresponde métodos diferentes de acumulación y explotación de la fuerza del trabajo y entre los cuales se establecen relaciones de intercambio desigual y dominio.” (p.124).

De lo anterior podemos deducir que la aparición de un modelo al que los autores denominan *Burguesías nacionales*, se debió a la necesidad de someter al campesinado al orden económico de los productos manufacturados, convirtiendo a la burguesía capitalista en burguesía de Estado con capacidad de ejercer el poder político, económico y cultural sobre la población. Esto no hubiera sido posible sin un aparato legislativo que sirviera para esos y no para otros fines, y sin un aparato propagandístico, que si bien es cambiante a lo largo del tiempo, siempre se basó en generar en los ciudadanos una falsa ilusión de evolución histórica del Estado de la que ellos serían los protagonistas del último estadio evolutivo. De este modo el Estado surgió con la vocación de perpetuarse y para ello introdujo en la población la aceptación sin condiciones del modelo. El sufragio universal fue una de las principales garantías ofrecidas por las nuevas formas de gobierno como prueba de conquista de libertad, la otra fue un cuerpo legislativo de lo que Tocqueville (2007) denominó *igualdad democrática*. Se trató así, de dar una respuesta a las numerosas controversias que presentaba el capitalismo, y para ello nada mejor que la creación de un estado-nacional-social, con capacidad para regular la vida privada de los individuos.

Taussig (1995), introdujo la figura de *fetichismo del Estado*, para referirse al sentimiento combinado de atracción-odio, que provoca en los ciudadanos. Estas emociones encontradas son, a nuestro juicio, las que sostienen y dotan de significado al poder. El Estado adquirió sentido en el momento en el que se lo dieron los individuos al convertirlo en un fetiche con poder de dominio sobre sus vidas.

“Bueno o malo, es causa de prosperidad o pobreza, de esperanza o desaliento. Y ya sea amado o insultado, el poder se reifica en las conciencias mostrando una realidad que vendría caracterizada por su inexistencia” (Taussig, 1995).

En el mismo sentido, Philip Abrams (1988,) afirmó: “el estado no es la realidad que se encuentra detrás de la máscara de la práctica política. Él mismo es la máscara que nos impide ver esa realidad” (p.58).

El Estado moderno comenzó sustituyendo la identidad del grupo por la de la ciudadanía y en este proceso, la persona pasó a reformularse como individuo sujeto de derechos y obligaciones. Los antiguos criterios referenciales, se vieron reemplazados

por las estructuras del nuevo aparato legislativo. El individuo quedó referenciado, en torno a un estatuto cultural de libertad, establecido bajo la premisa de poder decidir sobre su propia vida. Las políticas sociales y de protección, establecieron el marco necesario para la creación de una sociedad asalariada. El Estado, como buen padre dotado de razón, se estableció subordinando los intereses particulares y cumpliendo una función distributiva en materia de derechos y obligaciones. En este sentido, su función coercitiva se estableció en base a la restitución de los derechos vulnerados. La conciencia colectiva a la que se refirió Durkheim (1987), pasó a configurarse por una multitud de conciencias individuales ligadas entre sí por el magma ideológico del Estado. Desde estos planteamientos era necesario un metabolismo individual caracterizado por el aislamiento, la hiperindividualización y la falta de pertenencia.

Fue a finales del siglo XVIII, con el aumento de la población en torno a espacios urbanos industrializados, cuando la medicina abandonó el modelo asistencial, tejiendo una tecnología que actuó sobre el cuerpo social garantizando el control político y la productividad de los individuos. Se desplegó un marco legislativo cuyos principales objetivos de intervención se centraron en la infancia, la familia y la higiene. La medicina social comenzó gestionando la salud pública, como instancia de control social. Afirma Castro Orellana (2006), que este proceso significó la invención de la infancia como etapa específica dotada de finalidad, transformando a la familia en un campo privilegiado de intervención biopolítica para garantizar la administración de la salud. Debemos recordar que el momento histórico demandaba cuerpos sanos para hacer frente a las nuevas demandas productivas que caracterizaron los inicios de la industrialización. De esta necesidad surgieron los médicos higienistas que centraron su preocupación en las condiciones de trabajo de las fábricas y en los problemas de salubridad de los barrios obreros.

El matrimonio se convirtió en la principal célula organizativa de la nueva sociedad surgida al amparo de la revolución industrial, siendo objeto y objetivo de reformulación y vigilancia por parte de la medicina. Si bien se trataba de responder a los problemas de abandono y pobreza de los niños de las clases trabajadoras, también se buscaba la normalización y neutralización sociopolítica a través de la medicina y de la escuela. La mano de obra necesaria para el funcionamiento de las fábricas necesitaba

obreros dóciles, disciplinados y con unas condiciones de salud que no constituyeran un obstáculo para el ejercicio de su actividad laboral.

La medicina adquirió su mayor dimensión pedagógica en los contextos fabriles del siglo XVIII y lo hizo bajo el paternalismo y la pedagogía que alimentaba la responsabilidad y la culpa. Si no se actuaba sobre el hambre, la tuberculosis o las frecuentes neumonías de la época, se actuaría sobre la higiene y sobre el alcoholismo. Si bien el hambre señala directamente al sistema socio-económico, el alcohólico por el contrario, es responsable *individual* de un *vicio* que termina por anularle como ser social y por llevar el hambre y la degradación a su núcleo familiar. La medicina silenciaba de esta manera las causas de la enfermedad relacionadas con las condiciones del trabajo y de la vivienda, ya que por todos es conocido que se enferma y se muere antes en los barrios obreros que en las zonas con mayor nivel económico de las ciudades.

Un buen padre se perfilaba como un buen trabajador si era refrendado como tal, tanto por sus jefes como por sus vecinos, del mismo modo que una buena madre era (¿es?) aquella que *estiraba* (¿estira?) el presupuesto familiar hasta donde fuera necesario con el fin de disimular la pobreza de su familia. A día de hoy una mujer de su casa es aquella que transforma lo viejo en nuevo y prioriza los cuidados de higiene y alimentación, en un intento por ocultar los signos externos de la precariedad económica y la desigualdad social. En definitiva, un buen trabajador y una mujer de su casa son aquellos que presentan mayores niveles de adaptación y aceptación social al contribuir a invisibilizar la pobreza y la precariedad asociada a determinadas condiciones de trabajo. Como vemos, el enfoque es similar en su planteamiento al establecido por la biomedicina desde su funcionamiento dentro de las estructuras del Estado. Si la medicina orientada a la fuerza de trabajo tuvo grandes aciertos en cuanto a vacunación, control de epidemias y mejoras de salud, no fue menos eficiente en conseguir una fuerza productiva apta, duradera e inocua para el orden socioeconómico recién establecido.

El camino de los médicos higienistas que actuaron en las ciudades sobre la población obrera, fue un itinerario rizomático que osciló entre una preocupación real por la salud pública y las demandas de consolidación provenientes del nuevo orden fabril recién establecido. El sociólogo, Rafael de Francisco (2006b), se refiere a la

intervención del médico Jaime Vera, ante la Comisión de Reformas Sociales en diciembre de 1884, para hacer referencia al lado oscuro de la legislación laboral:

“Pero ante las consecuencias de este egoísmo capitalista individual, prolongación desmesurada de la jornada de trabajo, disminución de los salarios por debajo del mínimo necesario para la subsistencia [...] Los gobiernos no podían permanecer indiferentes, no por amor al obrero, sino porque [...] esta destrucción de la fuerza de trabajo y el aniquilamiento de la fecundidad de la tierra, habrían de comprometer no ya el progreso del capitalismo, sino que también la vida de la sociedad segando las fuentes de subsistencia [...] Toda legislación aparentemente encaminada a la protección del trabajo ha tenido por verdadero objeto [...] la defensa de los intereses capitalistas colectivos [...].” (p.70-71).

La salud laboral al igual que había hecho antes la religión, cedió los cuerpos infectados, hambrientos y muchos de ellos sepultados, a los nuevos modelos productivos. De Francisco (2006a) nos recuerda, cómo la medicina y la antropología, fueron construyendo su tejido epistemológico dentro de la urdimbre del contexto precapitalista. La frontera que separaba el nuevo orden económico, de la medicina social nunca estuvo bien definida, generándose una interdependencia que no ha hecho más que consolidarse con el paso del tiempo. El protagonismo gremial en la salud laboral cedió a favor del aparato administrativo y el saber médico, debido en gran parte a la emergencia de los productos manufacturados. Mientras tanto, la religión miraba hacia otro lado cuando comenzó a incumplirse el tercer mandamiento de Ley de Dios: *santificarás las fiestas*, cediendo así el tiempo sagrado, a los nuevos intereses económicos.

Resulta oportuno recordar en los momentos actuales, la prohibición del trabajo nocturno por el gremio de *vayneros* de Barcelona en 1357, permitiendo a los trabajadores que regulasen ellos mismos su ritmo productivo siempre y cuando cumplieran con los objetivos previamente pactados.

Podemos afirmar que la historia de la humanidad ha sido escrita con la sangre y el sudor de los trabajadores, por lo que siempre hubo gran interés por preservar la mano de obra necesaria para abastecer las aspiraciones de los diferentes modelos económicos.

Si ya hicimos mención a los fueros locales o al Fuero de Alfonso X el Sabio, en el inicio de este apartado, no puedo sustraerme a citar el canon de medicina de Avicena, publicado en el 980, donde el médico cordobés recomendaba las medidas que exponemos a continuación con la finalidad de preservar la salud:

- Elegir una vivienda ventilada con aire saludable.
- Realizar ejercicio físico.
- Respetar los periodos de sueño y vigilia. Destacando la acción benefactora del descanso.

Como podemos comprobar, las propuestas del autor todavía se encuentran plenamente vigentes en la actualidad.

El primer punto de inflexión de la medicina laboral vino de la mano del médico italiano Ramazzini² (INSHT, 2012), paralelamente al nacimiento de la medicina experimental, al auge de la burguesía y el comercio, y a la consideración del trabajo como fuerza transformadora y generadora de riqueza. Si a Ramazzini se le consideró el precursor de la medicina del trabajo, se ha pasado por alto su vocación antropológica, y la consideración de su obra como una etnografía realizada a partir de la observación de las condiciones laborales, cada vez más degradadas, en los talleres de la época. El autor, a través de una *descripción densa*, se convirtió en un testigo incómodo al desvelar aquello que debía permanecer oculto.

“[...] no consideré un desdoro adentrarme en los sórdidos talleres, y—dado que en nuestros tiempos la Medicina, toda ella, se ha reducido a puro mecanismo y en nuestras escuelas no resuenan más que las voces que abogan por el automatismo—, contemplar los secretos de las profesiones

² Bernardino Ramazzini (1633-1714) es considerado el fundador de la medicina del trabajo. Sus estudios de las enfermedades profesionales y la promoción de medidas de protección para los trabajadores, alentaron el inicio de la seguridad industrial y de las leyes de accidentes de trabajo.

mecánicas. Espero que me disculpen, principalmente los maestros del país [...].” (p.1381).

El médico italiano se disculpó por entrar en las oquedades de la miseria y de la pobreza, en una suerte de perspectiva *emic*, que justificó amparándose en el ejercicio de la medicina, a la que le recriminaba el automatismo que le impedía contemplar los secretos de las profesiones. Resulta pertinente reparar en cómo en una situación de crisis económica, paro y precariedad laboral, la sofisticación científico-técnica de la medicina, ha vuelto a adquirir una supremacía, que ha terminado por eliminar el acercamiento antropológico que llevó a cabo Ramazzini (2001) para contemplar *con ojos humanos* los secretos de la enfermedad: “yo, por mi parte, hice lo que pude en la medida de mis fuerzas” (p.1382).

Y lo que el autor hizo fue sacar a la luz y establecer los mecanismos de prevención de las enfermedades a las que se veían expuestos los mineros. Ramazzini cita a Plinio para afirmar: “hemos puesto precio a todos los bienes”, a continuación pasó a detallar el catálogo de enfermedades causadas por el trabajo en las minas: “disnea, tisis, apoplejía, parálisis, caquexia, tumores en la piel, pérdida de dientes, úlceras en las encías, dolores y temblores...” (Ramazzini, 2001, p.1381). Seguidamente pasó a describir el sufrimiento provocado por las ocupaciones propias de la época, estableciendo una relación hagiológica con el tormento infligido por los romanos a los mártires cristianos. La descripción de la *indumentaria hecha jirones o de la sangre expulsada a través de la tos*, es propia de una descripción densa y el texto resultante constituye, como no podía ser de otro modo, un relato antropológico. A continuación el autor describe los bálsamos, ungüentos, empastes y jarabes con los que aliviar tanto sufrimiento.

Ramazzini continúa describiendo las enfermedades de vidrieros, azufradores, pintores, herreros, yeseros, sin olvidar las propias de los médicos y farmacéuticos. Lo que verdaderamente nos llama la atención de su obra es, que lejos de articularse como una denuncia, lo hace empatizando con el sufrimiento de los trabajadores: de los de las cloacas, de los artesanos, de los atletas, de los tipógrafos,... y así hasta completar el estudio de las enfermedades profesionales en ciento cincuenta y cuatro modalidades de trabajo.

Si según parece, son pocas las personas que se libran de dejarse la salud en el trabajo, lo que el autor demanda de la profesión médica, es el doble deber de sacar a la luz y atender enfermedades que, lejos de ser individuales, afectan a una colectividad de personas en función de su profesión. Si la medicina banaliza este sufrimiento al mirar para otro lado, el médico italiano hace del dolor laboral una episteme de reconocimiento y atención. Ya que está, tratémoslo para minimizarlo, nos dice en su obra. La peculiaridad del texto consiste precisamente en poner de relieve, *que está* y en *actuar*, como él mismo afirmaba, desde un planteamiento humanista. Esta perspectiva, si no de víctima, al modo en que lo fue Primo Levi en un campo de exterminio nazi, sí al menos como testigo u *observador no participante*, de un acontecimiento global y transhistórico, como es el del sufrimiento en el trabajo.

Si el testigo puede hablar o quedarse mudo, Ramazzini no sólo habló, sino que generó una preocupación ética que dio lugar a la especialidad de la medicina del trabajo. Sin embargo a medida que ha crecido el interés por el tema, se ha ido generando una confusión de categorías éticas, científicas y jurídicas, que han terminado por particularizar, minimizar, cuando no por negar, un fenómeno global que no ha dejado de crecer. Si sus consideraciones hubieran sido tenidas en cuenta, se hubieran realizado grandes avances en el marco de la Salud Laboral, y como consecuencia en el de la Salud Pública. Resulta pertinente citar su recomendación de informar previamente a los trabajadores de los riesgos que comporta su puesto de trabajo, o de la conveniencia de preguntar a los enfermos por las actividades realizadas en el desempeño de su oficio. Nos encontraríamos con una suerte de consentimiento informado, en el que los empleadores reconocerían los riesgos a los que se exponen los trabajadores y en consecuencia la obligación compensatoria derivada de los mismos. La cuestión reparadora está en la base de las dificultades que muchos trabajadores encuentran, todavía hoy en día, para el reconocimiento de la enfermedad profesional, ya que el establecimiento por la OIT del listado de enfermedades profesionales, convenios 42 y 121, no implicó ninguna garantía de aplicación por aquellos países que se adhirieron a estos acuerdos. En la actualidad, muchas veces se produce un tira y afloja entre las partes que termina en los juzgados, de modo que la enfermedad profesional, en numerosas ocasiones, acaba siendo reconocida por sentencia judicial.

Cuando Ramazzini recomienda preguntar a los pacientes, cita la obra de Hipócrates *De las afecciones*: “cuando estés ante un enfermo, conviene que le preguntes qué le duele, cuál es el motivo, desde hace cuántos días, si hace de vientre y qué alimentos toma [...]” (p. 1381).

Y a continuación añade: *permítaseme añadir esta pregunta: ¿Y qué oficio desempeña?* Esta cuestión, no solo la considera el autor oportuna, sino totalmente necesaria, afirmando que esta pregunta se hacía en contadas ocasiones. El médico italiano advirtió sobre la necesidad de tenerla en cuenta, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento de las enfermedades. El conocimiento del trabajo y de las circunstancias que lo rodean, fue fundamental a juicio del autor, para conocer y tratar cualquier tipo de dolencia, viniera de donde viniera. Con estas reflexiones nunca pretendió, como él mismo afirmó, alcanzar la gloria, sino cumplir con su deber como médico de tener en cuenta el contexto laboral de los trabajadores en el caso de enfermedad.

Si analizamos su *trabajo de campo*, podemos comprobar que trescientos años más tarde de su publicación, no ha servido para recoger y cumplir sus recomendaciones. En este punto me permito invitar a los lectores de esta investigación, a reflexionar sobre las veces que al acudir a su médico, éste les ha interrogado sobre su actividad laboral con preguntas como: qué tipo de trabajo, cuántas horas, riesgos físicos o psicológicos, distancia al domicilio, existencia de turnos, grado de satisfacción o por las preocupaciones que les ocasiona.

Si es preciso seguir recorriendo este camino, hasta desembarcar en la realidad del paro, la precariedad, y la pérdida de salud en el trabajo, es por la tendencia que existe, también desde la academia, a pensar la evolución humana como una escalera ascendente cuya última meta es la civilización y la Modernidad, olvidando que cada peldaño de la escalera del progreso, se ha subido a costa del sufrimiento silenciado de los trabajadores.

La relación de la salud laboral con los modelos de producción, quedó telegráficamente definida a nivel transhistórico, con el siguiente ejemplo acaecido en la ciudad de Barcelona y sacado a la luz por Rafael de Francisco López (2006a). En 1780,

las fábricas de algodón, vidrio y jabón de la ciudad, comenzaron a despertar recelos por sus efectos contaminantes fruto de la contaminación del carbón de hulla y de los productos químicos utilizados en las fábricas de jabones e hilados. Refiriéndose a ellos, el médico Pedro Güell (1712-1791), emitió un informe que establecía la relación entre la muerte de los trabajadores y el ambiente de los talleres. Su testimonio terminó con la prohibición del ayuntamiento de establecer nuevas industrias en la ciudad. Sin embargo al poco tiempo, la Hacienda Real vinculada a los intereses de las industrias, encargó un segundo informe al Doctor Joseph Masdevall, que concluiría, no sólo negando su peligrosidad, sino afirmando que los productos utilizados y la exhalación de sus emanaciones preservaban la salud y protegían a las personas de determinadas enfermedades:

“[...] parece más claro que la luz del medio-día, que ningún recelo hemos de tener de los vapores de dichas raíces que exhalan las calderas de las Fábricas, antes bien los empleados en ellas que recibieran inmediatamente aquellas exhalaciones, penetrándoles sus cuerpos por la respiración y por los poros del hábito del cuerpo, mejorarán su constitución temperamental, y se precaverán por medio de las mismas de dichas enfermedades [...] por más Fábricas de indianas que se establezcan en una Ciudad, no nos ha de quedar el menor recelo ni temor de que dañen a la salud pública [...] no tiene el Rey ni nuestro sabio Gobierno que temer [...] Seríamos el objeto de la mofa, y escarnio de las naciones cultas de Europa [...] y si algunos Médicos poco instruidos [...] han sido de contrario sentir, son dignos del mayor desprecio y tenerse por enemigos de la felicidad de la patria y del engrandecimiento y prosperidad de la Monarquía [...]” (p. 99).

El contenido del texto resulta revelador por poner de manifiesto que la medicina siempre tuvo dificultades de asepsia científica derivadas de su contacto, tanto con los poderes públicos, como con intereses privados.

Es preciso reconocer que la medicina orientada a la fuerza del trabajo tuvo grandes aciertos en cuanto a vacunación, control de epidemias y mejoras de salud, sin que ello implique pasar por alto, su contribución en facilitar una fuerza productiva, duradera e inocua para el orden socioeconómico establecido.

3.3 El largo camino de la salud laboral en España.

3.3.1 Antecedentes históricos.

Los Fueros y la intervención de los médicos higienistas, constituyeron el inicio del camino de la salud laboral en nuestro país. Estos últimos, tuvieron un afán moralizante sobre una población considerada en muchos aspectos, poco apta e irresponsable de su propio cuidado y de la atención y vigilancia hacia los miembros del núcleo familiar. Así Salarich en su obra titulada *Higiene del Tejedor*, llegó a afirmar:

“[...] no olviden los gobiernos, que las masas inmensas de los obreros que ellos gobiernan [...] forman un cuerpo colosal, por cuyas venas corre una sangre ardiente y viciosa; el cáncer de la desmoralización corroe sus entrañas; los instintos aviesos neutralizan los benéficos resultados y las ventajas materiales que se le proporcionan. Y es que se olvida lo más esencial, es que no se le moraliza; no se le inculcan las creencias religiosas, que deben sacarle del lodazal vicioso, en que vive sumergido [...] no se educa, para que pueda un día ensanchar el angosto círculo que le comprime, y le sujeta en su estado de miseria y de idiotismo [...]” (p. 130).

No podemos entender la preocupación de la medicina por el daño laboral, sin hacer una mención a su protohistoria. En ella, la tutela fue una de sus funciones principales y se ejerció sobre una población a la que se le consideraba ignorante y poco capaz. Y es posible que los médicos higienistas tuvieran razón, teniendo en cuenta la mala alimentación y la monotonía de unas tareas casi siempre realizadas en un entorno hostil. En cualquier caso, no fue un interés prioritario en el convulso siglo XIX español, la atención a los riesgos del trabajo, pues como afirman Rodríguez y Menéndez (2005), desde su inicio, la ideología capitalista se mostró reacia a reconocer la relación entre el trabajo y la salud. Y como afirman los autores citando al Dr. Santero, cuando ésta comenzó a establecerse, lo hizo asignando a los médicos un papel de neutralidad que debemos matizar por su procedencia de clase. A pesar de lo afirmado hubo muchos médicos que se mostraron sensibles a estos problemas, aunque lo único que consiguieron fue, lo que Rafael de Francisco consideró habitual en la legislación española de prevención de riesgos laborales, y es la promulgación de una ley sin

establecer los medios económicos y administrativos necesarios para su desarrollo. (De Francisco, 2006a) A todo ello debemos añadir que el comportamiento médico más habitual consistió en el establecimiento de una empatía, cuanto menos sospechosa, con los intereses de empresarios y latifundistas, en detrimento de la salud de los trabajadores. Así por ejemplo, el médico higienista Monlau (1856), escribió en defensa de la libertad natural de los propietarios para decidir sobre las condiciones de las fábricas, y Salarich (1858) por su parte, defendió los intereses de los empresarios afirmando que si el aire perjudicaba la calidad de los tejidos, se cerraran las ventanas y los conductos de ventilación de los talleres. Al mismo tiempo, tanto uno como el otro, recomendaban principios morales de resignación, de respeto a las jerarquías sociales, de higiene, de amor a la familia y de inclinación hacia el trabajo. Ante la miseria y la evidencia de patologías derivadas de la industria, Revenga (1904) argumentaba: “el individuo goza de toda clase de libertades para defenderse. Si un taller no tiene las condiciones higiénicas, que elija otro para ejercer su profesión, y si no lo halla, libertad tiene para no trabajar” (p.88).

En este marco de falta de salubridad y mala alimentación, la salud de los obreros no tardó en convertirse en un problema para los empresarios, por lo que pronto comenzaron a aparecer numerosas ofertas de mutuas, que incluían diversas modalidades de protección ante el infortunio de la enfermedad o de la muerte. Mientras tanto desde la medicina se escuchaban voces como la de Monlau (1853) cuando afirmaba:

“[...]El obrero es pobre: socorredle, ayudadle. El obrero es ignorante: instruidle, educadle. El obrero tiene instintos aviesos: moralizadle [...] ¡Socorredle! Porque la religión lo manda, la humanidad lo dicta y el mismo interés de las clases afortunadas lo aconseja [...].” (p. 57).

La medicina social supuso desde sus inicios, un ejercicio de poder construido en base a una alianza científico-política garantista de un derecho, y por lo tanto difícilmente cuestionable. En un contexto laboral con jornadas extenuantes, trabajo infantil y sueldos miserables, los trabajadores se vieron obligados a hacer frente a sus problemas de salud, recurriendo a mutualidades o a seguros privados. Ante este panorama, resultaba previsible el comienzo de revueltas sociales demandando mejoras laborales y sociales.

Bismarck bajo la presión de la social-democracia, sostuvo que era necesario un poco de socialismo para evitar socialistas (Carpizo, 2012), y fue a partir de esta premisa cuando el Estado comenzó a gestionar la asistencia sanitaria de los trabajadores y a establecer unos ingresos mínimos en el caso de enfermedad, desempleo, patología laboral o jubilación. La *Ley sobre el Seguro de Enfermedad* de 1883, sentó las bases en las que descansan los sucesivos modelos creados por los países industrializados. Por primera vez se estableció una relación entre el trabajo remunerado y la obligación de contribuir con una parte del salario al seguro de enfermedad. En 1884 se promulgó, también en Alemania, una ley sobre accidentes de trabajo, que obligaba a los empresarios a cotizar para cubrir la invalidez permanente surgida por accidente laboral. El sistema establecido por Bismarck se basó en que, a cambio de la contribución económica del asalariado y del empresario, quedaban garantizadas una serie de prestaciones que cubrirían las necesidades fundamentales, en el caso de enfermedad del trabajador.

En el Reino Unido en 1941, el mandatario Winston Churchill, encargó a Beveridge un plan de protección basado inicialmente en una cantidad mínima que garantizara la subsistencia en el caso de no disponer de rentas por trabajo. El economista inglés, en el informe conocido como *Social Insurance and Allied Service*, hizo referencia a la necesidad de que cada país velara por la creación, el mantenimiento y el desarrollo intelectual, moral y físico, de las generaciones venideras. Así mismo estableció la necesidad de sostener económicamente a las generaciones apartadas de la vida productiva. Éstas son las bases sobre las que se establecieron el sentido de la Seguridad Social: una economía auténtica y racional de los recursos y valores humanos (Beveridge, 2000).

William Henry Beveridge (2000), estableció los ingredientes mínimos de cualquier sistema de Seguridad Social en los tres supuestos siguientes:

- La necesidad de una asignación a los hijos menores de 15 años o a los mayores, cuando se encontraran en un proceso de formación educativa.
- Derecho a la salud Universal para todos los miembros de la comunidad.

- Garantía de la estabilidad en el empleo, evitando la existencia de desempleo masivo y cronificado.

Los ejemplos del Reino Unido y Alemania, se extendieron rápidamente a través de la difusión de programas de protección de los diversos organismos internacionales. El 10 de mayo de 1944, la Declaración de Filadelfia fue aprobada por la OIT (1944), estableciendo entre sus principios, la necesidad de perseguir el bienestar material y el desarrollo espiritual de todos los seres humanos en condiciones de libertad y de seguridad económica. En uno de sus apartados (c), se especifica: “cualquier política de orden nacional e internacional, particularmente de carácter económico y financiero, debe juzgarse desde este punto de vista y aceptarse solamente cuando favorezca, y no entorpezca, el cumplimiento de este objetivo fundamental” (p.1).

En 1946 la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), aprobó la declaración Universal de los Derechos Humanos que en su artículo 25 establece:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, a sí mismo como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudedad, vejez, y otros casos de pérdida de los medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad.” (p.1).

Esta normativa en materia de derechos sociales, nunca garantizó su cumplimiento, como lo demuestra que sesenta y ocho años más tarde de su promulgación, sólo en España, muchas familias se vean obligadas a sostener solidariamente a los miembros que se encuentren en situación de desempleo o con ingresos insuficientes para hacer frente a sus necesidades de alimentación y vivienda. La situación en países en vías de desarrollo es mucho más alarmante.

Si esto sucede, es porque desde el nacimiento de los Estados-nación, la normativa en materia de derechos fundamentales, tuvo como principal finalidad el mantenimiento del orden establecido. Desde de su creación, se vincularon los Derechos del Hombre con los del Estado, en una suerte de matrimonio que permanecerá unido en

*la salud y en la enfermedad, en la riqueza y en la pobreza, hasta que la muerte los separe*³. El Estado, a cambio de los derechos de protección, demanda lealtad a perpetuidad. La Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano aprobada, por la Asamblea General Constituyente de 1789, proclama en su artículo primero: “les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune“(p. 221). Para afirmar en el tercero: “Le principe de toute souveraineté réside essentiellement dans la nation. Nul corps, nul individu ne peut exercer d'autorité qui ne découle pas directement de lui “ (p.224).

En *Homo Sacer* Agamben (1998), defiende la necesidad de indagar sobre qué hay más allá de las declaraciones que vinculan al legislador con principios éticos inmutables. El autor afirma, que a través de ellas se inscribe la vida natural en el orden jurídico de los Estado-nación, transformándola en la esencia de su existencia, de su legitimidad y de su soberanía. Agamben se refiere a la dificultad de entender el Estado moderno sin tener en cuenta que en su base no se encuentra el individuo consciente con capacidad para poder tomar decisiones, sino su *nuda vida*, puesto que será desde el mismo momento de su nacimiento cuando pase a ser ciudadano sujeto de derechos y obligaciones.

Ser ciudadano dejó de significar obediencia a la autoridad, para pasar a definir la vida misma de las personas desde su nacimiento y este proceso se produce a través del vínculo de la soberanía biopolítica con los derechos del hombre. Agamben (1998) redefine el contrato foucaultiano de biopolítica, afirmando que la característica del Estado moderno, no está en el hecho de que la vida de las personas sea objeto y objetivo de sus pretensiones, si no en:

“El hecho de que [...] el espacio de la nuda vida que estaba situada originalmente al margen del orden jurídico, va coincidiendo de manera progresiva con el espacio político, de forma que exclusión e inclusión, externo e interno, bios y zoé, derecho y hecho, entran en una zona de irreductible indiferencia.” (p.110).

³ Parte del ritual católico por el que los contrayentes reciben el Sacramento del matrimonio.

En la biopolítica llevada a cabo a través de la configuración de los Estados-nación, la producción de derechos fundamentales, tiene una función identitaria de inclusión. A través de ella los miembros del grupo legitiman el poder del Estado y su inserción en el mismo. Si realizo estas reflexiones es porque con frecuencia se interioriza la creación de jurisprudencia en materia de derechos, con su cumplimiento a través de la actuación garantista de los Estados, caracterizándose la realidad, incluso en temas de derechos fundamentales, más por su excepción que por su cumplimiento⁴.

A comienzos del siglo XX se promulgó en España, el 30 de Enero de 1900, la denominada *Ley Dato*, cuyo nombre oficial fue el de *Ley de Accidentes de Trabajo*. En ella se establecía, que las consecuencias económicas derivadas de accidente laboral deberían correr a cargo de los empresarios (Vilar-Rodríguez y Pons-Pons, 2012). Tres años más tarde, el conservador Francisco Silvela creó, el 23 de mayo de 1903, el Instituto de Reforma Social, entre cuyos objetivos se encontraba, la creación de proyectos de Ley con la finalidad de mejorar las condiciones y la vida de los trabajadores. Si bien es verdad que en sus cinco años de existencia no realizó actividad alguna para cumplir con sus objetivos iniciales, sentó la base sobre la que en 1908, el gobierno de Eduardo Dato, creó el Instituto Nacional de Previsión (INP) que permaneció vigente hasta 1978.

La Ley de Accidentes de trabajo de 1900, limitada en su formulación inicial a la industria, extendió su regulación en 1919 a los trabajadores del mar, y en 1923 a los campesinos y agricultores. Es preciso destacar dos aspectos de la ley puestos de relieve por Rafael de Francisco; el primero consiste en que la normativa hacía responsable de la salud de los trabajadores a su mayor o menor vulnerabilidad biológica, pasando por alto

⁴ Si bien el acceso a la sanidad y a la educación han caracterizado a las democracias occidentales, las mismas han contribuido a dotar de legitimidad y continuidad ideológica a los regímenes que las sustentaron. Este hecho supuso una contradicción con el principio de libertad por un lado, y con el de igualdad por el otro, debido en el último caso, a las desigualdades para acceder a la educación post-obligatoria. A pesar de lo dicho, hay que tener en cuenta que el sistema de becas o ayudas públicas, del que me beneficié desde la educación primaria hasta que finalicé mi licenciatura en psicología, supuso cierto alivio económico para aquellas familias que, en un gesto que podríamos calificar de heroico si atendemos al sacrificio realizado, tomaron la decisión de que sus hijos cursaran estudios universitarios. No debemos olvidar tampoco que el derecho al trabajo, a la vivienda, a la igualdad ante la ley, al desarrollo pleno de las capacidades y en definitiva, a lo que se considera una vida digna, ha constituido más bien la excepción para la mayoría de ciudadanos en los Estados-nación.

cuestiones como el salario, el horario de trabajo o las condiciones de seguridad y salubridad. Esta consideración no contó con muchos detractores, habida cuenta de la visión organicista y no contextualizada que caracterizó, desde sus inicios, a la medicina.

El segundo aspecto destacado por el autor, puso de manifiesto el incumplimiento de la ley en aspectos tan determinantes como la explotación infantil, cuya regulación ya se establecía en la denominada Ley Benot (Peñas, 2011)⁵. Sí es verdad, que se obligó a los patrones a proporcionar auxilio médico a los obreros que sufrieran accidente en el ámbito laboral, aunque, como afirman Rodríguez y Menéndez (2005), la realidad fue que en la mayoría de las ocasiones a los heridos se les envió a las casas de socorro u hospitales municipales. La ley sí supuso un auge de las compañías de seguros y el inicio de la asistencia médica en las fábricas y empresas.

Durante la II República se hizo obligatorio el seguro de accidentes y se dio paso al funcionamiento de las Mutuas Patronales. La Constitución republicana de 1931, establecía en el artículo cuarenta y seis:

“La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará: los casos de seguro de enfermedad, accidentes, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte. El trabajo de las mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección a la maternidad; la jornada de trabajo y el salario mínimo y familiar; las vacaciones anuales remuneradas; las condiciones del obrero español en el extranjero; las instituciones de cooperación; las condiciones económico-jurídicas de los factores que integran la producción, la participación de los obreros en la dirección, administración y los beneficios de las empresas, y todo cuanto afecte a la defensa de los trabajadores.” (p.195)

A pesar de lo expuesto, la II República tampoco estableció ningún tipo de financiación para un cambio que prometía una notable mejora de las condiciones de vida de los trabajadores. Sí consiguió introducir mayor vigilancia sobre las condiciones de los talleres a través de la *Inspección Médica del Trabajo*.

⁵ Primera ley publicada en España el 24 de julio de 1873, que regulaba las relaciones entre patronos y asalariados. Su principal objetivo fue proteger a los menores de las duras condiciones de las fábricas.

Pocos años antes, con la introducción de la organización científica del trabajo o taylorismo, ya se habían globalizado todas las alarmas debido al aumento de enfermedades derivadas del trabajo. Me refiero sobre todo a aquellas que llevaban aparejado mayor riesgo de contagio. Así ocurrió con la anquilostomiasis, cuya preocupación condujo a un acuerdo entre el gobierno español y la Health Board de La Fundación Rockefeller, gracias al cual se instalaron letrinas en las fábricas con la intención de contener esta enfermedad.

No podemos concluir este apartado sin hacer referencia a la Ley de Bases de Enfermedades Profesionales del 13 de julio de 1936. Esta Ley, que estableció un listado de 21 enfermedades profesionales, fue consecuencia de la ratificación por España del convenio número 18 de la OIT, publicado en 1925. En él se estableció el marco sobre las indemnizaciones a las que tendrían derecho los trabajadores, en el caso de sufrir una enfermedad relacionada, directa o indirectamente, con su actividad profesional.

La Constitución republicana y las leyes dictadas a su amparo, en este y en otros temas, se vieron violentamente interrumpidas a partir del golpe de Estado promulgado por el general Franco.

3.3.2 La Dictadura.

Durante la Guerra Civil, el bando franquista promulgó el Fuero del Trabajo, en el que se afirmaba: “el Estado valora y exalta el trabajo y lo protegerá con la fuerza de la Ley”.

Cuando se instaló en el poder la dictadura franquista, España era un país con una situación sanitaria alarmante, lo que suponía para el régimen una amenaza constante de hambre y epidemias. Esta circunstancia supuso la posibilidad de ganar el apoyo de una población enferma y hambrienta, al poner en marcha una reforma de la atención sanitaria.

En 1939 se instauró el seguro de vejez y se retomó el Fuero del Trabajo en el que se atribuía al Estado la responsabilidad de establecer las reglas que debían regir las relaciones laborales, suprimiendo de este modo a las organizaciones sindicales. Al mismo tiempo se legisló a favor de expulsar a las mujeres del mercado laboral,

abogando por una familia patriarcal, en la que el cabeza de familia fuera el único capacitado para acceder al mercado laboral. Quedaba focalizada en él la responsabilidad de subsistencia de su núcleo familiar, mientras que a la mujer se le encomendaba el cuidado y la educación de los hijos (INP, 1932).

La Ley 14 de Diciembre de 1942 estableció el seguro obligatorio de enfermedad, dirigido sobre todo a dar protección a los trabajadores cuyas rentas no sobrepasen unos mínimos prefijados, y a proporcionar un subsidio a los desempleados. En 1949 se creó el Seguro de Viudedad y dos años después el de Enfermedad. En este contexto legislativo se crearon el Seguro de Enfermedades Profesionales y el Seguro de Desempleo, ambos con una clara inspiración bismarckiana.

La situación económica del país, unida a los planteamientos ideológicos de la dictadura, trajo como resultado una baja eficacia de cobertura entre la población, y la práctica inexistencia de las infraestructuras sanitarias necesarias para poner en funcionamiento las medidas adoptadas. Los problemas de financiación del régimen, unidos a una represión basada en la delación, la sospecha y en la prohibición de cualquier actividad sindical⁶, contribuyeron a enlentecer la puesta en marcha de una sanidad universal y gratuita. Y así, la medicina general y los tratamientos farmacéuticos, sólo estaban garantizados por un período de 23 semanas para el asegurado y 13 para el resto de miembros de la familia (Vilar-Rodriguez y Pons-Pons, 2012). Los servicios hospitalarios y las especialidades médicas se empezaron a poner en funcionamiento en 1948 con las siguientes limitaciones en temas de afiliación: límite de edad de 14 años⁷ al ser la edad mínima permitida para el acceso al mundo laboral y el límite salarial de 9.000 pesetas, que pasó a incrementarse a 18.000 pesetas, en 1949.

⁶ Los llamados *sindicatos verticales*, formados por empresas y trabajadores, fueron un instrumento del Estado para controlar y disciplinar la fuerza del trabajo. Como puede comprenderse, en este contexto quedó anulada cualquier acción reivindicativa, motivo por el que se vieron endurecidas las condiciones laborales de los trabajadores.

⁷ A pesar del límite legal establecido, en la sociedad de la época y hasta bien entrada la década de los 70, fue habitual el trabajo infantil. Los hijos pequeños contribuían al delicado sistema de subsistencia familiar, a través de la realización de tareas agrícolas o como aprendices y peones. En muchas ocasiones, este trabajo desregularizado incluía, extenuantes jornadas laborales realizadas en situaciones de insalubridad y riesgo para la salud.

Hay que tener en cuenta que el 2 de marzo de 1944, se promulgó un Decreto en el que se establecían sistemas de colaboración con entidades privadas, sobre todo con mutuas laborales e igualatorios o asociaciones médicas, que todavía continúan vigentes en la actualidad. A pesar de todo lo legislado, en 1951 sólo un 35% de los españoles tenía cobertura parcial frente a la enfermedad. Este modelo de gestión mixto fracasó en parte debido al gasto que suponía el sueldo de los médicos y del personal sanitario y en no menos medida, debido al abuso y al fraude de los responsables de su funcionamiento.

En 1945, con la aprobación del Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias, se dio comienzo al lento camino en el desarrollo de infraestructuras hospitalarias. En 1953, entre los nueve grandes hospitales levantados en nuestro país, se encontraba el Hospital Santa Bárbara en Puertollano, creado para dar respuesta sanitaria a los mineros de la Sociedad Minero Metalúrgica de Peñarroya.

La andadura legislativa continuaba dentro y fuera de España, con el establecimiento de una normativa incompatible, de haberse generalizado su cumplimiento, con el modelo económico propio de los países que la desarrollaron. Y así en 1950, el comité conjunto OIT y la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptó la siguiente definición de medicina del trabajo:

“La medicina del trabajo debe tender a: la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; La Prevención de las pérdidas de salud de los trabajadores causadas por sus condiciones de trabajo, frente a los riesgos que puedan dañar dicha salud; la colocación y el mantenimiento de los trabajadores en un ambiente laboral adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas y, en síntesis, la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo.” (p.3)

Si bien queda clara la intención de establecer una relación simbiótica entre el ser humano y su contexto laboral, no es menos cierto que a la luz de lo expuesto, se albergan dudas razonables sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos del texto, incluso en aquellos países que se comprometieron a desarrollarlo. La medicina del trabajo ha

contribuido, dentro del modelo económico que le dio forma, a disminuir determinadas enfermedades profesionales tristemente endémicas, como lo fueron la silicosis, la asbestosis y otras muchas, pero la protección de los trabajadores seguiría subordinada a las necesidades productivas y a las lógicas establecidas por los mercados.

La definición, que serviría de base para la creación en marzo de 1957 de la medicina del trabajo dio cuenta de las posibilidades ejecutivas de sus postulados. En el documento fundacional se establece, que al ser la función del médico del trabajo la de proteger la salud de las personas, este debería conocer su influencia en las enfermedades comunes y psicológicas: “todo médico deberá conocer los efectos del trabajo en el curso normal de las enfermedades no profesionales más corrientes” (OIT 1957, p.3).

La medicina del trabajo nació con una clara voluntad de utopía que constituyó la base de su escasa aplicación, al menos en lo que a la protección generalizada se refiere.

En España, con el Decreto 1036/1959, se publicó el Reglamento de los *Servicios Médicos de Empresa*, en el que se aconseja generalizar los servicios médicos de las empresas para mejorar la salud de los trabajadores, y mejorar también su rendimiento laboral. Debemos añadir que su ámbito de aplicación se caracterizó por su aspecto restrictivo, al excluir de su marco de intervención a las empresas de carácter público y a las privadas con un número inferior a cien trabajadores en su plantilla. La normativa, con todos sus aspectos positivos, no fue objetivo de una especial vigilancia por los Inspectores de Trabajo de la época, por lo que una vez más, careció de relevancia en cuanto a su aplicación se refiere.

En lo relativo a accidentes de trabajo, en 1956 se reelabora la abundante y compleja normativa con la publicación el 22 de Junio de 1956, del texto refundido de La Ley del Reglamento de Accidentes de Trabajo (Decreto del 22 de junio de 1956). A partir de su publicación las enfermedades profesionales comenzaron a contemplarse y el 7 de marzo de 1941 se instaura el Seguro de Silicosis, con el Decreto de 10 enero de 1947, creador del seguro de enfermedades profesionales, que establece en su artículo dos: “se entenderán como enfermedades profesionales aquéllas que, producidas por

consecuencia del trabajo, y con evolución lenta y progresiva, ocasionen al productor una incapacidad para el ejercicio normal de su profesión, o la muerte”.

Con la intención de optimizar el funcionamiento de las mutuas se aprueba en 1954, el Reglamento General del Mutualismo Laboral, destacando entre sus prestaciones, la pensión de invalidez absoluta y total para la profesión habitual y la pensión de jubilación. La sucesiva promulgación de leyes, decretos y órdenes ministeriales, no pasó de ser una declaración de intenciones con escasa repercusión en la población, motivo por el que se trató de homogeneizar a los colectivos y de evitar duplicidades de funciones entre las mutuas y las empresas por un lado, y el Instituto Nacional de Previsión por el otro. En este contexto se aprobó la Ley 193/1963 de Bases de la Seguridad Social el 28 de diciembre de 1963, año en el que la tasa de mortalidad en España comenzaba a equipararse con las de Europa y en el que continuaba el éxodo de la población rural debido al paro producido por la mecanización del campo.

Hacía casi dos décadas que en Europa, después de haber derrotado a los fascismos, los obreros habían comenzado a asociar la salud con la calidad de vida, y a ésta con el consumo. La escasez, unida a la autarquía del régimen, hizo de España el país con la mayor tasa de mortalidad infantil de toda Europa hasta la década de 1960.

Comenzaba a tejerse la denominada sociedad del bienestar, en la que no tardarían en aparecer las consecuencias del nuevo taylorismo de mercado que aún perduran. Me refiero a la depresión y a la ansiedad que por entonces comenzaba a proliferar entre los trabajadores. Fue con la guerra de Vietnam y las revueltas de mayo del 68, cuando se comenzó a vislumbrar el final de una utopía y el inicio de los denominados por De Francisco (2006b), *simulacros de salud*. Ésta expresión me parece muy acertada por su vinculación con la corriente de la *positive psychology*, por consistir en forzar un estado de ánimo contrario al que sería razonable esperar en contextos poco favorables.

El establecimiento de la normativa no garantizó, ni su funcionamiento ni su cumplimiento en la etapa de la dictadura franquista, pero sí consiguió la proyección de una imagen paternalista del Estado que supuso el inicio de una percepción social de protección. Nos encontrábamos en el umbral de lo que se ha convenido en llamar

Estado de bienestar. Ello no implicó que el hambre, la enfermedad, la pobreza y la muerte, fueran motivo de celo en el cumplimiento de la legislación promulgada en la dictadura del general Franco. En este aspecto cabe destacar la alta tolerancia del régimen al mercado infantil del trabajo. Amich Elías (2008) aporta datos reveladores que dan cuenta de una práctica generalizada del empleo de mano de obra infantil en nuestro país. A pesar de que el *Fuero del Trabajo* de 1938, establecía la prohibición del trabajo nocturno a mujeres y niños, la Ley del Contrato de Trabajo de 1944 autorizaba el trabajo a los menores de 14 años, con las excepciones del trabajo agrícola, del realizado en los talleres familiares o el desarrollado en los espectáculos públicos (Decreto, 26 de enero de 1944). Esta ley también prohibía a los menores de 16 años el trabajo con sustancias peligrosas o insalubres. Recordemos en este sentido, que en 1921 la OIT ya prohibía el trabajo agrícola a los menores de 14 años, salvo en el caso del trabajo *ligero y liviano*, si bien es cierto que esta normativa se incumpliría sistemáticamente en la mayoría de los países industrializados.

En España, hasta bien entrada la década de 1970, fue frecuente que muchas familias con dificultad para alimentar a sus hijos, enviaran a algunas de sus hijas a partir de los 10 años del pueblo a la ciudad como sirvientas. La remuneración, en la mayoría de los casos cubría techo y comida, y la jornada laboral quedaba al criterio de los señores de la casa, en la que la niña viviría en régimen de internado

Cabe preguntarse qué posibilidades tuvo la Inspección de Trabajo de denunciar el incumplimiento de la normativa en materia de trabajo de menores. Seguramente pocas, dada las circunstancias de la época, pero conviene no olvidar que, ni la normativa relativa al trabajo infantil, ni un sistema sanitario que se manifestaba proteccionista en materia de derechos laborales, fueron determinantes para eliminar la enfermedad y el sufrimiento causados por el trabajo de niños y adultos. Víctimas y victimarios permanecen todavía olvidados, en un apartado más de la historia silenciada de nuestro país. La necesidad y la represión, hicieron que el silencio fuera la respuesta más habitual ante las condiciones laborales que imperaban en la época. En efecto, el hecho de que los salarios se situaran en torno al 50% de los existentes en 1936, da cuenta de hasta qué punto las condiciones laborales pasaban desapercibidas cuando lo que estaba en juego era la supervivencia propia y familiar. En uno de los informes

quincenales que las jefaturas provinciales FET-JONS, debían enviar a la delegación nacional de provincias, se expone:

La situación es pavorosa, tenemos toda la provincia sin pan y sin la posibilidad de adquirirlo. Aceite hace más de cuatro meses que no se ha racionado, de otros productos no digamos. Prácticamente en la provincia seríamos todos cadáveres si tuviéramos que comer de los racionamientos de las Delegaciones de Abastos (Molinero e Ysàs, 2003, p. 263).

La corrupción se generalizó en el régimen de racionamiento y buena parte de productos de primera necesidad fueron vendidos en el mercado negro. En el caso del trigo, este mercado disponía de una cantidad mayor que la distribuida por los cauces reglamentarios.

A todo lo anterior hemos de añadir el hecho de que la disciplina y la obediencia al empresario constituían la única posibilidad de disponer de un trabajo, motivo por el que cuantificar el sufrimiento laboral en estas circunstancias, resulta poco menos que imposible, aunque a juzgar por las condiciones socio-laborales, se asumió un plus de pérdida de salud por el hecho mismo de trabajar. La salud quedaba subordinada a la consideración cultural de lo que implicaba ser un buen trabajador. Desde su conceptualización, se negaba el sufrimiento laboral como un signo de virilidad. La buena reputación de un hombre quedaba vinculada a su capacidad para minimizar, cuando no ignorar, el sufrimiento derivado de su actividad laboral. Al mismo tiempo había una conciencia de resignación ante el infortunio, alentada y promovida por la iglesia católica, que contribuyó a identificar la injusticia con la fatalidad inevitable del destino.

Recuerdo que en el trabajo en el campo, las bromas, las canciones, y los juegos, nos distraían de una jornada laboral de sol a sol en la que con facilidad podíamos cortar 1000 kg de uva por persona. A día de hoy siento por las tareas agrícolas realizadas durante aquellos años, casi añoranza y todavía mantengo una relación de amistad, tanto con los compañeros, como con los capataces que siguen

vivos. Los *amos*⁸ no solían aparecer por los campos de trabajo, por lo que a pesar de ser una de las piezas principales de la recolección al ser los propietarios de la tierra, resultaban auténticos desconocidos para los trabajadores de la cuadrilla.

Si bien las migraciones del campo a la ciudad fueron una realidad desde el inicio del S.XX, este fenómeno comenzó a adquirir relevancia a partir de 1940, año en el que todavía el 86% de la población española se concentraba en núcleos de menos de 5000 habitantes. (E. Nicolás, 1911). Barcelona y Madrid fueron los principales destinos del éxodo rural, mientras que 16 provincias, entre ellas Ciudad Real, comenzaban a perder población.

En la última etapa del franquismo, a raíz de la aprobación del Plan de Estabilización de 1959, comenzó un proceso de liberalización económica marcado por nuevos modelos productivos caracterizados por su énfasis en los derechos laborales y por el inicio del consumo de masas. El denominado *milagro español*, fue posible gracias a la emigración del campo a la periferia de las ciudades. Un albañil jubilado nos resumía su experiencia con las siguientes palabras: “me dejé el pellejo en Madrid para vivir mejor que en el campo y pasé de dejarme la salud en las viñas a dejarme la vida y la familia en los destajos”.

Si hubo una mejora en la salud, ésta se debió en mayor medida a los avances médicos y sociales que a las nuevas condiciones laborales. En aquella época, muchos españoles vivieron su peculiar ascenso al *Ford T*⁹, en la versión correspondiente al *Seat 600*, gracias en gran medida a las horas extraordinarias y al trabajo de las mujeres como asistentes en los domicilios de la capital. En muchos casos se ocultaba esta realidad a la familia del pueblo, que miraba con admiración, el cambio de estatus derivado del poder

⁸ En la actualidad se sigue utilizando en la Mancha la palabra *amo* para referirse al dueño de las explotaciones vitivinícolas u olivares. Quién es tu *amo*, es un interrogante exento de las connotaciones de propiedad que todos entendemos. La pregunta se hace para conocer el tiempo de trabajo y la ubicación de las tierras. Desde hace más de 30 años varios *amos* suelen agruparse para contratar un tractorista y un capataz, que a su vez, serán los encargados de formar cuadrilla. A pesar de la aclaración y con los matices conceptuales que se quiera, un *amo* siempre es un *amo*. Así al menos fue como yo lo viví entonces, y es cómo lo sigo percibiendo en la actualidad.

⁹*Five dollars day*: Henry Ford anunció en 1914 un salario de 5 dólares al día, pasando la jornada laboral de 8 a 9 horas. Con esta medida disminuyó el absentismo laboral y aumentó la producción, provocando al mismo tiempo, que sus empleados compraran los productos que ellos mismos fabricaban.

adquisitivo de sus parientes emigrados a la ciudad. Las vacaciones pagadas, el coche, la adquisición de vivienda propia, y los nuevos modos de vestir e incluso de hablar, establecieron una frontera imaginaria, entre un pasado de escasez y un presente de prosperidad.

La realidad sin embargo fue que los nuevos modelos productivos trajeron aparejados nuevos sufrimientos en gran parte desconocidos hasta ese momento, me refiero a los sentimientos de desarraigo y a la depresión

En el mismo período, el momento expansivo internacional debido entre otras cosas al bajo precio del petróleo, dio lugar a un proceso migratorio paralelo buscando la prosperidad del Sur de Europa. Entre 1950 y 1974, más de un millón de españoles se desplazaron a Francia, Suiza y Alemania para realizar los trabajos menos deseados por la población autóctona. Ninguna normativa contempló el precio en salud del desarraigo, el aislamiento y en muchas ocasiones, del desconcierto al sobrepasar un punto de no retorno. Viviendo en barracones, con dobles jornadas laborales, sin conocer el idioma de los países de destino, y separados de sus familiares, no es difícil imaginar que este tipo de prosperidad económica tuvo un precio en salud que se ha minimizado, cuando no ocultado, bajo el disfraz del emprendimiento, la nostalgia y la folklorización del sufrimiento. La medicina particularizó, bajo la máscara de la vulnerabilidad psicobiológica, los daños derivados de las nuevas condiciones laborales.

3.3.3 La Democracia.

Con la llegada de la democracia, la Seguridad Social adquirió un nuevo enfoque, debido al nuevo ordenamiento político de nuestro país. La Constitución y la nueva organización territorial del Estado con el establecimiento de las autonomías, supuso que estas asumieran las competencias en materia de salud, al mismo tiempo que se iniciaba un camino de asimetrías en los servicios prestados a los ciudadanos. Cabe destacar la creación en 1977 del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y la supresión del INP, pasando la gestión de los servicios sanitarios al recién creado Instituto Nacional de la Salud. Por otro lado el convenio de la OIT sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 1981 (nº155), que entró en vigor en 1983 y al que se adhirió, entre otros países España, en la Parte II referida a *Principios de una Política Nacional* establece en el artículo 5º :

[...] la política de los Estados deberá contemplar las relaciones existentes entre los componentes materiales del trabajo y las personas que lo ejecutan o supervisan, y la adaptación de la maquinaria, del equipo, del tiempo del trabajo, de la organización del trabajo y las operaciones y procesos, a las capacidades físicas y mentales de los trabajadores (OMS,1957).

En cuanto a la evolución de la legislación sanitaria en nuestro país, no podemos pasar por alto el artículo 43 de la Constitución, que establece la obligación de garantizar la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos y las prestaciones sociales suficientes en caso de desempleo. La importancia del derecho a la salud aparece en el prólogo de la Carta Magna, donde el Estado establece como prioridad la de garantizar a los españoles dignidad y calidad en los diferentes ámbitos de la vida. En el mismo sentido, el derecho a la asistencia sanitaria reconocido en la Constitución Española, se haya vinculado a lo establecido en el artículo 41 cuando se refiere al mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos.

La actualidad de la crisis económica está poniendo de manifiesto la elasticidad interpretativa del texto constitucional, en función de las circunstancias económicas y de la visión política establecida desde los diferentes gobiernos democráticos. Esta versatilidad interpretativa, suele acompañar a los principales textos legislativos y curiosamente también a los religiosos.

En 1970 se creó el Servicio Social de Higiene y Sanidad en el Trabajo, reconvertido desde 1978 en el actual INSHT, que desarrolló sus actividades sin pena ni gloria hasta 1995. España, al vincularse al convenio 155 de la OIT, promulgó la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), con el doble objetivo de hacer disminuir los accidentes y las enfermedades profesionales y de silenciar las demandas de seguridad laboral de los trabajadores (Ley 31/1995). La realidad de su efectividad quedó reducida al segundo objetivo, como lo demuestra el informe emitido por el profesor Durán, en respuesta a la solicitud de la presidencia del Gobierno de abril de 2001, en el que afirma que la siniestralidad laboral, no sólo no descendió desde la aprobación de la Ley, sino que llegó a ascender en algunos sectores.

Las sociedades occidentales a partir los años 30 del siglo pasado, crearon una arquitectura en materia de salud laboral, que sirvió como una herramienta de marketing social (Castellano Arrollo, 2006). En España esta *marketización* influyó en la transformación de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, creada en 1940, en la especialidad, vía Médico Interno Residente (MIR)¹⁰, de Medicina del Trabajo. La comisión nacional encargada de la creación del programa oficial de la especialidad, suscribió la definición para la materia, establecida previamente por la OMS:

“La especialidad médica que, actuando aislada o comunitariamente, estudia los medios preventivos para conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores, en relación con la capacidad de éstos, con las características y riesgos de su trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, así como promover los medios para el diagnóstico, tratamiento, adaptación, rehabilitación y calificación de la patología producida o condicionada por el trabajo.” (p.4).

Si asumimos lo afirmado por Dejours (2009b), en el sentido de que el sufrimiento es un factor concomitante con el trabajo, y teniendo en cuenta que la actividad laboral vehicula la supervivencia del ser humano, se entiende que dudemos sobre las posibilidades de alcanzar los objetivos establecidos en la definición. Es preciso recordar que la particularidad de la medicina occidental está en su histórica vinculación con el poder económico y político. A su carácter ahistórico, descontextualizado y biologicista, debemos sumar, como ya dijimos, su gran eficacia pragmática. Todo ello contribuirá, en numerosas ocasiones, a particularizar, minimizar y dificultar, el reconocimiento de la enfermedad profesional

En el programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia, se establece que en el campo de la Clínica y la Patología Profesional, la especialidad: “ha de definir la adecuación más correcta de cada persona al lugar de trabajo, facilitando su mejor rendimiento, la menor siniestralidad y la mayor

¹⁰ La formación vía MIR, se estableció como sistema de formación de especialidades médicas en España desde el año 1978. En la práctica se trata de un contrato de prácticas de formación posgraduada universitaria.

satisfacción del trabajador en su actividad” (Consejo Nacional de Especialidades Médicas, 1996, p.371).

La normativa creó un puente entre la práctica clínica y el rendimiento de los trabajadores y los intereses empresariales. El acto médico se transformó, a golpe legislativo, en acto político. Esta circunstancia viene a caracterizar a la medicina del trabajo en sus múltiples actuaciones, sobre todo en las referidas a las de control y vigilancia, de las que hablaremos más adelante. Llama poderosamente la atención, que una especialidad que cuenta en su programa con materias tan complejas como: fisiología laboral, psicología laboral, epidemiología laboral, toxicología general, bioestadística, área de patología profesional, tecnopatías, patología quirúrgica laboral, valoración específica de las incapacidades laborales, derecho del trabajo, conocimientos empresariales o sociología del trabajo, entre otras muchas, sea una de las de menor duración de todas las especialidades vía MIR establecidas por el gobierno español.

De otro lado ya nos advirtieron algunos médicos, entre ellos Joaquín Abreu (1841), sobre el peligro de poner el punto de mira en la búsqueda de la satisfacción del trabajador:

“[...] Hacer el trabajo bastante atractivo para que apasionadamente sean arrastrados a él los hombres, las mujeres y los niños practicándolo sin auxilio de la moral ni del hombre, es un hecho generador del nuevo orden social [...]” (p.18)

Más de 150 años después de la publicación del artículo de Abreu, 22.946 personas enfermaron por algún tipo de patología laboral en el año 2014, según fuentes del observatorio de enfermedades profesionales, establecido dentro del ámbito de la Seguridad Social. (p.6). Esta cifra no ha dejado de crecer en proporción al número trabajadores, teniendo en cuenta que en el último trimestre de 2015, según la EPA (Encuesta de Población Activa), casi cinco millones de personas continuaban sin encontrar empleo. A pesar de las cifras, el gobierno, a través de la Dirección General de Tráfico, nos dirigía la atención hacia las víctimas de accidentes de tráfico, pidiendo a los conductores sentido de la responsabilidad y precaución . Coincidimos con lo afirmado por Antonio Madrid (2010), en el sentido de que la enfermedad y la siniestralidad

laboral forman parte del orden económico productivo, al que dotan de significado técnico y económico. Si el sufrimiento laboral delata la acción política, la medicina del trabajo actúa como colaboradora necesaria, habida cuenta de las limitaciones de la normativa y de la laxitud con la que se observa su cumplimiento.

A pesar de la especialidad y teniendo en cuenta la actuación de las mutuas, es previsible que muchas enfermedades que pudieran haber tenido su origen en el trabajo, se vean difuminadas como enfermedades comunes, en las consultas de: UDC, AP, UP, traumatología, oftalmología, oncología, cardiología o neumología, entre otras. Por todos es conocido que los pacientes se ven obligados, en muchas ocasiones, a enfrentarse a un proceso no exento de dificultades, entre las que destacamos: sortear las reticencias de las mutuas, los celos de las empresas, y a la lentitud y los descuidos de la Administración.

El marco legislativo puede dar la falsa impresión de que siempre que exista daño laboral, quedará protegido por lo dispuesto en la normativa. Sin embargo ya nos alertó Rafael de Francisco, en el sentido de que la sociedad postfordista sumaba a las trampas del taylorismo las propias del fordismo, a las que se le añadirían las del neoliberalismo postfordista y las derivadas de la precariedad que caracteriza al mercado del trabajo en la actual crisis económica. La nueva ingeniería médico-legislativa, ha vinculado la productividad con la satisfacción, aunque paradójicamente la salud física y mental de los trabajadores, pase prácticamente inadvertida.

En la Ley de Reforma Laboral desarrollada en el RD 3/2012, se establece que las bajas de menos de 21 días de duración, podrían ser una causa de despido objetivo. Si bien es verdad que las superiores a 20 días quedan excluidas, las presiones de las mutuas y el miedo a perder el empleo, traen como consecuencia el fenómeno del *presentismo*, caracterizado por la asistencia al trabajo por temor a ser despedido. La psicología positiva, los estilos de vida y la actitud OK, contribuyen a culpabilizar a los trabajadores de su salud y a aumentar los simulacros de bienestar. Rafael de Francisco (2006a) ya nos alertó sobre ellos, cuando se refirió a los obreros que en el siglo XIX asistían a su puesto de trabajo a pesar de padecer algún tipo de enfermedad. Esta práctica ha vuelto a cobrar fuerza en el primer cuarto del siglo XXI.

Si tenemos en cuenta que el núcleo central de la cultura occidental es la economía, podemos afirmar que el trabajo constituye el elemento humano sobre el que descansan los diferentes elementos culturales: descendencia, matrimonio, ritmos de actividad y descanso, nacimiento, muerte, residencia, roles domésticos, parentesco, creencias, normas y relaciones sociales. Además, si convenimos en que el trabajo no es neutro para la salud, podemos concluir afirmando sobre la importancia del papel adaptativo que tiene la medicina en general, y la medicina del trabajo en particular. De ahí la importancia del establecimiento de dispositivos de *biodesterritorialización* para no obstaculizar los ritmos productivos y silenciar las consecuencias del modelo económico sobre la salud. De Francisco (2006a) firma:

“El suelo, sobre el que se organizan las condiciones de trabajo en nuestro tiempo de globalización y sobre el que ingenuamente, se proyectan las estrategias actuales de prevención y cobertura de riesgos, simplemente NO EXISTE; o es, tan flexible y huidizo, que es inútil considerarlo como referencia [...] La inseguridad y movilidad hacia la precariedad, la existencia construida y pisada sobre suelos emocionales y materiales virtuales y movedizos, constituirá la verdadera flexibilidad del sistema. [...] Esta nueva condición del trabajador o del asalariado -todavía del ciudadano- en el presente de la globalización, produce un salto en el vacío con relación a los territorios tradicionales de lo social -que aunque fuesen duros eran localizables- que erosiona profundamente la salud, sin que por otra parte, hayan desaparecido las agresiones tradicionales de la <<máquina>> [...] En esta situación, lo que además se ha desvanecido, ha sido la topografía de las viejas <<seguridades de clase>>. Incluso, de las culturas profesionales; de los modos y estrategias de socialización, siendo sustituidas, por dispositivos/instrumentos sin memoria. Meros artefactos tácticos, que se mueven en escenarios/condiciones de trabajo, escurridizos. A modo de acolchado de celda de castigo; contra la que no sirven las estrategias de afrontamiento ni de supervivencia, de los tiempos clásicos del capital -ni siquiera de los fascismos- determinando una situación/condición laboral, presidida por la relación contractual, polarizando y troceando, el cuerpo del

trabajador/ciudadano, no ya en dos o quizá tres territorios, sino sobre todo, en una nebulosa infinita de inseguridades.” (p. 116-117).

El autor se muestra crítico con la falta de operatividad de la medicina del trabajo, a la que los poderes públicos le atribuyen un carácter, no solo preventivo, sino también terapéutico. Recordemos que entre sus objetivos se encuentra el de buscar el mayor grado de bienestar de los trabajadores. Sin embargo, desde el estallido de la burbuja inmobiliaria, la salud laboral quedó subordinada en la zona de nuestro estudio, a las secuelas de los destajos agravadas por, la cada vez mayor *tacañería* empresarial. De Francisco (2006a) llega a calificar de *panoplia oficial* a los mecanismos preventivos, de los que afirmó:

“[...] con sus evaluaciones y técnica médicas a contra/reloj; los minicursillos de formación, a los que no acude nadie, o los documentos informativos, que se apilan sin leer en las dependencias del Comité; y que en muchos casos reiteran y repiten lugares comunes y obviedades.” (p.118).

Si la mayor parte del daño laboral queda diluido entre la naturalización que realiza la víctima y el biologicismo de la medicina, habría que preguntarse cuáles son las causas de normalizar e invisibilizar esta epidemia de alcance global. Para responder a esta pregunta, no debemos pasar por alto que el daño laboral se evalúa con la finalidad de compensar a las víctimas, lo que supone sólo en términos económicos, cantidades astronómicas y en términos políticos, asumir la emergencia de acciones radicales de transformación social.

Lo normal si nos sentimos enfermos, es que vayamos al médico pidiéndole una solución para aliviar nuestras molestias, sin embargo no actuamos del mismo modo cuando la causa del daño se encuentra en el trabajo. En este caso, el sufrimiento se considera inevitable, minimizando e incluso negando, su dimensión económico-cultural. Al biologizarse las consecuencias del trabajo, la víctima invisibiliza al victimario, ya que no existe una coartada más eficaz contra el sufrimiento infligido, que atribuir su causa a la propia debilidad biológica.

Afirma Antonio Madrid (2010), que la cultura del sufrimiento en el trabajo es funcional a sus modelos de organización y pone como ejemplo la consideración social

que se tiene hacia aquellos trabajadores que jamás faltan al trabajo, resistiendo en el caso de enfermedad o exponiendo su salud como muestra de virilidad. En este mismo sentido, se pronuncia Dejours (2009a), cuando nos habla del comportamiento de las víctimas puesto al servicio de la racionalización. Se trataría de un comportamiento culturalmente adaptativo en el que el trabajo es su elemento principal. En este proceso resulta tan determinante la organización del trabajo, como la propia ordenación y consideración que tiene sobre él la biomedicina. Para comprender el alcance de lo expuesto, pasamos a citar la reforma de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) de 1995, concretamente en lo que se refiere al RD 1299/2006, por el que se aprobó el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social, y se establecieron los criterios para su modificación y registro. El artículo 5 referido a la comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales, establece:

“Cuando los facultativos del Sistema Nacional de Salud, con ocasión de sus actuaciones profesionales, tuvieran conocimiento de la existencia de una enfermedad de las incluidas en el anexo 1 que podría ser calificada como profesional, o bien de las recogidas en el anexo 2, y cuyo origen profesional se sospecha, lo comunicarán a los oportunos efectos, a través del organismo competente de cada comunidad autónoma y de las ciudades con Estatuto de Autonomía, a la entidad gestora, a los efectos de calificación previstos en el artículo 3 y, en su caso, a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de las contingencias profesionales. Igual comunicación deberán realizar los facultativos del servicio de prevención, en su caso.” (RD 1299/2006).

Del texto se refiere a que tanto el *conocimiento*, como la *sospecha* de enfermedad profesional, obligan a los médicos del Sistema Nacional de Salud a comunicarla a la entidad gestora correspondiente. Es así, como por Real Decreto, la enfermedad profesional, es una enfermedad de declaración obligatoria.

En la Comunidad de Castilla-La Mancha al igual que en el resto del territorio español, la vigilancia epidemiológica es considerada una de las disciplinas básicas de la salud pública, definiéndola como:

“...la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento y análisis, y su oportuna utilización por quienes deben tomar decisiones de intervención para la prevención y control de los riesgos o daños correspondientes.” (JCCM, 2004, p.1).

Entre las funciones básicas de la vigilancia epidemiológica, destaca la de detectar las situaciones de riesgo público con la finalidad de llevar a cabo intervenciones de tratamiento y prevención. Si nos detenemos en el RD 2210/1995 podemos ver que la vigilancia epidemiológica particulariza sus funciones en los riesgos para la salud de las epidemias y de las enfermedades transmisibles. Estos riesgos implican un peligro para el mantenimiento del orden establecido, debido a que una pandemia viral podría convertir a los ciudadanos en una masa de individuos incontrolables, no productivos y generadora de un elevado coste económico y social. En estos casos, el Estado pone en marcha rígidos dispositivos de control para garantizar el cumplimiento de la Ley. Las actividades de recogida sistemática de información, el análisis e interpretación de la misma y la difusión de sus resultados y recomendaciones, quedan garantizadas con la cumplimentación de cuestionarios de declaración numérica semanal establecido *ad hoc*.

Es importante destacar que si tradicionalmente los dispositivos de poder han incrementado sus dispositivos de control, no han actuado con la misma eficacia en las cuestiones relacionadas con los derechos, pues si enfermedades de declaración obligatoria son las infectocontagiosas, según el RD 2210/1995, también lo es el daño laboral, según lo establecido en el RD 1299/2006. En el primer caso nos encontramos con rígidos protocolos de detección, registro y comunicación en los que se incide especialmente en las patologías emergentes. Comprobaremos a lo largo de nuestra investigación cómo el comportamiento de la biomedicina en el sufrimiento laboral viene siendo muy diferente.

Resulta oportuno, más allá de lo llamativo del suceso, volver a reparar en el caso de la auxiliar de enfermería Teresa Romero, contagiada por Ébola mientras realizaba su trabajo en el Hospital Carlos III de Madrid. Teresa, se infectó con el virus al atender al misionero, contagiado en Sierra Leona y posteriormente fallecido, Manuel

García Viejo. El lunes 6 de Septiembre de 2014, Teresa llamó por primera vez al Hospital La Paz de Madrid para informar de que tenía fiebre y de que había atendido a un paciente con Ébola. A juzgar por el desarrollo de los acontecimientos, el hospital madrileño no indagó ni comunicó la sospecha de que la paciente podía padecer una enfermedad profesional. Nadie reparó entonces en lo establecido en el RD 1299/2006, pues de haberlo hecho se habría comunicado la sospecha de daño laboral con independencia de la gravedad de la patología, tanto para la paciente como para la salud pública. Es sorprendente lo irrelevante que resultó que Teresa comenzara a sentirse mal por motivos relacionados con su trabajo y resulta revelador que se focalizara toda la atención únicamente en la alarma ante un posible contagio. Cuando escribo estas páginas, Teresa se había transformado en un arma biológica de la que había que proteger a la población, mientras que el Consejero de Sanidad la acusaba de negligencia al quitarse el traje de aislamiento. Su marido, ingresado en otro módulo del mismo hospital, la defendía afirmando que su mujer siguió en todo momento las instrucciones que había recibido. El 8 de septiembre de 2014, se manifestó parte del personal sanitario del Hospital madrileño La Paz, acusando a las autoridades sanitarias de improvisación y de no haber formado adecuadamente al personal sanitario encargado de atender los casos de Ébola. El personal sanitario reclamaba así, mayores condiciones de seguridad en el trabajo.

El caso de Teresa hubiera pasado totalmente desapercibido, de no haber tenido las connotaciones para la salud pública que tuvo. Si a pesar de la presión mediática, ella fue acusada de negligencia en el desempeño de sus funciones por los responsables de la sanidad madrileña, podemos imaginar el tipo de controles y el asedio al trabajador que se produce cuando se trata de reconocer una enfermedad profesional. Hemos de considerar que las formas de gestión del trabajo operan, no sólo como obligaciones hetero-impuestas, sino a través de procesos de subjetivización que proponen a los individuos modos de hacer sobre sí mismos y que actúan como dispositivos de poder. De ahí que la auxiliar decidiera atender al misionero enfermo sin haber recibido la formación suficiente para garantizar su seguridad, y de ahí que el personal sanitario que la atendió con anterioridad a que se confirmara su contagio, actuara del mismo modo.

Para concluir, podemos afirmar que con el nacimiento del maquinismo, el médico pasó a convertirse en un elemento fundamental del modelo económico, respondiendo desde su posición al ideario mercantilista de maximización productiva de los cuerpos. Aun así, no han faltado voces aisladas, como las denuncias de Johan Peter Frank (1745-1821), que establecían una relación entre las condiciones sociales y laborales con la enfermedad (De Francisco, 2004).

La medicina del trabajo, supuso desde la segunda mitad del siglo XVIII, *el tiempo de la democratización de los venenos*, como afirmara en 1988 la profesora de salud laboral María Castellanos. La autora se refirió a esta especialidad, como una de las disciplinas médicas que se pueden considerar un antecedente relevante de los recorridos profesionales situados *más allá* de la práctica clínica. Casada con la ciencia, y amante y mantenida por el nuevo orden económico, la medicina del trabajo surgió para actuar sobre los cuerpos rotos y/o envenenados, amparada en el nuevo saber científico y legitimada mediante la intervención del Estado. Si desde sus inicios se estableció en torno a un dispositivo doctrinal propio, operativo y/o metodológico, en la actualidad se está viendo derivada a servicios externos a la administración. Tal es el caso de las mutuas, de las que es preciso afirmar que con sus actuaciones responden, en no pocas ocasiones, a intereses empresariales, que poco o nada, tienen que ver con la salud laboral de los trabajadores.

No podemos concluir este apartado, sin hacer referencia al impacto sobre la salud de las políticas de flexibilización y precarización diseñadas en el marco de la crisis, y que en la actualidad caracterizan al mercado laboral. La fatiga, el temor y el desánimo de médicos y pacientes, convergen en este contexto, dentro el espacio aséptico de las consultas. El resultado se traduce en una atmosfera de desconfianza, desánimo y nihilismo, que tendrá su reflejo en la relación asistencial.

3.4 Dispositivos de control en la Incapacidad Temporal.

3.4.1 Incapacidad Temporal. Un conflicto entre la salud y las prestaciones económicas.

Si bien es el médico de AP quién emite el parte que da derecho al subsidio por IT, su criterio no supone, como ocurre con la mayoría de sus recomendaciones, una decisión incontestable por parte de las administraciones públicas. La situación de baja laboral se encontraba recogida hasta el 1 de diciembre de 2015, en el RD 625/2014 de 18 de Julio, por el que se regulaban determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por IT en los primeros 365 días de su duración. La normativa hacía referencia a las posibilidades de intervención de la inspección médica y de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVIs), y capacitaba a las mutuas para emitir informes de disconformidad con el médico que recomendó la baja. El procedimiento podía llegar a suponer un calvario burocrático para el médico, e incluso terminar por anular su indicación de mantener a un trabajador en situación de IT. Este decreto fue sustituido por el 625/2015, publicado en el BOE el día 21 de diciembre, y si bien mantiene gran parte del contenido del anterior, establece algunas modificaciones que, por su relevancia, pasamos a comentar. El artículo 2 hace referencia a las declaraciones médicas de baja y de confirmación de la baja. El punto uno capacita, tanto al sistema público de salud, como a las mutuas como entidades facultativas, para la emisión del parte de baja.

El punto 2 del artículo hace referencia a que para que las actuaciones médicas cuenten con mayor respaldo técnico, se pondrá a disposición de los médicos, tablas de duración óptimas tipificadas para los diferentes procesos patológicos. Estos períodos se recogen en tablas orientativas que ya habían sido distribuidas desde hace años, entre los médicos de AP de la zona de nuestro estudio. No debemos pasar por alto que el *tiempo óptimo*, se refiere a períodos de aceptabilidad en el ámbito clínico, pero también supone un control sobre el gasto económico. En este aspecto es preciso recordar que la contingencia de IT, ya sea debida a accidente de trabajo, enfermedad profesional, accidente no laboral, o enfermedad común, lleva aparejada la prestación económica del 60% de la base reguladora, desde el cuarto hasta el decimosexto día, y del 75% en

adelante. Sin embargo en el caso de enfermedad profesional, la cuantía sube al 75% desde el primer día de IT. Estas prestaciones correrán a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS). Como vemos se crea un conflicto entre la salud de los trabajadores, a los que las mutuas tienen la obligación de proteger, y sus propios intereses económicos, que se verán afectados con la cantidades que deberán abonar en los casos de IT. No me refiero, claro está, a que los médicos de estas entidades desarrollen una mala praxis con la intención de no perjudicar a la empresa que los contrata, nos referimos más bien, al hecho indiscutible de que la subjetividad traspasa cualquier actividad humana por muy científica y profesional que resulte, por lo que, tanto la estabilidad laboral del médico, como sus circunstancias profesionales y familiares, podrían influir en su decisión de mantener o prorrogar la IT del trabajador. Por los mismos motivos, también el trabajador podría minimizar o exagerar sus dolencias, en función de su situación socio-laboral o familiar. Es por ello que consideramos altamente recomendable, que los facultativos implicados en estas decisiones, sean ajenos a las entidades privadas encargadas del pago de los subsidios, y esto en mayor medida en unos momentos en los que la deuda pública se alimenta, en buena parte, de los recortes sociales.

El punto tres diferencia distintos partes de baja en función de la duración previsible de la enfermedad. De esta manera se pone fin a la expedición de los partes médicos de periodicidad semanal actuales, distinguiendo:

- Procesos inferiores a 5 días naturales. En ellos se le dará al enfermo conjuntamente, el parte de alta y el de baja. Ello con independencia de que se pueda realizar un nuevo examen médico que ponga fin al alta.
- En aquellas enfermedades cuya duración estimada se encuentre entre 5 y 30 días naturales, se anotará en el parte de baja el día en el que el trabajador deberá acudir a revisión. Los demás partes se emitirán como máximo cada 14 días naturales.
- En los procesos de 5 a 30 días, los partes de renovación e realizarán cada 14 días.
- En los de 31 a 60 días se extenderán como máximo cada 28 días.

- En los procesos más graves, cuya duración previsible sea de más de 61 días, los partes se emitirán como máximo cada 35 días.

Por su parte, las mutuas, que antes no podían intervenir hasta la jornada 16, ahora podrán dar su opinión desde el primer día de la baja. Estos aspectos han sido cuestionados por el Foro de Médicos de Atención Primaria, hasta el extremo de solicitar la suspensión del Real Decreto. Los médicos han argumentado sobre el exceso de burocratización que les suponen los informes complementarios que deberán realizar en el caso de las bajas que superen 30 días de duración.

En el artículo 3 aparecen las normas relativas a la determinación de la contingencia causante de la IT. En él se expone que el médico de la mutua estará capacitado para considerar la patología como enfermedad común y remitir al trabajador al servicio público de salud. En el caso de que el médico de AP discrepe sobre la contingencia determinada por la mutua, podrá emitir un informe razonado en el que deberán constar sus argumentos al respecto. El trabajador por su parte, también podrá formular reclamación en relación a la consideración de la contingencia. La importancia de la contingencia radica en que, como recoge normativa, determina quién es el sujeto que está obligado al pago de las prestaciones.

En cuanto a las propuestas de alta médica, las mutuas podrán intervenir en los casos de enfermedad común, mediante proposiciones dirigidas a la inspección médica del Servicio Público de Salud. A su recibo, ésta las remitirá a los médicos que establecieron la situación de IT. Es importante reparar en que la normativa no contemple la posibilidad de que la mutua pueda pronunciarse en contra, si el médico de decidiera poner fin a la baja del trabajador. En el caso de que la mutua comunique a la inspección médica su disconformidad con la situación de IT, el médico que la prescribió deberá, o bien sustituirla por el alta, o bien elaborar un informe dirigido a la inspección médica que refleje las motivaciones de su discrepancia con el médico de la mutua. De no hacerlo así, la inspección podría acordar el alta médica inmediata. No debemos olvidar que el médico que recomendó la IT, sólo está obligado a emitir informes adicionales en caso de prolongar la baja laboral, pero no en el caso contrario.

Por otro lado la Federación de Asociaciones de Inspectores Médicos (FAISS), emitió un informe el 10 de Octubre de 2013, en el que recordaba que las mutuas no son otra cosa que asociaciones de empresarios convertidas, en entidades privadas gestoras de la asistencia sanitaria de los trabajadores. El texto también hacía referencia a que esta reglamentación, aumentaba la carga burocrática de los médicos de familia y/o AP. La FAISS también se mostraba preocupada por las dudas vertidas en el texto sobre el criterio del médico y sobre la presunción de fraude por los trabajadores.

Los Inspectores de Servicios Sanitarios emitieron un comunicado el 18 de julio de 2014 negando la consigna oficial referida al elevado absentismo laboral en España y afirmando que las bajas laborales en nuestro país están por debajo de la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). La FAISS consideró que con estas afirmaciones se culpabilizaba a los trabajadores enfermos y a los médicos, insinuando falta de honradez en los primeros y mala praxis en los segundos. Los inspectores aprovecharon para recordar que la baja laboral es una prestación sanitaria y económica y que su control debe responder solo y exclusivamente a criterios clínicos, por lo que su competencia debería recaer en los médicos de AP y en la inspección médica de los Servicios de Salud. Implicar a las mutuas y a los inspectores médicos del INSS supone mezclar intereses sanitarios y económicos y sobre todo subordinar los primeros a criterios economicistas (FAISS, 2014).

Recordemos que en el año 2011 se aprobó un complemento del 4% de bonificación para aquellos inspectores que dieran al menos un 15% de altas. La FAISS presentó una denuncia ante la Audiencia Nacional por un complemento establecido en función del número de bajas laborales. La Audiencia se pronunció en contra de estos incentivos con los siguientes argumentos:

“No se trata de que el complemento de productividad fijado en la resolución impugnada vulnere la regulación expuesta en el fundamento de derecho precedente, sino que los objetivos fijados para valorar la productividad no se corresponden con su finalidad. El complemento de productividad pretende retribuir una determinada actividad, dedicación e interés que conlleven un especial rendimiento o la consecución de unos resultados objetivos. Pero cuando esos resultados dependen de una actuación valorativa, en este caso

de los Inspectores médicos del INSS en su función de control de los procesos de incapacidad temporal, los objetivos a conseguir para lograr la productividad no pueden consistir en que la valoración se haga en el porcentaje de los casos que se fija en un determinado sentido, en este caso el alta médica o el pase a incapacidad permanente.”

Como expresa la sentencia, el complemento de productividad sólo se aplicaba si los trabajadores eran dados de alta o derivados al EVI correspondiente.

Por otro lado es preciso señalar que la Seguridad Social dispone de un sistema de explotación estadístico conocido como Aplicación de Trabajo Informático de Unidades Médicas (ATRIUM), que permite las siguientes funciones (Vázquez González y Camio Barrenechea, 2010):

- Gestión de expedientes de IT.
- Gestión de citas de los beneficiarios de la prestación económica de la IT.
- Consultar el historial del expediente de IT.

El sistema establece una vía de comunicación entre todas las entidades implicadas en la gestión de la IT, tanto en lo referido a prestaciones económicas, como a la atención sanitaria recibida. Este sistema dispone de un protocolo de comunicación entre las mutuas y el INSS, que permite que instituciones no sanitarias, como es el caso del INSS, Instituto Social de la Marina (ISM), mutuas empresariales y las mutuas de accidente de trabajo de la Seguridad Social, tengan acceso a la totalidad de la historia clínica de los enfermos. Al no ser un objetivo de nuestro estudio, no hemos solicitado informes provinciales al INSS sobre la evolución de las cifras de la IT en los últimos años. A pesar de ello sí nos parece oportuno recoger la evolución interanual, según fuentes de la Seguridad Social. Como podemos ver en la Tabla 1, en el año 2013 la tendencia al descenso de la duración media de las bajas, se sumó a la de años anteriores, acumulando una bajada del 17,6% en la última década.

Tabla 1. Evolución de la IT entre 2005 y 2013

EVOLUCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Contingencias comunes (excepto autónomos). Incidencia por mil trabajadores. Duración media en días.

Año	Duración media	Incidencia	Casos IT por mes	Año	Duración media	Incidencia	Casos IT por mes
2005	43,0	30,9	217.965	2010	40,4	24,03	367.365
2006	47,7	30,1	217.252	2011	35,71	23,6	350.804
2007	37,5	29,9	483.011	2012	37,12	19,14	283.923
2008	37,8	28,7	462.784	2013	36,06	18,19	262.345
2009	38,1	27,4	430.596				

Fuente: Seguridad Social

Fuente: Gutiérrez, 2013

El Vicepresidente de la FAISS, José María Morán comentaba refiriéndose a la Comunidad Autónoma de Madrid, cómo este descenso no se debió exclusivamente al incremento del desempleo, argumentando que si en el año 2013 el número de trabajadores se desplomó hasta alcanzar un 26,8%, en esta comunidad las bajas descendieron un 41,5%. Esta bajada la atribuyó a diversos motivos, entre los que destacaba, el miedo a perder el empleo por la entrada en vigor de una reforma laboral que contempla los despidos objetivos por bajas, a la reducción del salario percibido durante la IT y al esfuerzo realizado desde los servicios de inspección para su control.

A juicio de la FAISS, la precarización del trabajo y las últimas reformas laborales, han incidido de manera negativa en la salud de los trabajadores.

3.4.2 Sobre la constitución, composición y actuación de los Equipos de Valoración de Incapacidades.

La situación se complica más cuando la IT alcanza la duración máxima de 365 días. A partir de ahí puede prolongarse otros 180 si se presume que durante los mismos el enfermo pudiera ser dado de alta por curación. En caso contrario será el EVI, como órgano competente de la Seguridad Social, el encargado de tramitar y conceder la prórroga correspondiente. De lo contrario comunicará al paciente el final de la IT, o bien iniciará un expediente de Incapacidad Permanente (IP). Antón y Martín Consuegra

(2013) citan al artículo 2 del RD 1300/1995, referido a la constitución y composición de estos equipos, en el que se establece:

“Se establece un Presidente y cuatro vocales, nombrados respectivamente: el primero por el Subdirector provincial de IP del Instituto Nacional de la Seguridad Social, y los segundos por el Director personal del Instituto Nacional de la Seguridad Social.” (p.163).

Las autoras mostraban su preocupación por el procedimiento de selección y llamaban la atención sobre el aumento de revisiones a la baja, coincidiendo con las políticas de austeridad para cumplir con los objetivos del déficit. Hemos de tener en cuenta que estas revisiones terminan, la mayor parte de las veces, con una disminución de la prestación y en algunos casos con la supresión de la misma. Es por esto, que muchos trabajadores enfermos y con cierta edad se encuentran obligados a retornar a un mercado laboral caracterizado por la precariedad y las altas cifras de desempleo. En este sentido se expresaba una de las informantes de las autoras:

“Yo pensaba que estaba en el médico. Yo les dije la verdad. Ellos pueden pedirles informes al hospital, porque el hospital no nos da los papeles a nosotros. Nos llamaron a mi mujer y a mí y nos han retirado la paga de 300 euros. Ahora vivo de Cáritas, y seguimos viniendo a la Unidad del Dolor. Toda la vida arrastrado y ahora que no valgo para nada, me mandan a trabajar con 58 años y seis operaciones. Estoy peor que cuando me jubilaron. Si usted (al médico) me dice que no puede hacer más por mí, ¿Quién me va a ayudar? Ellos quieren que la gente como yo termine muerta para que no haga gasto.” (Antón y Martín Consuegra, 2013, p.12).

Considero necesario volver a reparar en el artículo 2 del RD 1300/199, en lo referido a la composición de los EVIs:

Los Equipos estarán compuestos por un Presidente y cuatro Vocales:

- a) El Presidente será el Subdirector provincial de Incapacidad Permanente del Instituto Nacional de la Seguridad Social o

funcionario que designe el Director general del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

b) Los vocales, nombrados por el Director General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, serán los siguientes:

- 3 Un médico inspector propuesto por el Director Provincial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) o en su caso por el órgano competente de la Comunidad Autónoma.
- 4 Un Facultativo Médico, perteneciente al personal del Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- 5 Un Inspector de Trabajo y Seguridad Social, propuesto por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
- 6 Un funcionario titular de un puesto de trabajo de la unidad encargada del trámite de las prestaciones de incapacidad permanente de la correspondiente Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, quien ejercerá las funciones de Secretario.

Nos encontramos con equipos no sanitarios, cuya valoración clínica tiene derivaciones económicas, tanto para los enfermos como para el Estado.

En el artículo 3, referido a sus funciones, establece:

1. Examinar la situación de incapacidad del trabajador y formular al Director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social los dictámenes-propuesta, perceptivos y no vinculantes, en materia de:
 - a) Anulación o disminución de la capacidad para el trabajo por existencia de situaciones de incapacidad permanente, calificación de estas situaciones en sus distintos grados, revisión de las mismas por agravación, mejoría o error diagnóstico, y contingencia determinante.

- b) Determinación del plazo a partir del cual se podrá instar la revisión del grado de incapacidad por agravación o mejoría.
 - c) Procedencia o no de la revisión por previsible mejoría de la situación de incapacidad del trabajador, a efectos de los establecido en el artículo 48.2 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo.
 - d) Disminución o alteración de la integridad física del trabajador por existencia de lesiones permanentes no invalidantes, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional.
 - e) Determinación de la incapacidad para el trabajo exigida para ser beneficiario de las prestaciones económicas por muerte y supervivencia, así como de las prestaciones por invalidez del SOVI.
 - f) Determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de Incapacidad Temporal o muerte del trabajador cuando le sea solicitado tal dictamen.
 - g) Procedencia o no de prorrogar el período de observación médica en enfermedades profesionales.
2. Efectuar el seguimiento de los programas de control de prestaciones económicas de incapacidad temporal y proponer al Director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social la adopción de medidas adecuadas, en coordinación con los restantes órganos competentes en esta materia.
3. Prestar asistencia técnica y asesoramiento en los procedimientos contenciosos en los que sea parte el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en materia de incapacidades laborales, a requerimiento del Director provincial correspondiente en dicho Instituto.

Como puede verse, en el caso de enfermedad laboral, ni siquiera la *sickness* adquiere relevancia frente a la *disease* y la *illness* del paciente. Lo relevante en este

caso, es que es la mezcla de factores sociales, económicos y políticos, la que determina la confluencia entre la *disease* y la *sickness*.

La gestión de la IT ha sido motivo de la preocupación, no sólo de los inspectores médicos, sino también de los delegados de prevención de riesgos laborales y de algunos sindicatos. Así, por ejemplo, en la Comunidad Foral de Navarra, las secciones laborales de los sindicatos de la Confederación General del Trabajo (CGT) y LAB de la empresa Volkswagen Navarra S.A, se dirigieron al Director General del INSS de la Comunidad Foral, para manifestarles su preocupación por la anulación, por parte de la Inspección Médica del INSS, de numerosas bajas laborales. Así mismo se mostraban preocupadas por los dictámenes contradictorios entre la Inspección Médica del INSS y los Servicios Forales de Salud. Por último advirtieron de que las resoluciones de IP (totales o parciales) de los trabajadores de la empresa, en muchos casos lo eran por sentencia judicial, tras haber sido denegadas previamente por los EVIs (ver anexo número 6).

En conclusión, estos organismos tienen la competencia de examinar o valorar las situaciones de IP. En su composición no media un procedimiento de selección a través de oposición o concurso público, lo que no excluye que previamente tanto los inspectores de trabajo como los inspectores médicos, hayan superado las pruebas selectivas de ingreso en los respectivos cuerpos de Inspectores de Trabajo o en la Escala de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social.

Por último, la explotación estadística del sistema ATRIUM capacita al INSS para solicitar a la Inspección Médica pruebas o informes complementarios, emitir propuestas de alta y emitir estadísticas. Asimismo posibilita un cauce común de actuación para gestionar la IT, tanto en lo referido a las prestaciones económicas, como a la información sanitaria de todas las entidades implicadas en su control. Por este motivo no se entiende que se les solicite a los pacientes informes clínicos sobre su enfermedad, teniendo en cuenta además, que los informes detallados forman parte de su historia clínica, y que esta se haya en poder de los centros hospitalarios.

3. 5. Marco estadístico de las enfermedades profesionales.

3. 5. 1 Evolución histórica.

Fue la Ley de Bases de Enfermedades Profesionales del 1 de Julio de 1936, la primera norma por la que se estableció un listado de enfermedades profesionales en España. Esta ley, fue una consecuencia directa de la ratificación por nuestro país, del convenio número 18 de la OIT, publicado en 1925. En ella se estableció un listado de enfermedades profesionales y se acordó establecer indemnizaciones en el caso de la contingencia laboral de la enfermedad. Con posterioridad, se publicó el Decreto de 10 de Enero de 1945, que estuvo vigente hasta la aprobación, por la Orden Ministerial del 4 de mayo de 1962, del Decreto 792/1961, del 13 de abril. Este decreto dio paso a la Ley General de la Seguridad Social de 1966, modificada a su vez, en 1974. En ella se establecen las bases actuales de las garantías económicas y legales derivadas de la enfermedad profesional.

Las referencias estadísticas que se van a desarrollar a continuación, pretenden ser una herramienta más para completar el compendio multidisciplinar de todos los aspectos a tener en cuenta en el estudio del sufrimiento laboral. Dentro de este marco estadístico observaremos magnitudes referidas a diferentes aspectos que conforman el sistema de reconocimiento de la enfermedad profesional y que afectan a diferentes procedimientos relativos a dicho reconocimiento: su declaración y notificación, los problemas en los mecanismos para su diagnóstico, los factores externos que interactúan en el proceso de control de la enfermedad laboral, así como las herramientas metodológicas para el estudio de su evolución.

En nuestro análisis partiremos del listado de enfermedades profesionales establecido en 1978¹¹. Desde entonces, y en las casi cuatro décadas que han pasado hasta nuestros días, numerosos factores han influido en las modificaciones y actualizaciones realizadas en el marco legal de las enfermedades profesionales. La actualización que más nos interesa, se realizó en el año 2003, atendiendo a las transformaciones laborales de las últimas décadas del pasado siglo XX. Nos referimos concretamente: a las derivadas de nuevos procesos industriales, a la aparición de nuevos

¹¹ Boletín Oficial del Estado, núm. 203, de 25 de agosto de 1978. Páginas de 19909 a 19916.

elementos y sustancias que incidían en la salud de los trabajadores, a los cambios demográficos, y a las transformaciones del sistema sanitario.

Además de las modificaciones en el listado de enfermedades profesionales, también se empezaron a establecer modificaciones legislativas, con el fin de concretar las directrices para la determinación y el reconocimiento de una contingencia por enfermedad profesional. De este modo, en el año 2006, se creó el Observatorio de Enfermedades Profesionales, como consecuencia de la modificación del listado anterior en el sistema de la Seguridad Social. Además se estableció un modelo de parte de enfermedad profesional y se dictaron normas para su elaboración y transmisión por medios electrónicos¹². Todo esto quedó articulado a partir de enero de 2007, con la implementación del sistema CEPROSS, (Comunicación de enfermedades Profesionales en la Seguridad Social). Se trataba, según se establece en la Orden TAS de Enero de 2007 de:

“Poner a disposición de la Administración Laboral, la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, y demás administraciones, instituciones, organizaciones y entidades para las que la materia tratada resulte de interés, una serie coherente y ordenada de datos que faciliten el cumplimiento de sus fines en materia de salud y seguridad en el trabajo¹³.”

Como complemento del sistema anterior, en el año 2010, se instauró el sistema PANOTRASS (comunicación de patologías no traumáticas causadas por el trabajo), con el objetivo, según establece la Orden Ministerial 1448/2010, de comunicar las patologías no traumáticas causadas por el trabajo. Entre sus objetivos aparece:

“Recoger las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También contendrá las enfermedades o defectos,

¹² REAL DECRETO 1299/2006, de 10 de noviembre. BOE n.º 302 19-12-2006.

¹³ Orden TAS 1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de baja de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y tramitación y se crea el correspondiente de datos personales.

padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente¹⁴.”

Para estudiar la evolución del número de las enfermedades laborales en España, se utiliza un indicador denominado: Índice de Incidencia de Enfermedades Profesionales. Este índice, representa el número de enfermedades profesionales con baja, por cada cien mil trabajadores expuestos a riesgo, (nº de afiliados a regímenes de la S.S.)¹⁵.

Sin embargo, estos criterios sufrirían transformaciones a raíz de la crisis económica. Así, desde Enero de 2014, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, llevó a cabo un cambio metodológico para el cálculo de los índices de incidencia, al dejar de contar entre los afiliados a la S.S., a los trabajadores agrarios por cuenta ajena en periodos de inactividad y a los funcionarios de mutualidades como, MUFACE, ISFAS O MUGEJU.

3. 5. 2 Análisis de los datos.

Un estudio exhaustivo de todos los factores que podemos observar en las enfermedades profesionales, sería complejo y muy extenso. En este apartado, sólo se presentan unas pinceladas que nos servirán para complementar las impresiones que obtengamos en el trabajo de campo. Fuera de estos datos se queda el sufrimiento laboral y las enfermedades profesionales no reconocidas como contingencias laborales.

A continuación recogemos la evolución de las enfermedades profesionales y las tendencias interanuales del índice de incidencia.

¹⁴ Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo.

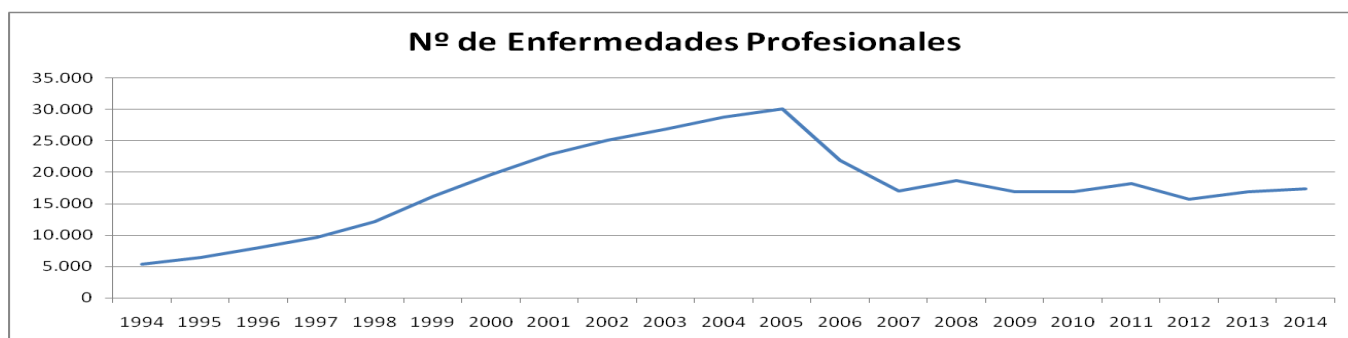
¹⁵ www.carm.es/web/integra.servlets.Blob?ARCHIVO...pdf...

Tabla 2. Valores absolutos y relativos de diferentes parámetros para el estudio de la evolución del número de enfermedades profesionales. 1995-2014.

	Nº de Enfermedades Profesionales	Nº de trabajadores	Índice de Incidencia	Variación de trabajadores (%)	Variación índice de incidencias(%)
1995	6.459	9.730.380	6,64	0,56	19,54
1996	7.958	9.952.309	8,00	2,28	20,46
1997	9.640	10.428.840	9,24	4,79	15,60
1998	12.125	11.016.277	11,01	5,63	19,07
1999	16.188	11.667.680	13,87	5,91	26,06
2000	19.622	12.373.968	15,86	6,05	14,29
2001	22.844	13.040.899	17,52	5,39	10,47
2002	25.040	13.445.786	18,62	3,10	6,31
2003	26.857	14.087.995	19,06	4,78	2,37
2004	28.728	14.205.824	20,22	0,84	6,08
2005	30.030	14.818.682	20,26	4,31	0,21
2006	21.905	15.502.408	14,13	4,61	-30,27
2007	17.010	15.952.221	10,66	2,90	-24,54
2008	18.700	16.681.200	11,21	4,57	5,13
2009	16.850	15.680.700	10,75	-6,00	-4,14
2010	16.928	15.346.800	11,03	-2,13	2,65
2011	18.121	15.105.500	12,00	-1,57	8,76
2012	15.711	14.241.800	11,03	-5,72	-8,04
2013	16.901	14.069.100	12,01	-1,21	8,89
2014	17.378	14.317.500	12,14	1,77	1,04

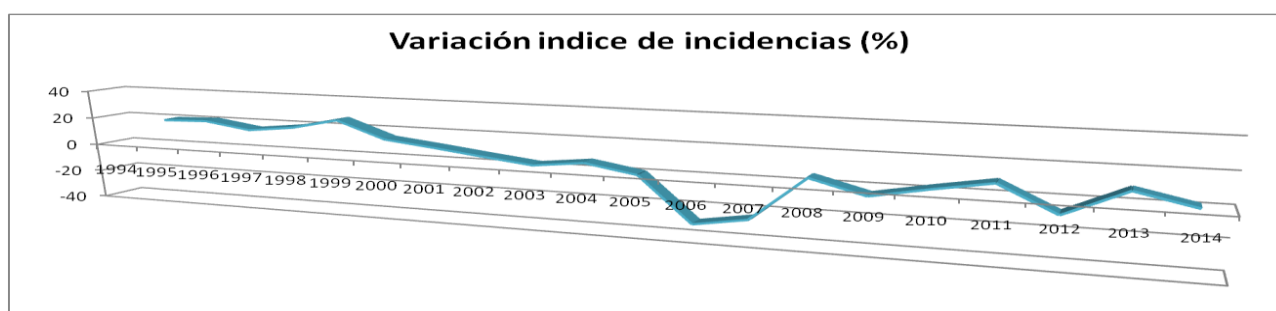
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Anuario de Estadísticas Laborales y el Observatorio de las Contingencias Profesionales de la Seguridad Social.

Gráfica 1. Tendencia interanual en los casos registrados. Evolución anual de las enfermedades profesionales registradas, 1994-2014.



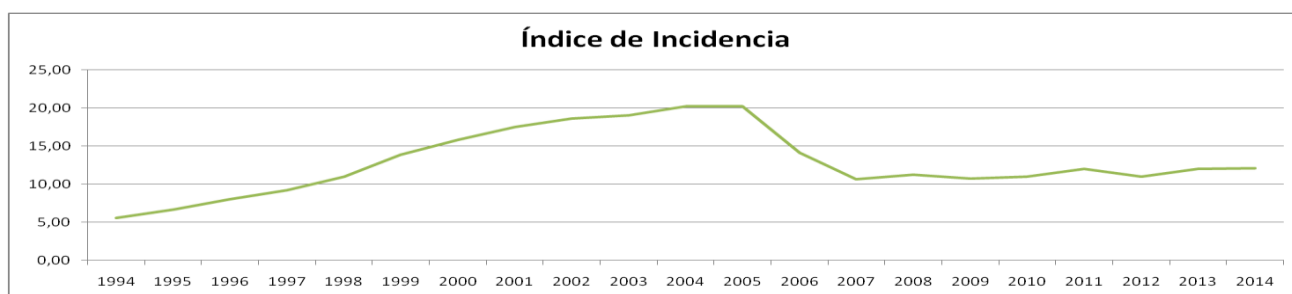
Fuente: Elaboración propia

Gráfica 2. Elaboración propia. Tendencia interanual en el Índice de Incidencia. Evolución anual de los citados índices. 1994-2014.



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3. Elaboración propia. Tendencia interanual de la variación relativa del Índice de Incidencia. Evolución anual de los citados valores relativos. 1994-2013.



Fuente: Elaboración propia

Desde la aparición de las primeras series temporales podemos observar una evolución creciente en el número total de enfermedades profesionales estimadas, más o menos acorde con el aumento del número de trabajadores. Así, podemos ver ese aumento si analizamos que de los 6.459 casos de 1995, pasamos al pico máximo de toda la serie en 2005, donde se alcanzaron 30.030 notificaciones. Sin embargo esta tendencia creciente en los valores absolutos de la incidencia, empieza a romperse si miramos los valores relativos (variación porcentual), que desdican este crecimiento en los últimos años del siglo XX.

Pese a los intentos continuos por mejorar el sistema de reconocimiento de las enfermedades profesionales, la realidad es que en los años próximos al cambio de siglo, la variación interanual del índice de incidencia marca una evolución decreciente, aun teniendo en cuenta el número de trabajadores.

Para resolver estas incongruencias estadísticas, que fueron un síntoma de las deficiencias en el registro de las enfermedades laborales, en el año 2006, apareció el Observatorio de las Enfermedades Profesionales. Con este nuevo marco se esperaba que se manifestaran muchas más enfermedades profesionales dentro del sistema de la Seguridad Social, de las que en los últimos años se estaban registrando. Sin embargo la realidad fue otra, y así, en el año 2007, se registraron casi 5000 enfermedades profesionales menos que en el año 2006. Esta discordancia sacó a la luz una serie de fallos del sistema, que en años posteriores se pretendieron evitar, nos referimos a la escasez de Unidades de Salud Laboral, las deficiencias en la formación de los médicos de atención primaria sobre las enfermedades laborales, la falta de uniformidad en los criterios para su reconocimiento por parte de las Mutuas, el desconocimiento de muchos aspectos de la medicina del trabajo, y la complejidad del sistema socio-sanitario. En resumen, podemos apreciar un incremento constante, en cuanto a la patología laboral se refiere, desde el año 1994, con 5,55 enfermedades profesionales por cada 10.000 trabajadores protegidos, hasta llegar a 2005, con un índice de incidencia de 20,26. A partir de ese año, se redujo a 14,13 procesos en el 2006 y a 10,70 en el 2007, coincidiendo con las elevadas cifras de desempleados en nuestro país. A partir del año 2008 y hasta el 2013, parece estabilizarse el número de enfermedades profesionales

registradas y el índice de incidencia de las mismas, estableciéndose una media en esos años, de 17,4 y 11,24, respectivamente.

Como datos más recientes, en el año 2013, se comunicaron 16.901 partes de enfermedades profesionales de las incluidas en el listado como tales. Respecto al año anterior, en el año 2012, se produjo un incremento del 7,04% en el número de expedientes de enfermedad profesional comunicados a través de la aplicación CEPROSS.

3.5.3 Sobre las enfermedades profesionales con baja y sin baja.

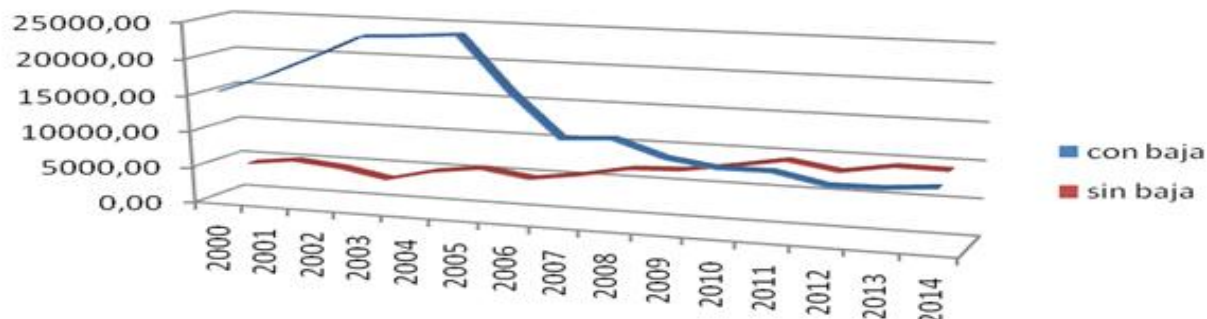
A continuación pasamos a exponer la evolución de las enfermedades profesionales, con y sin baja laboral.

Tabla 3. Enfermedades profesionales con baja / sin baja. 2003-2013.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	26.857	28.728	30.030	21.905	17.010	18.700	16.850	16.928	18.121	15.711	16.901	17.378
con baja	23.722	24.047	24.524	17.361	11525	11926	9803	8875	8919	7552	7633	8207
sin baja	3.135	4.681	5.506	4544	5485	6774	7047	8053	9202	8159	9268	9171

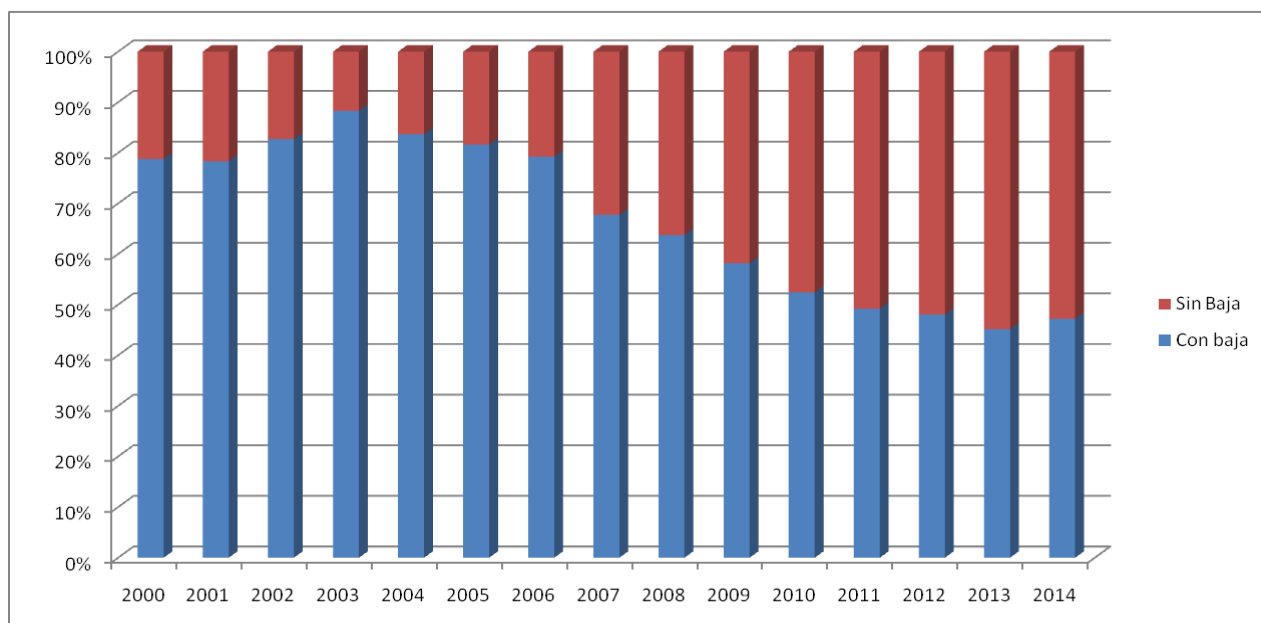
Fuente: Elaboración propia con datos de sucesivas ediciones del Anuario de Estadísticas Laborales y el Observatorio de las Contingencias Profesionales de la Seguridad Social.

Gráfica 4. Tendencia interanual de los valores absolutos de expedientes de enfermedades profesionales que causaron baja y de las que no causaron baja.



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 5. Tendencia interanual de la comparación porcentual de los valores de los expedientes de enfermedades profesionales.



Fuente: Elaboración propia

Viendo la evolución de las enfermedades profesionales que causaron baja médica, desde el año 2003, vemos que el número de las mismas fue creciendo desde

principio de siglo hasta el 2005, donde encontramos la cifra más alta de toda la serie, con 24.534 bajas laborales. A partir de este momento se inició una tendencia de descenso progresivo, que permanece en la actualidad, alcanzando la cifra más baja en los años 2012 y 2013, con algo más de 7.500 bajas. Esto supone aproximadamente un 70% de descenso en las bajas médicas, en solo ocho años. Estas cifras representan el incremento de los expedientes de enfermedades profesionales sin baja laboral. Nos encontramos con el hecho significativo, de que a partir del año 2009, es mayor el número de procesos que concluyen sin baja médica, que aquellos que terminan en IT, por contingencia profesional. Tomando datos más recientes, en el año 2013, del total de los partes de enfermedades profesionales, 7.633 tuvieron baja y 9.268 se cerraron sin baja laboral. Como dato relevante, cabe destacar que con respecto al año 2012, el número de altas laborales aumentó en un 1,47%, mientras que el número de los expedientes sin baja se incrementó en un 13,6 %. Por último, en el año 2014, las bajas laborales ascendieron hasta la cifra de 8.207, un 7,52% más que en el año 2013; existiendo un descenso en el número de expedientes sin baja con respecto al año 2013, del 1,05%.

CAPÍTULO IV: REVISIÓN DE LAS APROXIMACIONES TEÓRICAS.

4.1 El trabajo como escenario cultural. Unas consideraciones previas.

Si bien es verdad que todos los seres vivos necesitan energía para mantenerse y reproducirse, en este proceso observamos grandes diferencias en función de las características biológicas del organismo y del hábitat en el que este se desarrolla. Decir que un ser autótrofo lo tiene más fácil para ganarse la vida que una gacela de la sabana africana amenazada por una manada de leones, supone negar los efectos negativos que, insectos, hongos o parásitos, tienen sobre los árboles, y minimizar los deleites del sexo, los alimentos, o el que el mero hecho de deambular tiene para las gacelas. Podría pensarse en este sentido, que en la naturaleza, un plus de placer lleva siempre aparejado su equivalente en sufrimiento.

En el caso del hombre, la diferencia viene dada por la mediación cultural en los procesos implicados en el mantenimiento de la vida y en la reproducción de la especie. Pensar en *lo cultural*, es una tarea que demanda repensar la historia de la antropología y re-escribir la historia de la humanidad. Tylor se refirió a la cultura como: “esa totalidad compleja que incluye conocimientos, creencia arte, moral, ley, costumbre y todas las demás capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad” (p.87).

Esta definición, dado su carácter lineal, quedaría a la deriva si no tuviéramos en cuenta la complejidad del ser humano en un mundo culturalmente globalizado. Este

proceso de mundialización se ha producido desde y para lo económico, y ha terminado por imponerse en todos los aspectos de la vida, desde los sociales a los más íntimos. Es por ello que convengo con Geertz (1988) cuando considera, junto con Max Weber, que el ser humano es esencialmente semiótico:

“Un animal suspendido en telarañas cuyo significado él mismo ha construido; imagino la cultura como esas telarañas y su análisis no es una ciencia experimental, que busca leyes, sino que es interpretativa y busca el significado. Voy buscando la explicación, construyendo expresiones sociales de sus enigmáticas superficies.” (p.286).

Es precisamente esa búsqueda de significados construidos, la que me lleva a observar, preguntar, debatir y analizar, por qué en Occidente, el ser humano no sólo acepta, sino que naturaliza, cada vez mayores dosis de sufrimiento en el trabajo, a la vez que paradójicamente, aumentan sus preocupaciones por mejorar sus condiciones de vida. Al ser el motor del consumo desde el fordismo, el trabajo ha adquirido una posición hegemónica respecto a otros factores sociales e individuales.

Con un planeta a su disposición, con el mayor índice de encefalización de todos los mamíferos¹ y con una complejidad neurológica que ha posibilitado la emergencia y el declive de miles de culturas, me pregunto por qué gran parte de la sociedad occidental se ve necesitada de ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos, y sobre todo, cuál es la solución a una pandemia que distorsiona el factor subjetivo dejando al ser humano hipnotizado frente a su propio sufrimiento.

Es importante señalar que el trabajo no necesariamente incide negativamente sobre la salud, ya que para muchos trabajadores es una fuente de satisfacción, motivación, amistad, crecimiento y equilibrio personal. Estos efectos deberían ser los habituales en la relación que se establece entre el ser humano y el trabajo. Para favorecerlos sería necesario un cambio de enfoque, que pasara por sacar a la luz las lógicas implicadas en el drama, casi siempre oculto, del sufrimiento laboral.

¹ El índice de encefalización establece la relación entre el *valor esperado* o peso encefálico ideal y el *valor encontrado* o tamaño real del encéfalo. Los primates son los seres vivos con un índice de encefalización superior a todos los mamíferos, destacando la especie *Homo sapiens* como la más encefalizada de los primates (Arsuaga y Martínez, 2004).

Si los modos de producción han transformado el mundo, este cambio ha afectado de modo singular a la relación del ser humano con su contexto social y con la naturaleza. En una cultura caracterizada por el aislamiento personal y emocional, en un universo de redes sociales globalizadas, es necesario indagar en las causas por las que el desarrollo personal y la salud, han quedado desplazadas a favor de los diferentes modos de organización del trabajo. Sin sabana donde deambular, sin tiempo para el sexo y la amistad, y con miedo a enfrentarse a su propia reproducción, solo le queda esperar a que los ojos de un león lo señalen para su banquete. Desde un punto de vista antropológico, es preciso aclarar los marcos históricos que determinaron, y lo siguen haciendo en la actualidad, los modos en los que las personas, más allá del instinto, entendemos y nos relacionamos con el trabajo.

Hace casi dos millones de años que el Homo ergaster dejó de limitarse a tomar del entorno lo necesario para vivir para, con la ayuda de una tecnología lítica muy elaborada, provocar grandes transformaciones en su entorno, creando un entorno protector y modos de vida que progresivamente se han ido alejando de la lucha por la subsistencia. Este es el marco en el que se desarrolló la humanidad desde que apareció la agricultura y con ella la propiedad privada y la acumulación de excedentes. A partir de ahí el trabajo adquirió una nueva dimensión marcada por la salarización de la mano de obra y por una jerarquía social que determinó el inicio de la propiedad privada. Por primera vez se produjo una escisión entre el tiempo libre y el tiempo del trabajo y desde entonces los tiempos y las tareas dejaron de ser consensuados por el grupo y pasaron a definirse como un principio social coercitivo, de acuerdo con los intereses del dueño de la tierra. Este nuevo marco llevó aparejado un nuevo orden social en el que la mano de obra se constituyó en el elemento principal para la acumulación de riqueza. Desde entonces ha venido determinando, los movimientos migratorios, los ritmos reproductivos, nuevas formas de entender la salud y la enfermedad, e incluso la actividad creativa en sus diferentes manifestaciones. Sin embargo no ha sido hasta la modernidad cuando se ha considerado el trabajo como un bien supremo al que se le han atribuido cualidades salvíficas, recomendándolo en ocasiones como un remedio contra la enfermedad.

La ideología del trabajo ha alimentado, y lo sigue haciendo, tanto al capitalismo como al socialismo, por ello no es de extrañar, el consenso científico y social sobre sus beneficios. Sin embargo esto no fue siempre así, sino que por el contrario, el trabajo ha sido concebido como una pesada carga, en ocasiones difícil de soportar. En este sentido el Génesis se refiere a él como el castigo impuesto a los hombres por haber contrariado al Poder supremo de Dios. La misma idea de expiación aparece en el mito de Sísifo, condenado por contravenir la voluntad de los dioses a empujar una enorme piedra a la cima de una colina para dejarla caer y empujarla nuevamente hasta la cumbre, en un ciclo *in aeternum*. J. Riechmann (2013) por su parte, hace mención al mito sumerio de la creación de la humanidad por el dios Enki y la diosa Ninmah, según el cual los seres humanos fueron creados para aliviar a los dioses del trabajo físico.

La idea de que el trabajo posee cualidades beneficiosas para la salud se extendió a comienzos del siglo XX, cuando desde EEUU comenzaron a difundirse las ideas calvinistas en las que el trabajo aparece como un signo de predestinación:

“La predestinación, propia del calvinismo se pone de manifiesto en el cumplimiento del deber en el trabajo, que según Weber, llegó a determinar el surgimiento del capitalismo. En cualquier caso, como afirma Patrick J. Welch y J.J. Mueller (2001) se produce una interdependencia entre economía y religión, y esta vinculación se basaría en la validez que otorga la religión a los factores que determinan la economía de mercado, ya sea a través de la resignación en el cristianismo o de la ética del trabajo en el calvinismo” (Antón y Martín-Consuegra, 2013, p.169)

El trabajo ha sido centro de atención e interpretación por religiones y creencias en un buen número de culturas. En España, como indican Antón y Martín-Consuegra (2013), la religión ha jugado un papel de disciplinamiento en la aceptación de las duras condiciones del trabajo agrario e industrial. Para los cristianos el trabajo fue impuesto como castigo, junto con el dolor y la enfermedad, por quebrantar el mandato divino:

“Al hombre se le dijo: por haber escuchado la voz de tu mujer y comido del árbol que yo te había prohibido comer, maldito sea el suelo por tu causa:

sacarás de él el alimento con fatiga todos los días de tu vida. Te producirá espinas y abrojos, y comerás el pan con el sudor de tu rostro, hasta que vuelvas al suelo, pues de él fuiste tomado. Porque eres polvo y al polvo tornarás.” (Génesis 4:5).

Dolor y trabajo se perfilan como caminos de libertad y de redención: *bienaventurados los que sufren porque ellos serán consolados*. El catolicismo consolidó su poder de dominación, a través de sus retóricas sobre el sufrimiento. Las autoras afirman: *stat crux dum orbis* (la cruz permanecerá mientras el mundo gira), lo que sitúa al sufrimiento en el epicentro de la historia de la salvación. Pero para poder ser salvados será necesario detenerse nuevamente bajo la cruz de Cristo: *no está aquí, ha resucitado* (Mateo, 28,6). Entre la cruz y la resurrección, el sufrimiento y la aceptación del dolor como precio de salvación. En el mismo sentido citan la carta apostólica, *Salvifici doloris* de Juan Pablo II, en la que el pontífice sitúa en el dolor la fortaleza de la humanidad: *que el sufrimiento se convierta en fuente de fuerza para toda la humanidad*. A partir de ahí establecen un paralelismo entre el modelo biomédico, caracterizado por su enfoque técnico y positivista, y el modelo espiritual de la religión católica, al interpretar y dotar de sentido al sufrimiento. Biomedicina y religión se apropian de los cuerpos doloridos con la intención de disciplinarlos y normativizarlos, en el primer caso con la finalidad de su retorno al orden divino y en el segundo con el propósito de retornarlo al orden productivo y social. En este marco, el cuerpo biológico es transformado por la medicina y la religión, en cuerpo dócil.

Por otro lado, para adentrarnos el escenario cultural del trabajo, no podemos olvidar las características que acompañaron al obrero de oficio, en tanto que poseedor del control sobre su actividad y depositario del conocimiento necesario para su ejecución. Los secretos que guardaban sus destrezas, junto con el trabajo necesario para desarrollarlas, constituían el medio que necesitaba el capital para nutrir y multiplicar su riqueza. En este sentido se pronunció Merivale en 1840.

“Debido al alto nivel de los salarios, en las colonias existe un deseo apasionado de trabajo más barato y servicial, de una clase a la que el capitalista, pueda dictarle las condiciones, en vez de tener que aceptar las que ella le dicta [...]” (Coriat, p.12).

El taylorismo nació para poner fin al obstáculo que la mano de obra especializada suponía para el control capitalista sobre los salarios y sobre la producción. Con la desaparición del trabajador de oficio o antiguos artesanos, caracterizados por su autonomía y por su control sobre el uso de las herramientas, se produjo una brecha que trasformó hasta nuestros días, no solo la relación del ser humano con el trabajo, sino la supremacía de este último en todos los ámbitos de la vida. La autonomía y las actividades integradoras del artesano como sujeto irremplazable, dieron lugar con la aparición del Taylorismo, a un trabajador seriado y sustituible. Hasta ese momento los seres humanos fueron poseedores de un saber autónomo que hacía del oficio un trabajo emancipado. Al pasar a las máquinas sus conocimientos, los antiguos artesanos perdieron para siempre el control y el dominio sobre la producción y pasaron a convertirse en trabajadores dominados y controlados. La libertad, la cualificación y la toma de decisiones, se vieron transformadas en repetición, dependencia y mayor vulnerabilidad.

La subordinación al trabajo y la especialización caracterizaron los planteamientos Tayloristas:

“La especialización desempeña un papel tan importante en el mundo económico que se puede decir que el éxito sólo se obtiene por una división lo más completa posible del trabajo a través de la repetición de los pensamientos o movimiento.” (Hartness, 1900, p.14).

En este párrafo, Hartness resume la filosofía que acompañó a la organización científica del trabajo, en la que el *factor humano* fue el elemento clave para la producción. Desde sus planteamientos, transformar-lo y re-definirlo, fue el objetivo prioritario. Estas funciones de control se establecieron bajo la premisa de que unos hombres, los menos capaces, están destinados a ser los obreros menos cualificados, mientras que los más inteligentes, serían los encargados de organizar, diseñar y planificar, los modos de producción de los primeros. Lo que no especifica el autor es, quiénes y con qué criterios, están capacitados para clasificar a las personas, según su talento y su inteligencia. Si nos fijamos, industriales como Hartness, o antropólogos como Taylor, actuaron de la misma manera, que en su día lo hicieran médicos y científicos como Monlau, al presuponer la existencia de unas capacidades biológicas

diferenciadas, en función de las cuales, se debía establecer el orden social del trabajo. En definitiva el autor nos estaría hablando, de una variante del darwinismo social al que se refirió M.Spencer (1995).

“Educamos a un hombre, cuando tomamos un peón que a lo sumo sabe manejar torpemente una pala y al que con nuestra paciencia le enseñamos a hacer un trabajo por el cual crea un valor mayor mediante el que obtiene un salario mejor para él y para su familia. Si su cerebro no está formado para guiar una nación, el trabajo que es capaz de realizar puede que no sea tan degradante como parezca...Uno de los mayores crímenes del que se puede ser culpable con respecto al hombre, es el de desconcertarle del puesto que ocupa en el mundo.” (Hartness, 1900, p.34).

He aquí dos de los grandes pilares que sostienen la economía occidental, por un lado la Ley Natural de la Costumbre, que elimina lo que Hartness denominaba *vagabundeo de la energía mental* producido por la repetición de movimientos en el trabajo. Y por el otro, la consideración ontogénica y darwinista, de la desigualdad de los seres humanos establecida en base a su capacitación y a su inteligencia.

Es nuestra consideración, que al igual que los procesos colonizadores se establecieron a partir de una ideología basada en la eliminación por sustitución, los nuevos métodos de trabajo se implementaron con la intención de eliminar la voluntad y sustituirla por el deseo focalizado en las múltiples posibilidades que ofrece el consumo. Todo ello vino asociado con un ideal de libertad, impuesto por los nuevos modelos de gestión política y económica. Si la colonización condujo al etnocidio de las culturas de origen, los nuevos procesos económicos han conducido a la exaltación, tanto de lo individual, como de lo cultural. En este marco, en el que la sumisión paso a redefinirse en libertad los individuos internalizaron una voluntad exterior, personificada en la empresa (Zamora Zaragoza, 2013). El tiempo libre pasó a ser turismo agotador, la maternidad un obstáculo, y el individuo un cuerpo biodesterritorializado.

Estos procesos no hubieran sido posibles sin el nuevo modelo de organización del trabajo y de gestión de la producción que se inició con la organización tylorista y que continuó con los sucesivos modelos productivos, hasta llegar a la crisis postfordista

de los años 70. Ford inició un cambio en la producción, que condujo a mundializar el consumo de masas. Coriat lo explicaba con estas palabras:

“[...] Pues si el automóvil, producto complejo por excelencia, puede fabricarse en serie, lo mismo pasará con cantidades más simples.” (Coriat,2000,p.44).

Si la cadena de montaje intensificó la vigilancia taylorista y transformó el proceso de trabajo, el fordismo inauguró el control del gasto salarial y nuevos modelos de consumo entre la clase obrera. Ford dividió a los obreros al excluir del *five dollars day*, a aquellos que tuvieran una antigüedad inferior a seis meses en la empresa, a las mujeres (a las que asignó un papel reproductivo, biológico y moral), y a los jóvenes menores de veintiún años. El industrial de la Ford Motor Company, se centró en la moral de los trabajadores, intensificando su control sobre la vida social y pública de los mismos. Al mismo tiempo, intensificó la colaboración entre psicólogos e industriales, con la finalidad de ejercer una vigilancia policial sobre sus obreros.

La crisis de las industrias fordistas, condujo a la reducción de la producción y a la subcontratación de los componentes del producto final. Se inició, de este modo, la era postfordista, caracterizada por una empresa reticular, con una tecnología centrada en la microelectrónica y en las técnicas de la información. La liberalización y la privatización, contribuyeron a elevar la competitividad, y condujeron a que buen número de empresas, optaran por su deslocalización con la finalidad de abaratar los costes de producción, a costa de reducir los salarios de los trabajadores.

La crisis del fordismo desembocó en el neoliberalismo y en sus sucesivas crisis financieras, las cuáles han traído como consecuencia, el debilitamiento del Estado de bienestar, el desempleo y la exclusión social de amplios sectores de la población.

Lo fundamental de esta transformación, como afirma Zamora Zaragoza (2013), ha sido la cooptación de la persona a través de su incorporación al sistema productivo:

“De este modo, la creciente precarización, la exacerbación de la competitividad, la incertidumbre provocada por los cambios acelerados de los horizontes de la existencia y las consecuencias negativas de una desigualdad en aumento, fenómenos que acompañan la reorganización de la

producción y la distribución en la nueva etapa, nos arrojan sobre quienes las padecen, convirtiendo en imperativo autoritario los principios de autonomía y responsabilidad. (...) La transformación es perfecta: la sanción es sustituida por el fracaso, la recompensa por el éxito...” (p. 6)

En el siguiente apartado, realizaremos un breve recorrido de la mano de M. Sahlins (1974), sobre el trabajo realizado en las sociedades de cazadores recolectores. Ello nos permitirá analizar la evolución del grupo, en función del trabajo desarrollado para garantizar el mantenimiento y la reproducción de la sociedad.

Es oportuno aclarar que cuando hablamos de sufrimiento humano derivado del trabajo, debemos tener en cuenta, como afirma Bernard Lahire (2001), que la realidad es construida a través de procesos simbólicos o de subjetivación, que son el verdadero objetivo de los estudios antropológicos. Ello es así, por la posibilidad que nos ofrecen de entrar en contacto con realidades problematizadas, que no están suficientemente explicadas desde los poderes públicos. Por el mismo motivo, no debemos olvidar que el producto de los acontecimientos socio-históricos, se encarna, para bien y para mal, en la materialidad del cuerpo. A este respecto, basta citar el tema de la esclavitud ya mencionado, o el de la enfermedad y la muerte.

Como nos recuerda Durkheim (1987), el conjunto de leyes, creencias religiosas, lenguaje o instituciones que heredamos al venir al mundo, determinan nuestra historia personal, al ser el marco en el que esta se desarrolla. Este aspecto es crucial en el tema del sufrimiento laboral, debido a que el trabajo, atraviesa con diversos colores y formatos la historia del hombre, como miembro del grupo social al que pertenece.

4.2. Perdiendo la salud en el trabajo. Del Homo sapiens al Homo hipnotizado.

4.2.1 Sociedad de cazadores recolectores: precariedad o abundancia.

Si en la historia de la humanidad el trabajo ha estado estrechamente vinculado a la supervivencia del núcleo familiar y social, todavía en la actualidad, la tierra y el ganado continúan siendo recursos básicos de subsistencia en muchas regiones de nuestro

planeta². Podemos afirmar que el mero hecho de vivir implica la realización de unas tareas a las que, desde nuestra cultura, hemos convenido en denominar trabajo. Estas ocupaciones, en un principio vinculadas a los procesos biológicos más primarios, han venido caracterizándose por una profunda ambivalencia y versatilidad.

Si podemos afirmar que la antropología como disciplina nació silenciando, cuando no ocultando, las terribles consecuencias para los pueblos de los procesos colonizadores, no es menos cierto que nos proporcionó unas herramientas epistemológicas que nos han servido a los antropólogos para reflexionar, no sólo sobre nuestra cultura, sino sobre nuestra propia vida dentro de la misma. En el tema que nos ocupa, estas herramientas nos han ofrecido la posibilidad de conocer las particularidades de numerosas economías locales de subsistencia: sin mercado, con mercados menores, economías campesinas dominadas por el mercado o sistemas de intercambio, como el del *potlach* de los *Kwakiutl* del sur y el *kula* entre los habitantes de la islas Trobiand, por citar solo unas cuantas, entre el universo de culturas que han existido. Sus representaciones sobre la producción y el consumo, nos han servido para estudiar la influencia de la economía occidental, sobre los pueblos.

Marshall Sahlins (1974), realizó un recorrido magistral por diferentes modos de producción en sociedades con economías preindustriales. Para ello se sirvió de los planteamientos sustantivistas, como no podía ser de otro modo teniendo en cuenta el marcado acento antropológico de su obra³. El autor nos llamó la atención, sobre lo que venía siendo un error habitual en los manuales de economía antropológica, como era el de presentar a los pueblos paleolíticos como víctimas del hambre y de las calamidades

² Subsistencia cada vez más amenazada, especialmente en África y América del Sur, debido a la apropiación por las multinacionales y los fondos de inversión, de las tierras próximas al cauce de los grandes ríos, como el Nilo, el Tana y el Limpopo. Los antiguos agricultores y ganaderos locales han terminado por desaparecer, y en sus tierras se practica ahora una agricultura extensiva, cuyos productos, rentables debido al bajo coste de la tierra y de la mano de obra, son exportados a países europeos.

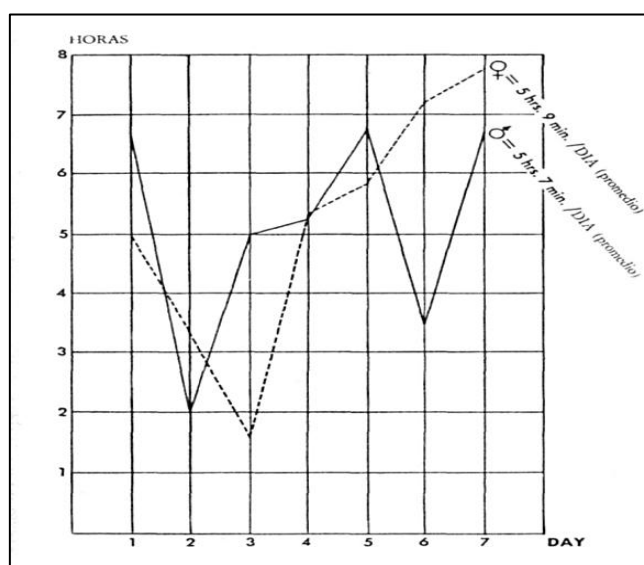
³ Las aportaciones formalistas de la economía, parten del supuesto de que las sociedades tienen bienes escasos. Por ese motivo, el comportamiento económico vendría marcado por un componente de racionalización y maximización. Esta sería la escuela a la que se sumó M. Friedman y los partidarios de la no intervención de los Estados en la regularización de los procesos económicos. Para los sustantivistas en cambio, cada cultura desarrolla sistemas económicos propios, por lo que la economía no puede separarse de las particularidades de cada sociedad. K. Polanyi y M. Sahlins, son los principales representantes de esta última corriente.

producidas por su falta de recursos técnicos y por la ausencia de excedentes. Estas supuestas deficiencias, han llevado a muchos antropólogos a realizar conjeturas sobre la falta de tiempo en estas economías, para la realización de producciones culturales, entendidas éstas, en el sentido occidental del término cultura. Sahlins (1974), se refería al sospechoso etnocentrismo de estos manuales, con estas palabras:

“Sin embargo, para todos sus esfuerzos, el cazador emplea los niveles termodinámicos más bajos: menos energía per cápita y por año que cualquier otro modo de producción. Y en los tratados sobre desarrollo económico está condenado a desempeñar el papel de mal ejemplo: la llamada economía de subsistencia.” (p.13).

La cuestión está en que la mayoría de los estudios sobre el tema se han desarrollado con planteamientos propios de la economía de mercado, al subrayar el carácter ilimitado de las necesidades del hombre. En nuestra opinión, los análisis realizados sobre sufrimiento laboral, deberían tener un carácter holista, respondan o no a protoeconomías de mercado. En este aspecto la importancia de la obra de Sahlins, está en la recopilación de unos datos, tan relevantes para esta investigación, como son el número de horas empleadas por las sociedades de cazadores recolectores para cubrir sus necesidades de alimento.

Gráfica 1. Horas por día en actividades relacionadas con la alimentación.



Fuente: Grupo de Hemple Bay (Sahlins, p. 29).

La Gráfica 1 representa los resultados del análisis realizado por la *American-Australian Scientific Expedition* en 1948 en diversos poblados de *Arnhem Land*. Los autores desmontaron la tesis tradicional desde la que se apuntaba a la precariedad como la principal característica que definía la forma de vida de los aborígenes australianos.

Esta teoría sobre la precariedad primitiva, también se encuentra muy enraizada en algunos pensadores marxistas, debido a la defensa que realizó Karl Marx del productivismo, como un agente de modernización vinculado con la emancipación del proletariado⁴.

Acostumbrados a identificar las luces de neón de los centros comerciales, con la seguridad, el ocio, las relaciones socio-afectivas, el vestido y la alimentación, hemos llegado a creer que sin ellas no somos nada. Desde esta posición hemos deducido, que los pueblos que no las tienen, viven a caballo entre el hambre y la inseguridad. Sin embargo identificar el *no deseo* con la precariedad, es una deformidad propia del capitalismo, desde el que no se concibe un ritual sin crédito, ni un intercambio sin moneda.

Desde el formalismo económico en el que no existe espacio para los *dones*,⁵ se ha reducido la cultura a la única categoría de mercado. Es por este motivo que considero necesario seguir abundando en la obra de Sahlins y en la de otros especialistas en antropología económica, para cuestionar los planteamientos evolucionistas que siguen estando presentes en la manera de mirar a las sociedades sin economías de mercado, que todavía permanece al margen del capitalismo. Esto es necesario, si queremos aproximarnos desde una perspectiva más amplia, a la realidad del sufrimiento laboral.

⁴ Sin entrar en el debate sobre las posibilidades de los sistemas económicos precapitalistas, destacamos las aportaciones realizadas por Jordi Maiso Blanco y Jorge Riechmann, en el curso de postgrado *En el horizonte de la crisis: nuevas lecturas de Marx y crítica radical al capitalismo*. Sus análisis sobre el impacto ecológico del capitalismo, fueron realizados a partir de la revisión y actualización de los conceptos marxistas de producción, trabajo, escasez y naturaleza. En el contexto de los debates, se estableció la necesidad de llevar a cabo análisis socio-económicos desde un enfoque humanista comprometivista con el medio ambiente.

⁵ No me refiero en este caso al *potlach* o el *kula* melanésicos. Sin irnos tan lejos, en un tiempo y un espacio más cercanos, era habitual que cuando un familiar mataba a un cerdo, enviara a sus más allegados un presente o una pequeña parte de la matanza. Había también ocasiones en las que se regalaba fruta y leche a los familiares y conocidos, acosados por la enfermedad y la muerte.

De las conclusiones de la *American-Australian Scientific Expedition*, se desprende, que los cazadores recolectores no consideraban el trabajo como una pesada obligación de subsistencia. Además, los investigadores afirmaron, que la ingesta dietética en Arnhem Land era la adecuada, según el criterio del *National Research Council of America*. Esta pauta también se repitió fuera de *Arnhem Land*, con los bosquimanos de Bostwana. Los datos en este último caso, se refieren a un periodo estacional transitorio, lo que posibilitó la observación de las dificultades más habituales a las que debía hacer frente la población, en su trabajo por la subsistencia.

Como afirma el autor y como queda reflejado en las Figuras 1 y 2, el hecho de que los cazadores recolectores no tuvieran productos culturales al modo occidental, no fue por falta de tiempo, sino más bien por el uso no utilitarista que llevaban a cabo del mismo. Por otra parte, la valoración estética responde a un concepto culturalmente construido, por lo que es necesario contemplar las formas culturales primitivas desde una perspectiva libre de los prejuicios que acompañan al etnocentrismo. La música del Sahel, las narraciones de los *griots* en Senegal, la decoración de los cestos *Maidú* en California, o las pinturas y las esculturas de los *dayak* de la isla de Borneo, por citar sólo algunos ejemplos, han demostrado que el arte, la música y la filosofía de tradición oral, han acompañado a los pueblos desde tiempos inmemoriales.

Figura 1. Horas diarias dedicadas al sueño y al descanso, grupo de Fish Creek

<i>Día</i>	<i>Promedio Hombres</i>	<i>Promedio Mujeres</i>
1	2'15"	2'45"
2	1'30"	1'0"
3	La mayor parte del día	Ídem
4	Intermitente	Ídem
5	Intermitente y la mayor parte de las horas de la tarde	Ídem
6	La mayor parte del día	Ídem
7	Varias horas	Ídem
8	2'00"	2'00"
9	5'0"	5'00"
10	Tarde	Tarde
11	Tarde	Tarde
12	Intermitente	Tarde
13	—	—
14	3'15"	3'15"

Fuente: Sahlins, p.33.

Figura 2 . Horas diarias dedicadas al sueño y al descanso, grupo de Hemple Bay

<i>Día</i>	<i>Promedio Hombres</i>	<i>Promedio Mujeres</i>
1	—	45"
2	La mayor parte del día	2'45"
3		—
4	Intermitente	Intermitente
5	—	1'30"
6	Intermitente	Intermitente
7	Intermitente	Intermitente

Fuente: Sahlins, p33.

Una pauta similar a la establecida por los bosquimanos y los poblados de Arnhem Land, la podemos encontrar en los Hadza de Tanzania o en los canoeros yámanas del canal de Beagle, de los que se llegó a afirmar:

“Los Yamana no son capaces de mantener un trabajo duro y constante, hecho que provoca la consternación de los granjeros y patrones europeos para quienes suelen trabajar. Su trabajo depende más bien de arranques, y en esos esfuerzos ocasionales pueden desarrollar una energía considerable durante un cierto tiempo. Después de esto, sin embargo, muestran deseos de un periodo de descanso cuya duración no es posible calcular y que consiste en quedarse tirados por allí sin hacer nada y sin mostrar grandes signos de fatiga... No cabe duda de que repetidas irregularidades de este tipo, desesperan al patrón europeo, pero el indio no puede evitarlo. Se trata de una disposición natural.” (Sahlins, 1974, p.41).

Del texto se desprende, que los cuerpos libres de dispositivos disciplinarios de los yamanas, al no estar entrenados en las lógicas de las jornadas laborales propias del

mercado del trabajo en Occidente⁶, son incapaces de responder a sus demandas productivas, sin que de ello debamos deducir, precariedad o dificultades graves para la subsistencia. Únicamente la adversidad climática supondría un riesgo para la supervivencia de los yamanas, aunque debemos tener en cuenta, que precisamente por este motivo forma parte de la cultura de los pueblos cazadores recolectores, cierto carácter nómada en función de las derivas medioambientales. En este contexto, el sufrimiento en el trabajo vendría de la mano, de la climatología, del uso de las herramientas o bien, por los accidentes de caza. A este respecto resulta elocuente el texto de Campillo y Piñero (1983), en el que dan cuenta de los hallazgos en yacimientos paleolíticos, de restos humanos con fracturas craneales, vertebrales y torácicas, sufridas probablemente como consecuencia de la caza.

La Tabla 1 sintetiza los datos recopilados por Lee, en los que demuestra que la labor de caza y recolección realizada por un solo bosquimano, bastaría para sostener a cuatro o cinco personas. A este respecto afirma M. Sahlins, que la recolección de alimentos de los bosquimanos, es más eficaz que la producción de las granjas francesas en el periodo anterior a la II Guerra Mundial. De toda la población con la que Lee tomó contacto, sólo un 61,3%, se encargaba realmente de la alimentación del grupo. El resto era, o muy joven, o muy mayor, como para que su trabajo pudiera resultar relevante. Esto supondría, para cada trabajador adulto, alrededor de dos días y medio de trabajo por semana. O lo que es lo mismo, que en una semana, cada trabajador podía mantenerse a sí mismo y a los que de él dependían y todavía le quedarían, entre tres días y medio y cinco días y medio libre, para realizar otro tipo de actividades (Sahlins, 1974).

⁶ Estas lógicas se han repetido con la misma intensidad que en el capitalismo, en los países con regímenes comunistas, en los que si bien con sistemas educativos y sanitarios universales, las personas se veían sometidas a la presión propia de los gobiernos totalitarios.

Tabla 1. Resumen del trabajo diario correspondiente a los Bosquimanos Dobe

Semana	Tamaño promedio del grupo*	Consumo hombre/día **	Trabajo hombre/día	Días de trabajo/semana/adulto	Índice de trabajo por la subsistencia ***
1 (6-12 julio)	25,6 (23-29)	179	37	2,3	0,21
2 (13-19 julio)	28,3 (23-27)	198	22	1,2	0,11
3 (20-26 julio)	34,3 (29-40)	240	42	1,9	0,18
4 (27 julio-2 agosto)	35,6 (32-40)	249	77	3,2	0,31
4 semanas enteras	30,9	866	178	2,2	0,21
Totales ajustados ****115	31,8	668	156	2,5	0,23

Fuente: Sahlins, p. 35

* Tamaño del grupo presentado en términos de promedio y de fluctuación. En los campamentos bosquimanos hay una considerable fluctuación de la población durante breves periodos.

** Se incluyen tanto a niños como a los adultos para proporcionar un total combinado de días semanales de aprovisionamiento requerido.

*** Éste índice fue construido por Lee para ilustrar la relación entre el consumo y el trabajo necesario para producirlo: $S=T/C$.

**** La segunda semana quedó excluida de los cálculos finales al contribuir el investigador con alimentos durante dos días.

En los datos aportados por el autor, no tendrían cabida las cifras sobre siniestralidad laboral recogidas por la OIT. Dado que se trata de culturas preartesanales,

las actividades laborales tenían como principal finalidad proporcionar alimento y bienestar a la comunidad, por lo que acción patógena de los agentes químicos, físicos o biológicos, sobre el sistema respiratorio, la piel, el sistema osteomuscular o el sistema inmunológico, constituiría más bien una excepción. Lo mismo podríamos decir de los efectos de la organización del trabajo sobre la salud mental de los trabajadores. Los síntomas que recoge el denominado síndrome de Burnout⁷, no formaban parte del catálogo de enfermedades profesionales en las sociedades de cazadores recolectores.

En *Antropología y Economía*, afirma Godelier (1976), que el trabajo asalariado supuso la separación del trabajador, de la tierra como lugar de trabajo. Esta circunstancia terminó con la propiedad colectiva, y alteró los comportamientos económicos que traía aparejado. Las personas actuaban *como-sí* compartieran la propiedad de la tierra con los miembros de su comunidad, y en ese marco, la finalidad del trabajo no era tanto la de producir valor, como el mantenimiento del grupo y la supervivencia de los copropietarios de la tierra. Como muy bien dice el autor, podemos convenir afirmando, que el trabajo es un producto histórico, culturalmente construido. Compartimos lo afirmado por Godelier en el sentido de que los antropólogos al estudiar los sistemas económicos de sociedades sin mercado, hemos centrado nuestra atención en aquellos aspectos de la economía occidental que no están presentes entre estos pueblos, motivo por el que se llegó a conclusiones de notable calado etnocéntrico.

Podemos afirmar que en las sociedades de cazadores recolectores, los conocimientos y las destrezas guiaban las actividades necesarias para la reproducción de la vida, por lo que, aun aceptando la existencia de cierta insatisfacción por el trabajo, no podemos concluir diciendo que estos grupos sufrieran como consecuencia de su actividad laboral las innumerables enfermedades que, desde la revolución industrial al toyotismo, acompañan a los trabajadores en Occidente. El trabajo repetitivo, la presión del *Poka-Yoke*⁸ o el *kanban*⁹, el miedo a perder el empleo, la desregularización y las

⁷ El síndrome de Burnout excepcionaliza situaciones que están presentes en un número nada despreciable de trabajadores, como puede comprobarse en la VII encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo publicadas por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social en: <http://www.insht.es>

⁸ El término *poka-yoke* responde al intento por minimizar las probabilidades de error en los procesos de creación de mercancía. Se trataría de que, en el caso de producirse, detectarlos en el menor tiempo posible, para minimizar sus consecuencias en términos de gastos de producción (Fantin, 2013).

consecuencias del desempleo que particulariza a la crisis económica en nuestro país, se encuentran encarnadas, tanto en el cuerpo individual, como en el cuerpo social. Es bien seguro que en el Paleolítico también se producían invasiones, intrigas, traiciones,... pero con la misma seguridad podemos afirmar, que el trabajo no llevaba aparejado, al menos de modo estructural, el catálogo de enfermedades y desajustes personales y sociales, que acompaña a los trabajadores desde la revolución industrial.

4.2.2 El quebranto de la salud en la agricultura: del Neolítico a la agricultura extensiva.

Como ya hemos apuntado, viene siendo frecuente presentar la historia como un continuo ascendente, iniciado con el proceso civilizatorio y socio-tecnológico puesto en marcha en el Neolítico. En este sentido, la antropología ha contribuido a poner de manifiesto la evolución en mosaico de la historia del hombre, dejando claro la coexistencia, en ocasiones dentro de la misma comunidad, de diferentes tipos de economías. Los cazadores recolectores, la agricultura incipiente, economías de mercado campesinas e incluso economías ciberglobalizadas, pueden coexistir en sus diferentes versiones en pequeñas comunidades. En el momento de escribir estas líneas, un cazador recolector podría comercializar sus productos para conseguir moneda, y trabajar a la vez como asalariado temporal para una multinacional del café. Lo que debe quedar claro, es que la agricultura no puso fin a la supuesta precariedad del cazador recolector, sino que supuso, al menos inicialmente, una opción voluntaria¹⁰. A este respecto recordemos los estudios realizados por P. Bohannon y de G. Dalton sobre los *Lele*, que a pesar de mantenerse en contacto con la economía de mercado propia de los *Bushang*, prefirieron

⁹ Palabra usada para indicar la tendencia a adecuar las pérdidas a la demanda y eliminar el stock y los costes que lleva asociados. También se trataría de reducir al máximo los tiempos de espera de los consumidores en la adquisición del producto demandado. (Sugimori y cols., 1977).

¹⁰ Esta opción cobra sentido sólo cuando la propiedad de la tierra se mantenga libre de titularidad privada, pues de lo contrario, la población se verá obligada a llevar a cabo desplazamientos buscando nuevos territorios o a cambiar su modelo económico, generalmente a favor de la salarización del trabajo.

mantener sus instituciones tradicionales, antes que sacrificarlas en aras de sistemas económicos de mayor complejidad (Velasco, 1995).

A continuación pasaremos a analizar el precio en salud pagado por los trabajadores agrícolas, teniendo en cuenta su alta variabilidad histórica y transhistórica. Tomaremos como punto de partida las pequeñas comunidades del Neolítico, para adentrarnos posteriormente en la realidad del trabajo problematizado de los inmigrantes subsaharianos en los invernaderos de nuestro país. Si los citamos, es con la intención de sacar a la luz unas condiciones laborales que son las responsables de que en muchos casos terminen hacinados en chabolas construidas con plástico y cartón. Según fuentes de la Cruz Roja¹¹, en mayo de 2013 el salario medio pagado en la agricultura rondaba los 35 € por una jornada laboral de entre 8 y 10 horas diarias, siete días a la semana. El coordinador local de Almería, llegó a calificar la situación de *inhumana y altamente preocupante*. A estas condiciones deben sumarse las derivadas de las altas temperaturas, que en verano pueden alcanzar entre 40° y 45° C. En esta situación se encontraban en el año 2010 entre 80.000 y 90.000 personas en nuestro país (Checa y cols., 2010).

Volviendo a los inicios del trabajo agrícola podemos afirmar, que del mismo modo que ocurría en el Paleolítico, el trabajo en la agricultura también formaba parte de la vida cotidiana de la comunidad. Desde la siembra, a la recolección, pasando por los procedimientos para conservar los alimentos frescos¹² y su preparación para el consumo diario, los hombres, las mujeres y los niños participaban, de una u otra manera, en aquellas actividades relacionadas con la subsistencia del grupo.

Es bien seguro que los *accidentes laborales*, formaron parte de la vida desde el inicio de la agricultura. En el *Código de Hammurabi*, ya se hacía referencia a un artilugio para sujetar las patas traseras del ganado, con la finalidad de que el animal no

¹¹ Cruz Roja Española, como indica en su página web, es una institución humanitaria dependiente del Gobierno español y del alto patronazgo de los Reyes de España, por lo que cabe confiar en el rigor de sus publicaciones.

¹² La deshidratación fue el procedimiento más frecuente para preservar los alimentos. Pescado, carne, frutas, verduras, podían conservar durante largos periodos sus propiedades nutritivas, una vez que se eliminaba el agua que contenían.

golpeará al encargado del ordeño y de que no rompiera el cántaro de la leche (Molina Benito, 2006)¹³.

La realidad fue que con el inicio de la agricultura, se subió el primer peldaño hacia la modernidad. Con él se inauguró una forma de vida, establecida sobre la modificación de lo que había sido hasta entonces, la relación del hombre con la naturaleza y con sus semejantes. Hugo Zemelman (2007), se refirió a esa transformación, como la *humanización de la animalidad*. Este proceso vino determinado por una separación entre el hombre y *Lo otro*, entre la naturaleza y *Lo humano*. A partir de entonces se inició un proceso agonístico, caracterizado por una sobreabundancia de metas en lo que a la obtención de recursos se refiere. El paso de una sociedad predadora a una economía productiva, dio lugar a organizaciones sociales notablemente más complejas, surgidas tanto de la mano de la propiedad privada, como de la acumulación de excedentes y de la división social del trabajo. Fueron estos nuevos modelos productivos, los que marcaron el inicio y la dirección de una economía globalizada.

Escribir sobre el sufrimiento laboral de los trabajadores agrícolas, supone adentrarse en un territorio complejo. El silencio y la opacidad han ocultado siglos de enfermedad y muerte, causados por las terribles condiciones laborales asociadas al trabajo agrícola. No debe olvidarse que la salud laboral vino de la mano de los procesos de industrialización europeos, quedando al margen de la medicina social, el sufrimiento causado por el trabajo agrícola. Rafael de Francisco (2006b), hace referencia a las disposiciones establecidas en los reinos de la Península, referidas a la duración de la jornada laboral y a la prohibición de trabajar en el campo a los menores de 12 años. Entre ellas el autor destacó el Fuero de Cuenca (1190), el Fuero de Brihuega (1242), las Cortes de Castilla (1351), y la Legislación de Indias, referida a la prevención de riesgos para la salud de los trabajadores indígenas en la agricultura.

En España como en el resto de Europa, la preocupación por los riesgos y las enfermedades profesionales, se organizó en torno a los espacios urbanos y a las

¹³ Considero oportuno recordar que en el Código de Hammurabi se especifica en sus párrafos 218 a 220 los procedimientos para defenderse de las negligencias médicas.

actividades productivas surgidas al amparo de la industrialización. Ello fue debido a que el campesinado, al contrario que el proletariado fabril, se mantuvo ajeno a las reivindicaciones sobre las mejoras salariales y de las condiciones de trabajo realizadas por los obreros de las fábricas. Sin embargo esto no significaba que la situación de los campesinos fuera mejor que la de los empleados fabriles, ya que con frecuencia se veían obligados a soportar los rigores de una auténtica economía de subsistencia, donde el hambre, el carbunco, la tuberculosis y las fiebres reumáticas, convivían con los dolores de espalda, la enfermedades del sistema respiratorio, intoxicaciones por plaguicidas, y últimamente con la depresión, el estrés y los riesgos psicosociales. Sin embargo las reivindicaciones del campesinado se centraron en su mayoría en los derechos de propiedad de la tierra, pasando de puntillas, hasta 1820, con el *Motín de los Verdes*, sobre unas condiciones laborales, en las que a menudo estaban presentes, el hambre, la enfermedad y la muerte de los trabajadores. De Francisco se refiere a ellas con estas palabras:

“A partir de aquí, el hambre fisiológico en sentido estricto, va a dar paso al hambre de tierras como resultado de las profundas insatisfacciones que el proceso de desamortización civil dejó en los sectores más empobrecidos del campesinado español, especialmente en Andalucía, en donde los antiguos señoríos jurisdiccionales a los que podían tener, en principio, legalmente derecho de propiedad los aparceros, seguirían en manos de sus antiguos detentores con la diferencia de que ahora, su propiedad iba a estar además de por Dios, la Santa Tradición y el Rey, bendecida también, por el Código Civil.” (De Francisco, 2006b, p.150).

A las personas que ya tenemos una edad, nos basta con hojear en los textos de la memoria, para recordar el trabajo de sol a sol y la pobreza económica y cultural que rodearon al campesinado manchego, hasta bien entrada la década de los setenta.

Considero que las reivindicaciones sobre la propiedad de la tierra han contribuido a ocultar las causas más profundas que motivaron estas protestas. En la actualidad todavía podemos encontrar a parte de aquellos trabajadores con lesiones de espalda como consecuencia de los trabajos realizados. En los contactos previos a la investigación, uno de ellos lo expresaba así:

“¡Qué le vamos a hacer! La vida viene como viene, y en mi casa éramos muchos. Había que comer, hermosa. Teníamos que comer y no había otra cosa. Así que, pues eso, al campo, a las viñas, a esas cosas... Desde los ocho o los nueve años. Y así... Esa fue mi vida hasta que me casé y empecé con los albañiles... Mi señora se lo puede contar mejor que yo, porque yo no se me explicar algunas veces y... bueno, que después yo ya no servía, pero en fin... aquí vamos tirando, con los 300€, ¿son 300 o 350? [pregunta a su mujer], bueno y ahora con un nieto que va a venir... ¿qué le voy a decir? Pues eso, lo que le digo.”

Podemos observar, siguiendo el discurso foucaltiano, cómo los dispositivos determinan formas de subjetivación que contribuyen a naturalizar el origen de la enfermedad. Éste es el motivo por el que llegamos a olvidar que las situaciones socio-económicas y políticas, muchas veces se encuentran relacionadas con su aparición. En otras palabras, en los procesos de subjetivación, parecen olvidarse las causas de los padecimientos vinculadas con la explotación de la fuerza del trabajo y la injusticia social. En un contexto marcado por la escasez, la docilidad, la fidelidad y la autoexplotación, como es el que caracterizó desde tiempo inmemorial al campesinado manchego, no es de extrañar las altas expectativas generadas hacia el trabajo asalariado en la construcción.

Hasta hace apenas unas décadas, y aún más en la actualidad, el discurso de las enfermedades y el hambre de los braceros campesinos se articuló en torno al discurso de los vaivenes de la naturaleza, contra la que el hombre nada podía hacer. Sólo las rogativas podían evitar el agostamiento de las cosechas, al darse el del cuerpo por sentado con la misma naturalidad que se sucedía el ciclo de la vida y de la muerte. Recuerdo una oración de mi infancia al respecto que rezaba, nunca mejor dicho, con estas palabras:

*“Niño de la Bola, tú que puedes tanto
pídele a tu Padre que riegue los campos.
Los trigos no crecen, las yerbas no nacen
y los corderillos se mueren de hambre.”*

Simbólica rogativa en la que, para conmovir al poder divino, se antepone el hambre de los corderillos al de los niños. Estas plegarias contribuyeron a desviar la atención de la injusticia social, para pasar a focalizarla en la justicia divina. De este modo, se evitaban conflictos con la Iglesia y con los beneficiados por las sucesivas desamortizaciones de Carlos III, Godoy o la realizada por los liberales en el siglo XIX.

El cuerpo a cuerpo entre el bracero agrícola y la tierra se prolongó debido a que la agricultura se vio excluida de las innovaciones tecnológicas que caracterizaron al Renacimiento. De Francisco (2006b), lo expresaba de esta manera: “la máquina básica del campo español estuvo formada durante siglos por hombres, mujeres y niños sin tierra o pequeños aparceros o arrendatarios. Fue una verdadera máquina de sangre en el más estricto sentido del término” (p.150).

Médicos higienistas como Monlau o Salarich iniciaron un camino de idealización del trabajo campesino, que aún perdura en nuestros días.

“[...] La profesión agrícola [...] es un culto perpetuo que la especie humana rinde al Criador (sic), perfeccionando su obra. Este culto tiene sus dogmas, sus misterios, sus fiestas y sus solemnidades. Los labradores y los colonos son los sacerdotes de este culto; los grandes terratenientes son los pontífices [...] Es una profesión noble que no se han desdeñado de ejercer algunos monarcas [...] Esta profesión generalmente hablando es sana. Los agricultores no conocen la tisis de los tejedores, los cólicos de los pintores, el escorbuto de los marinos, el carbúnculo de los pelaires y otras cien enfermedades características de otras tantas profesiones. Los agricultores respiran un aire puro; su alimento, aunque frugal, no es sofisticado; su ejercicio no es monótono y no hace contraer deformidades, como lo hacen algunas profesiones mecánicas. Acostumbrados a las variaciones atmosféricas, no las sienten tanto como los habitantes de las ciudades. Si gana menos jornal que el obrero industrial, es éste más seguro y más suficiente, porque no tiene tantas necesidades. Si algunas enfermedades endémicas o locales se ceban en algunas familias labradoras, es más bien por causa de la localidad, que por la profesión, que siempre se ha

considerado como una de las más propias para la salud [...].” (Salarich, 1860, p.62-63).

Realmente nunca deja de sorprendernos los argumentos de la biomedicina para favorecer la disponibilidad de cuerpos dóciles. En contra del romanticismo reflejado en el texto, coincido con de Francisco cuando afirma que durante siglos, incluso los pequeños propietarios y los arrendatarios, fueron víctimas de la incertidumbre y del miedo al hambre. A pesar de ello, los médicos higienistas y moralizantes del proletariado fabril, nunca desarrollarían planes de prevención e intervención sobre este sector de la población. Es por este motivo que la mortalidad del obrero agrícola, fue muy superior a la sufrida por los artesanos y por el proletariado de la ciudad. A pesar de la abundancia de producción cerealística, vitivinícola y oleícola en Andalucía y Castilla-La Mancha, no debemos olvidar, que los beneficios de la producción iban destinados a los latifundistas y no a mejorar las condiciones de vida de los jornaleros o de los pequeños propietarios de la tierra.

La Tabla 2 encierra el precio en vidas humanas de un trabajo que no resulta tan bucólico como pudiera parecer, y que ha sido el hermano pobre de la industria en materia de derechos laborales. Así por ejemplo, el trabajo agrícola no se contempló en la Ley Dato de Accidentes del Trabajo de 1900, debiendo esperar a la Ley 12 de junio de 1931, para equiparar, en materia de derechos, a los trabajadores del campo con los de la industria.

Tabla 2. Tasas de mortalidad por 10.000 para diferentes causas en hombres de 30 a 64 años en ocho provincias españolas según su categoría profesional.

Causas	Profesionales/Directivos	Trabajadores manuales	Trabajadores agrícolas
Todas las causas	23,3	42,6	53,3
Cáncer	9,9	14,8	19,3
Cardiovasculares	6,9	10,5	15,4
Accidentes	1,5	3,3	2,7

Fuente: INE, 2014

Todavía hoy en la zona de nuestro estudio, los campesinos se exponen a temperaturas que pueden oscilar a lo largo del año, entre los -10° y los 40°C, que en el verano de 2015 llegaron incluso a superarse. A pesar de que muchos informativos abrieron con la noticia de los afectados por golpes de calor, no se hizo mención alguna a los efectos del estrés térmico sobre la salud de los trabajadores agrícolas. A las temperaturas, también habría que sumarle los días de viento, que tampoco interrumpirían un trabajo en el que no cabe la espera ni los aplazamientos. En este punto consideramos necesario reparar en las recomendaciones realizadas en el siglo XIV por Alonso García de Chirino (1369-1429), médico de Enrique III, establecidas sobre la base del sentido común y no solo en función de la rentabilidad económica.

“[...] En el estío los que pudieren deven escusar el cansancio y los grandes trabajos corporales; y guárdese del sol en cuanto pudieren, mayormente en la cabeza, poniendo lienço a corona della y escusar especias y viandas agudas y dulces y saladas [...]” (De Francisco, 2006).

Así como:

“[...] Los que son mucho cansados de camino, u otro trabajo o cansancio corporal, conviéneles lavar las piernas y los brazos con agua caliente en que haya cocido manzanilla y malvausco y eneldo [...] y luego duerma [...]” (De Francisco, 2006).

Estas recomendaciones siguen sin cumplirse en el primer cuarto del siglo XXI en España, y por extensión en la mayoría de países con economías globalizadas. Centrándonos en el caso español, muchos de estos trabajadores son jornaleros que trabajan entre 8 y 10 horas diarias, durante siete días a la semana. Su salario oscila entre los 25 € y los 45 € al día, sin cobertura sanitaria¹⁴ en muchos casos y sin derecho a permiso de maternidad o paternidad, ni a cobertura en caso de desempleo.

¹⁴ Los inmigrantes sin papeles que participaron en las campañas del melón, de la uva o del pimiento, por citar las de mayor duración en nuestra zona, carecieron de prestaciones sanitarias gratuitas desde el 24 de abril de 2012, a raíz de la publicación del RD 16/2012 que excluyó de la condición de asegurados a los extranjeros que no tenían autorización para residir en el territorio español. El 31 de marzo de 2015, el entonces Ministro de Sanidad Alfonso Alonso, anunció que devolvería la tarjeta sanitaria a los inmigrantes irregulares, aunque sólo para recibir asistencia en AP.

Por otro lado los temporeros agrícolas tampoco tienen muchas posibilidades de reclamar las medidas de seguridad en el trabajo que la legislación les garantiza, y ello a pesar de los riesgos asociados a la maquinaria, plaguicidas, fertilizantes o simplemente ergonómicos. Por conversaciones mantenidas con propietarios de Tomelloso pertenecientes a la Asociación Agraria de Jóvenes Agricultores (ASAJA), pudimos conocer, que los trabajadores agrícolas manchegos no utilizan mascarillas protectoras para el polvo (orgánico o inorgánico), y que no suelen interrumpir las tareas si hace viento mientras utilizan pesticidas o fertilizantes. En definitiva, aunque los propietarios cumplen con los requerimientos burocráticos en materia de prevención, ello no implica que se pongan en marcha medidas para garantizar su cumplimiento. Un inmigrante lo relataba de este modo:

“Mira nosotros viene gente y dice: venga toma 30 € y yo pues voy al campo, porque 10 días son 300 €. Luego mi amigo llama a mi familia y dice Antonio tiene trabajo. Si yo no morir, yo trabajo en el pemento, en las uvas, en el mes 12 en Jaén. Yo digo al jefe; mira, yo tengo gente sin problema, traigo tres amigos. Y el jefe dijo: 30 € cada día, cada hombre y yo dije: ¡vale! [ríe] Yo tengo suerte. Yo te digo cosa, yo cojo dinero y ba-bás, no hay problema. Luego mi primo manda dinero a mi padre. Yo estoy contento porque Dios quiere que yo tenga suerte.”

En el manual para la acogida de nuevos trabajadores, titulado *prevención de riesgos laborales en agricultura y ganadería*, publicado por ASAJA de Castilla y León (2014), el punto 3.13, relativo a la manipulación manual de cargas y posturas forzadas, alerta sobre el riesgo de pinzamientos y hernias discales que supone levantar y transportar cargas pesadas. El trabajo en la vendimia, la patata o el melón, requiere que el trabajador levante y cargue entre 1 y 2 toneladas de peso diario, por lo que las recomendaciones que siguen carecen de sentido en éstas y en otras tareas similares:

- Inspeccione la carga antes de su manipulación, al objeto de determinar su peso y su forma, y si presenta dificultad de agarre, para poder optar así las medidas oportunas.

- Aproxímese a la carga de modo que el centro de gravedad de ésta quede lo más próximo al centro de gravedad de su cuerpo. De esta manera conseguirá una adecuada posición de equilibrio.
- Si el levantamiento se lleva a cabo desde el suelo hasta una altura superior a la de los hombros, apoye la carga a medio camino para poder cambiar el agarre.
- La organización del trabajo debe permitir realizar las tareas de intemperie y las que requieran mayores esfuerzos, en horas de menor intensidad solar. Se ha de limitar, en la medida de lo posible, el tiempo de exposición al sol incrementando la frecuencia y duración de los intervalos de descanso en zonas sombreadas y aireadas (p.43)

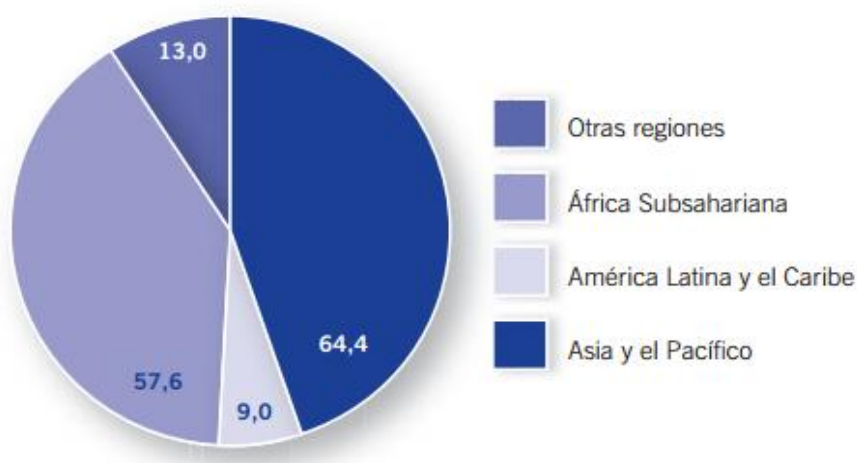
Estas instrucciones, que podrían parecer garantistas a los que nunca han trabajado la tierra, resultan para los que estamos familiarizados con el trabajo agrícola y conocemos su escasa evolución en términos de esfuerzo y seguridad, la clara expresión de que la finalidad de este tipo de documentos, poco o nada tiene que ver con la seguridad de los trabajadores. En la comarca de La Mancha, las dinámicas de trabajo impuestas por los destajos, o simplemente los ritmos marcados por los propietarios de la tierra, hacen impensable que se tenga en cuenta para establecer medidas de seguridad laboral, el esfuerzo de los trabajadores o la temperatura a la que se ven expuesto.

No podemos concluir este apartado sin hacer mención a la feminización y sobre todo a la infantilización del trabajo agrícola. Consideramos relevante el informe realizado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), titulado “Gender dimensions of agricultural and rural employment: Differentiated pathways out of poverty,” en el que se afirma que, de los 306 millones de niños que se encontraban ocupados en 2010 en actividades implicadas en la producción económica, el 60% trabajaba en el sector agrario (FAO, 2010)

Como podemos ver en la Gráfica 2, la mayor parte de estos niños se agrupaban en cuatro regiones: Asia y el Pacífico, América Latina y el Caribe, África Subsahariana y una categoría denominada *otras regiones* integrada por Oriente Medio, África del

Norte, los países desarrollados y las antiguas economías en transición de Europa Oriental y Asia. Los datos nos indican que es en Asia y en el Pacífico, donde se registró la cifra más alta de niños ocupados en producción económica, alcanzando los 64,4 millones en el 2011. A continuación iría África Subsahariana, con 57,76 millones en el mismo periodo.

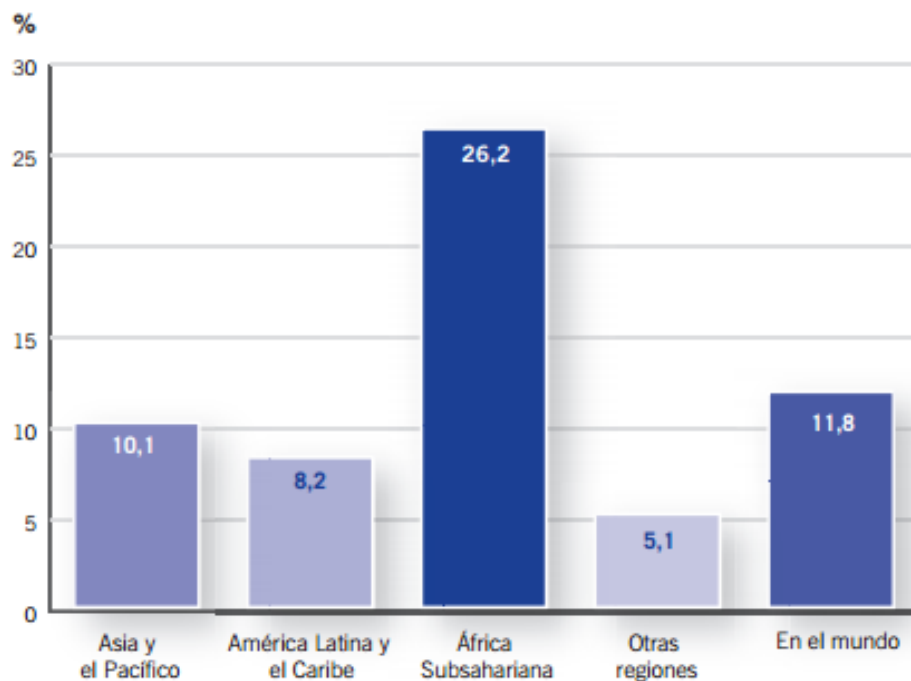
Gráfica 2. Niños ocupados en la producción económica (en millones)
por región, 5 a 14 años (2012).



Fuente: Diallo, Etienne y Mehran, p.5

La tasa más alta de actividad de los niños por sector, también se registró en África Subsahariana, con un 26,2% de niños trabajando en la región. En Asia y el Pacífico lo hacía un 10,1%. En América Latina y el Caribe un 8,2% y un 5,1% en otras regiones (ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Tasa de actividad de los niños (en porcentajes) por región, 5 a 14 años (2012).



Diallo, Etienne y Mehran, p.5.

Gran parte de estos niños trabaja sin percibir salario alguno, y buena parte de ellos recibieron sus retribuciones en especies. Se trataría de lo que en el lenguaje popular se ha venido conociendo como: *lo comido por lo servido*.

El grupo de niños y niñas que realizaron trabajos peligrosos en el año 2012, alcanzó la cifra de 85,3 millones. En la Tabla 3 podemos observar cómo la incidencia del trabajo peligroso, aumenta con la edad. Y así encontramos un 2,2% de niños de entre 5 y 12 años (18,5 millones) que realizan actividades peligrosas, un 5,3% entre los adolescentes de 12 a 14 años (19,3 millones) y un 13% entre los adolescentes de 15 a 17 años (47,5 millones).

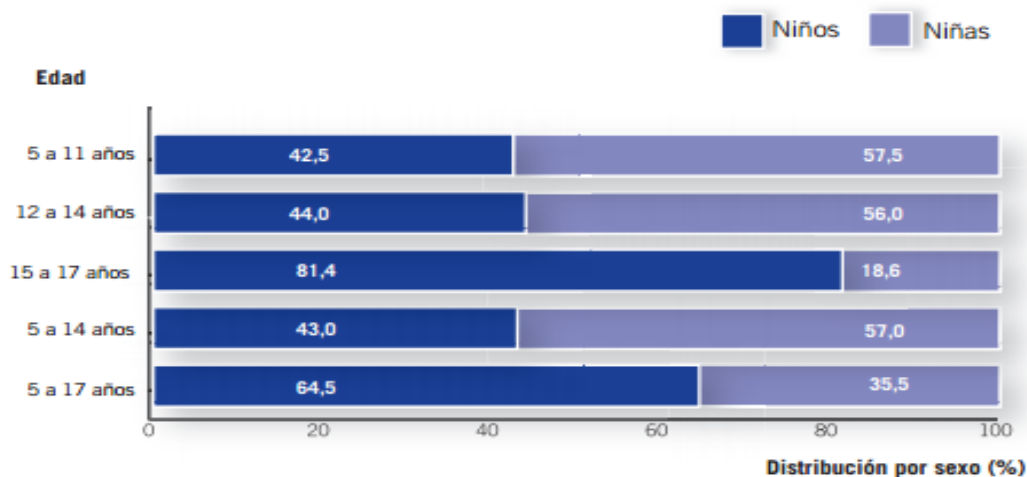
Tabla 3. Estimaciones mundiales del trabajo infantil y del trabajo peligroso por grupo de edad y sexo (2012).

Sexo y edad	Total de la población infantil	Trabajo infantil		Trabajo peligroso	
	(en miles)	(en miles)	%	(en miles)	%
El mundo	1.585.566	167.956	10,6	85.344	5,4
Niños	819.877	99.766	12,2	55.048	6,7
Niñas	765.690	68.190	8,9	30.296	4,0
5 a 11 años	858.925	73.072	8,5	18.499	2,2
12 a 14 años	362.146	47.381	13,1	19.342	5,3
(5 a 14 años)	1.221.071	120.453	9,9	37.841	3,1
15 a 17 años	364.495	47.503	13,0	47.503	13,0

Fuente: Diallo, Etienne y Mehran, p.11.

En cuanto al trabajo peligroso por sexo, la tendencia muestra que las niñas realizarán trabajos más peligrosos que los niños salvo en el grupo de edad de 15 a 17 años. En la Gráfica 4 queda reflejado que el número de niñas es superior al de los niños en todos los grupos de edad de 5 a 14 años.

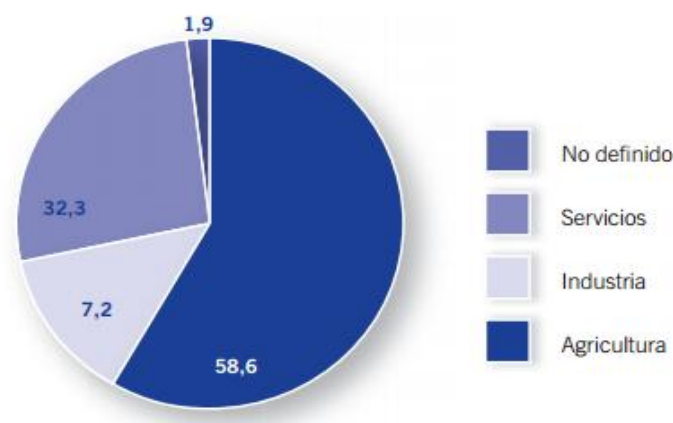
Gráfica 4. Niños en trabajos peligrosos por sexo y grupo de edad (2012).



Fuente: Diallo, Etienne y Mehran, p.12.

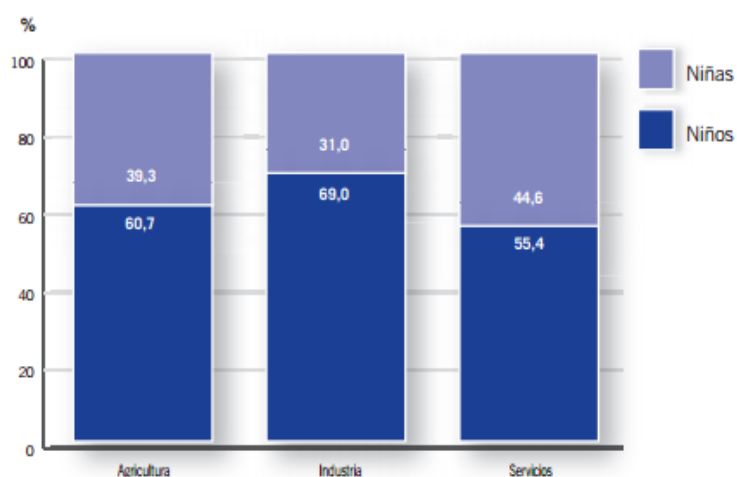
En cuanto al trabajo infantil por sectores económicos, éste se concentra principalmente en la agricultura (58,6%), mientras que la industria representa el 7, 2%. Estos resultados se mantienen estables desde el 2008. Por el contrario se observa un aumento del trabajo infantil en el sector de servicios en los últimos cuatro años, que ha pasado de un 25,6% a un 32,2% (ver Gráficas 5 y 6).

Gráfica 5. Trabajo infantil, distribución por sector económico (en porcentaje), 5 a 17 años (2012).



Fuente: Diallo, Etienne y Mehran, p.15.

Gráfica 6. Trabajo infantil, distribución por sector económico y sexo (en porcentaje), 5 a 17 años.



Fuente: Diallo, Etienne y Mehran, p.15.

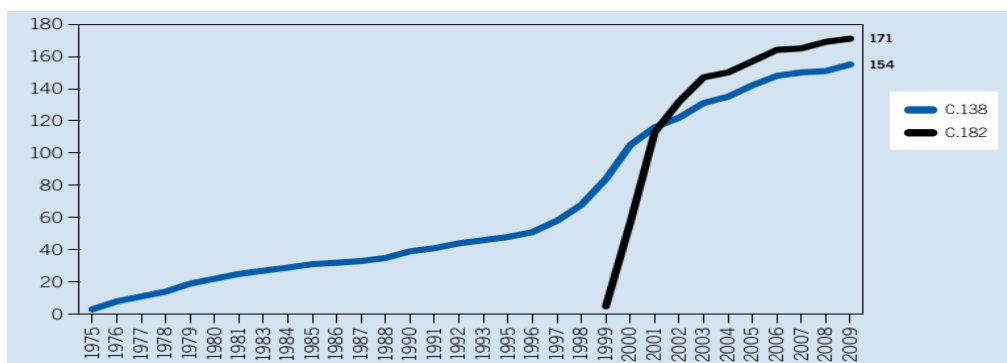
Ni la Alianza de Internacional de Cooperación contra el trabajo infantil en la agricultura, integrada por los países miembros de la OIT, ni la FAO, ni el Fondo Internacional de desarrollo Agrícola (FIDA), ni el Grupo Consultivo para la Investigación Agrícola Internacional (CGIAR), ni las numerosas conferencias internacionales desarrolladas sobre el tema, entre las que destacamos la Conferencia Internacional por el Trabajo Infantil en la Agricultura celebrada entre el 28 y el 30 de julio de 2012 en Washington DC, han conseguido resultados alentadores en materia de

explotación infantil. Por el contrario, se ha extendido la creencia de que el trabajo infantil, poco o nada tiene que ver con el contexto social y económico de las economías globales, donde desde las democracias occidentales se defienden los derechos de los trabajadores. Nos encontramos con que en la conciencia colectiva de Occidente, se ha generado la falsa idea, de que el trabajo infantil está aislado del contexto social y económico de la economía global. La propia OIT (2010b) afirmó:

“Ahora bien, muy pocos países han adoptado prohibiciones legislativas efectivas contra el trabajo forzoso, el trabajo en régimen de servidumbre, la esclavitud o la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la realización de actividades ilícitas, en particular el tráfico de estupefacientes. Preocupa el hecho de que en muchos marcos de políticas y planes de acción las niñas aún no sean consideradas como un grupo especialmente vulnerable. Siguen siendo muy escasos los países que establecen objetivos de duración determinada (a través de diversas medidas políticas) contra una o más de las peores formas de trabajo infantil, y ello constituye un motivo de preocupación en vista de los requisitos establecidos en el Convenio núm. 182 y la meta de 2016.” (p.18).

A pesar de las prohibiciones y del elevado número de países que ratificaron los convenios 138 y 182 de la OIT (ver Gráfica 7), el sufrimiento en el trabajo sigue siendo a día de hoy, una importante lacra para la población infantil.

Gráfica 7. Número de ratificaciones de los Convenios 138 y 182, por año.



Fuente: OIT, p.15.

A nuestro juicio, este sufrimiento ha quedado reducido a porcentajes, como los publicados por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 99ª edición (año 2012), que si bien resultan alarmantes, carecen de significado, más allá de los datos estadísticos. Por eso consideramos importante, reparar, describir, enumerar y mostrar, las secuelas que sobre los cuerpos infantiles deja la explotación en el trabajo agrícola, como son: quemaduras por tóxicos, lesiones osteomusculares, o problemas respiratorios. Estas enfermedades terminarán truncando la vida y el futuro de los niños trabajadores. Esta sombra, que se filtra y se encarna en el cuerpo de estas criaturas, es la misma que difumina los estragos que el trabajo produce en los adultos. Ponerle luz y nombre es parte de esta investigación.

La OIT afirmó que la crisis mundial y sobre todo el desempleo, no solo están provocando un aumento de la pobreza y de las desigualdades, si no que comprometen seriamente los avances logrados en la educación infantil y en el acceso a la educación. El problema de su erradicación, viene al entrar en conflicto con los intereses de las economías desarrolladas, que encuentran en este tipo de trabajo, una forma fácil y segura de aumentar y preservar sus intereses económicos.

4.2.3 Del final de la agricultura al nacimiento de la industria. El sufrimiento laboral como épica sumatoria.

Salvo la industria textil en Cataluña y el sector de la minería, España se incorporó tarde a los nuevos modelos productivos surgidos en el resto de Europa. Entre los motivos de este retraso, cabe destacar el bajo crecimiento demográfico y la frágil economía española, producto de la Guerra de la Independencia y de las políticas de Fernando VII. Estas circunstancias, lejos de beneficiar el desarrollo económico, favorecieron la mentalidad de una burguesía que prefería asegurar sus riquezas, en lugar de arriesgar en nuevas inversiones. Por otro lado en España se retrasó, hasta la primera mitad del siglo XX, la mecanización del trabajo agrario, por lo que hasta entonces no se hizo notar el exceso de mano de obra en la agricultura. La baja productividad derivada del autoconsumo y la falta de excedentes para el consumo interno y/o externo, hicieron que el trabajo en el campo, se realizara con técnicas arcaicas hasta las décadas de 1940 y 1950, periodo en el que comenzó a generalizarse su mecanización. Como queda

reflejado en la Tabla 4, esta tendencia comenzó a disminuir de manera significativa a partir de 1950, año en el que, como podemos ver, todavía un 48,9% de la población española se dedicaba a trabajos agrícolas.

Tabla 4. Evolución de la población activa por sectores, según censos de población, 1900-1981.

	POBLACIÓN ACTIVA	DISTRIBUCIÓN POR SECTORES			
	Población activa (en miles)	Agricultura	Industria	Construcción	Servicios
1900	7.546.8	60,4	10,4	3,1	15,3
1910	7.581.5	55,7	11,0	3,2	16,8
1920	7.962.4	57,2	18,3	2,7	18,5
1930	8.772.5	46,1	27,0	3,2	21,4
1940	9.219.7	51,9	19,5	4,0	24,5
1950	10.793.1	48,9	19,2	5,3	25,0
1960	11.816.6	39,8	21,7	6,4	27,5
1970	11.908.1	24,9	26,4	10,2	37,2
1981	12.797.0	13,9	26,1	9,8	41,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Anuario Económico y social de España.

Nota: La diferencia entre la suma de los porcentajes y 100 corresponde a actividades que no pudieron ser clasificadas.

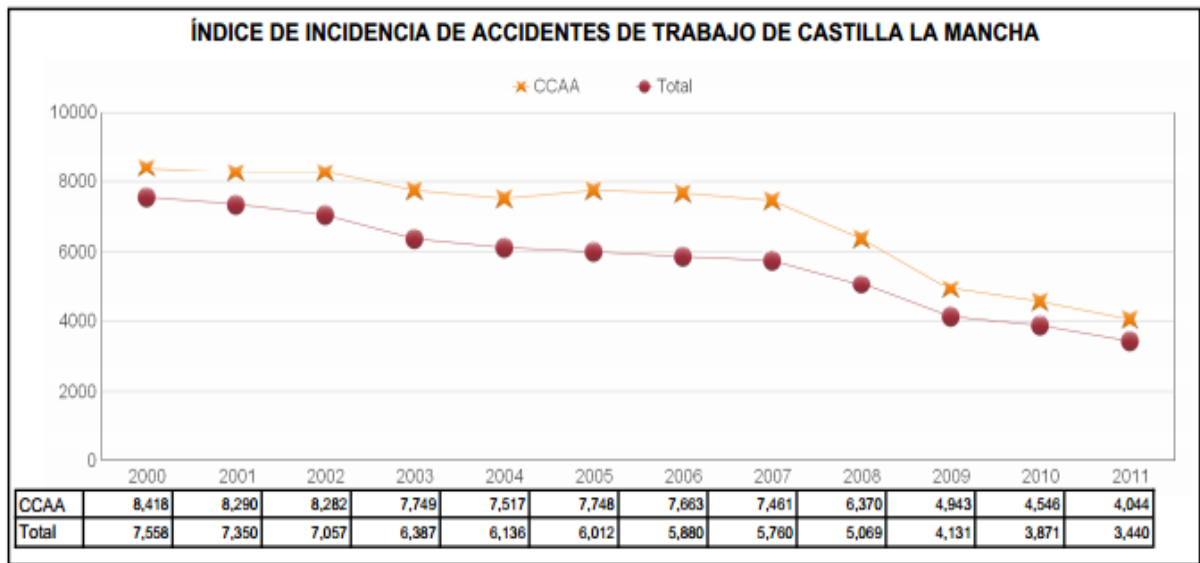
Hemos de tener en cuenta que estos datos se refieren a los asalariados contratados a tiempo completo, quedando fuera el porcentaje de los que carecían de contrato laboral.

A la malnutrición, patologías osteomusculares e infecciosas que sufrían los campesinos de entonces, tenemos que sumar las secuelas dejadas por las nuevas enfermedades en el sector, recogidas por la OIT y por La Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CNSST)¹⁵. Esta última, propuso un protocolo básico de vigilancia y la elaboración de una cartilla individual sanitaria y de riesgo, que permitiera el seguimiento de las repercusiones del trabajo agrícola sobre la salud y la valoración de la eficacia de las medidas de prevención puestas en marcha. A pesar de tratarse de un protocolo sencillo y de fácil aplicación, nunca llegó a ponerse en funcionamiento, al menos en la zona de nuestro estudio.

La CNSST está integrada por representantes de la Administración General del Estado, de las Administraciones de las Comunidades Autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla, así como por representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas. El grupo de trabajo revisó y analizó la legislación específica, tanto nacional como internacional, sobre la prevención de riesgos laborales en el uso de maquinaria agrícola, productos fitosanitarios y el trabajo en invernaderos, pero su trabajo sólo sirvió para poner de relieve, una vez más, que muchas decisiones adoptadas en el ámbito de la salud laboral, no pasan más allá del papel y de la literatura legislativa establecida al respecto. Como ejemplo, tenemos la incidencia de los accidentes laborales en el sector, recopilada por el Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo, donde podemos apreciar que la siniestralidad en Castilla- La Mancha, es superior a la total del resto del Estado español, a pesar de haber disminuido levemente (Gráfica 8).

¹⁵ La CNSST es el órgano colegiado asesor de las Administraciones Públicas en la formulación de las políticas de prevención y el órgano de participación institucional en materia de seguridad y salud en el trabajo (Ley 31/1995).

Gráfica 8. Índice de incidencia de accidentes de trabajo de Castilla La Mancha.



Fuente: MESS, p.29.

Los datos recogen al colectivo de los trabajadores asalariados y autónomos que tienen cubierta la contingencia de accidente de trabajo y enfermedad laboral, quedando otra vez excluidos, los trabajadores que carecen de esta cobertura por no tener contrato de trabajo.

La mecanización del campo unida a la mejora de las condiciones de salubridad, alimentación y a los avances médicos, contribuyó en mayor medida que la legislación, a disminuir la mortalidad y/o la siniestralidad producida por el trabajo agrícola. A pesar de ello y con las excepciones de la industria textil y de la minería, en España no se produjo un proceso de transformación social como el que caracterizó a la industria fabril inglesa del siglo XIX. De este modo fue necesario esperar un siglo más, para poder hablar de la industria surgida al abrigo de las principales ciudades, sobre todo Madrid y Barcelona. En la segunda, a finales del siglo XVIII, los hiladores y tejedores, ya habían llamado la atención sobre las condiciones para la salud de los nuevos modelos de producción. En el manifiesto de los hiladores barceloneses los trabajadores expresaron su preocupación con estas palabras:

“... No comparéis nuestro trabajo con el de la generalidad de los artesanos; porque no es tan monótono, ni tan pesado, ni se verifica bajo unas condiciones tan poco higiénicas y tan repugnantes como el nuestro. Nuestro

trabajo nos acaba física y moralmente. El obrero artesano, en general, comparte su trabajo con el maestro; hay entre ellos relaciones de igualdad, algunas veces son amigos; su trabajo tal vez de más difícil ejecución que el nuestro, tiene el aliciente de la variedad y el atractivo de la aprobación de los demás. Nuestro trabajo se verifica bajo opuestas condiciones. Metidos en grandes cuadras, en donde impera una severa disciplina, parecemos un rebaño de esclavos sujetos a la vara del señor; colocados junto a las máquinas, somos los servidores de éstas; desde las cinco de la mañana hasta las siete y media de la tarde; siempre hacemos lo mismo. Para nosotros, lejos de ser el fabricante nuestro igual, es el ojo vigilante y espía de nuestras acciones; nunca trabajamos bastante, siempre descontento de nosotros, no podemos menos de ver en él nuestro tirano...” (De Francisco, 2006a, p.100).

Los trabajadores reivindicaban su salud laboral a finales del siglo XIX, debido a que en sus procesos de subjetivización se reconocían formando parte de una clase trabajadora, brutalmente explotada. Fue por ello que centraron sus demandas hacia las terribles condiciones del trabajo infantil y hacia mejores condiciones salariales y de salubridad. De Francisco (2004) nos recordaba la situación de las minas de carbón en las que el 50% de los mineros eran niños que cargaban a la espalda sacos de hasta 20 kg. Si tenemos en cuenta que efectuaban por término medio unos 90 viajes por una galería inclinada y subterránea de unos 100 metros de longitud, podremos hacernos una idea del sufrimiento físico y mental al que se vieron expuestas estas criaturas. En este punto debo aclarar, que no pienso ocultar desde un lenguaje acorde con la ortodoxia que viene siendo habitual en la academia, una realidad, que como ya vimos en el apartado anterior, se sigue repitiendo en nuestros días en las minas africanas y en las fábricas y talleres asiáticos, regentados por empresas occidentales. Para seguirles la pista, sólo tenemos que entrar en las tiendas de telefonía móvil, de moda, o en las lujosas joyerías situadas en las avenidas más lujosas de nuestras ciudades.

Muchos recordamos todavía el accidente ocurrido el 24 de abril de 2013 que provocó 1127 muertos en Bangladesh por el derrumbe del edificio Rana Plaza, en la ciudad de Saba. Probablemente serán menos aquellos que recuerden el desplome de otro

taller de costura en 2005, que causó 65 muertos en la misma ciudad, y menos aun los que rememoren el incendio de la fábrica textil KTS, en febrero de 2006 en Chittagogn, al sureste del país, que se saldó con la muerte de 50 maquiladoras textiles. En 2012 en las fábricas de Ashulia, en la periferia de la capital, murieron 100 trabajadoras; Inditex (propietario de la marca Zara), Gap, El Corte Inglés, Primark, Bon Marché, Benetton, Cato Fashion, Mango, Children's Place, entre otras, utilizan a la población bangladesí, china, india, marroquí o pakistaní, sólo por nombrar algunos países, con la finalidad de reducir costes, disminuir los riesgos y aumentar la flexibilidad organizativa. A estas cifras debemos añadir las secuelas provocadas por jornadas laborales, que en ocasiones llegan a las 12 horas, las de la exposición a tóxicos, y las causadas por el manejo de maquinaria pesada, sólo por citar algunos. Estos datos sacan a la luz una catástrofe humanitaria de proporciones similares a los campos de exterminio nazis o a las condiciones manchesterianas del siglo XIX. Es nuestra opinión, en contra de lo señalado por Paul Samuelson, que los efectos de la deslocalización son negativos, tanto para los países pobres como para los del Norte. En estos últimos, debido a la pérdida de capital por desinversión, y a las pérdidas de empleo en los sectores con menos cualificación.

Si el daño laboral alcanza cifras inconmensurables, no es descabellado pensar que la medicina no fue concebida para dar una respuesta eficaz al sufrimiento del que se nutre un modelo económico, que al fin y al cabo la contiene y la sustenta. Por otro lado, nada parece apuntar al desconocimiento de estas prácticas por las democracias occidentales, ya sea en la modalidad offshoring o en la práctica generalizada del outsourcing.

Llegados a este punto es preciso señalar la contención que caracteriza a la clase obrera actual si la comparamos con los movimientos sociales del siglo XIX. Engels (1994), en el prólogo a la *situación de la clase obrera en Inglaterra*, se refirió a ellos señalándolos como la respuesta dada a la penosa situación de las condiciones de vida del proletariado inglés. El autor escribió su obra después de un meticuloso trabajo de campo, en el que se situó como *observador participante*. Si hablo de Engels como si lo hiciera de un antropólogo, es porque al igual que Ramazzini, él también se sumergió en los modos de vida de los trabajadores. La antropología, con las excepciones de

americanistas, africanistas y de los antropólogos médicos, entre las más celebradas, ha presentado cierta inclinación a la folklorización de la cultura occidental, olvidando el sufrimiento de los pueblos europeos.

Engels (1994) se refirió al uso de la metodología etnográfica en su trabajo con estas palabras:

“Durante 21 meses he tenido la ocasión de ir conociendo al proletariado inglés, he visto de cerca sus esfuerzos, sus penas y sus alegrías, lo he tratado personalmente, a la vez que he completado estas observaciones utilizando las fuentes autorizadas indispensables. Lo que he visto, oído y leído lo he utilizado en la presente obra.” (p.5).

El autor continúa afirmando que fue el maquinismo quien provocó un agravamiento de la salud de los trabajadores, debido a las dinámicas competitivas en las que se fundamentaba el trabajo. Y en este sentido explicó:

“Los obreros vivían una existencia enteramente soportable y llevaban una vida honesta y tan tranquila [...]; su situación material era mucho mejor que aquella de sus sucesores; ellos no tenían necesidad alguna de matarse en el trabajo [...] y sin embargo ganaban lo suficiente para cubrir sus necesidades, tenían tiempo para un trabajo sano [...] y podían participar en las diversiones y juegos de sus vecinos, y todos estos juegos [...] contribuían al mantenimiento de su salud y a su desarrollo físico [...] Los niños crecían respirando el aire puro del campo, y si llegaban a ayudar a sus padres en el trabajo, era sólo de vez en cuando, y no era una cuestión de una jornada de trabajo de 8 ó 12 horas.” (Engels, 1994, pp. 42-43).

Resulta reveladora su afirmación sobre el empleo de narcóticos para tranquilizar a unos niños, que en muchos casos trabajaban desde los 5 años. El filósofo alemán citó al Dr. Loudin, para evidenciar los centenares de deformaciones del fémur y de columna debidas a la actividad laboral de los niños trabajadores. Sobre las consecuencias del trabajo fabril, enumeró las derivadas de sincronizar los esfuerzos físicos e intelectuales con los movimientos de las máquinas y la privación de sueño. Una mención especial se merecen los dolores y las enfermedades generalizadas por el

polvo de acero, la humedad, los agentes químicos, la falta de luz, las posturas forzadas y la insalubridad y miseria en la que se desarrollaba la vida de los trabajadores (Engels, 1994).

Como podemos imaginar, el sufrimiento laboral en las fábricas no substituyó, sino que se sumó, al causado por la agricultura, produciendo una diversificación del sufrimiento que, como veremos en el siguiente apartado, abarcó a un número cada vez mayor de ámbitos de la vida. Si esto fue posible, fue debido a la radicalización del individualismo y a la introducción, desde el sistema económico, de nuevos elementos motivacionales y de sofisticadas técnicas de control.

En el último siglo, el trabajo ha ocupado un lugar cada vez más central en las sociedades modernas. El progreso insignia de la sociedad occidental, se ha construido sobre los cimientos del trabajo. Estos *avances* han configurado nuevos modos y nuevas formas de gestionar el sufrimiento, que a la postre ellos mismos han contribuido a aumentar. La noción misma de trabajo se ha visto redefinida, al sumarle al plano tradicional de funcionalidad material, el más actual de identidad personal y reconocimiento social, en clara correspondencia con las lógicas de acumulación impuestas por el capitalismo fordista.

Fue a finales de la Edad Media, bajo los postulados calvinistas y luteranos, cuando se presentó el trabajo como un requisito para alcanzar el éxito y como un signo de haber sido elegido por el poder divino. Este punto de inflexión, se produjo a partir de la Reforma, momento en el que el trabajo dejó de ser un castigo divino para, de la mano de las clases burguesas y del protestantismo, pasar a ser ensalzado, dejando atrás la seguridad y el conformismo defendido por los católicos. Max Weber (1979) afirmó cómo el énfasis protestante no se situó en la doctrina, sino en la conducta de las personas. De este modo, la laboriosidad, el riesgo, el método y la vigilancia de los preceptos inculcados por el protestantismo, contribuyeron, a su juicio, a que el capitalismo floreciera con mayor impulso en los países protestantes.

La idea de que el hombre debe recorrer en solitario su camino según la voluntad de Dios, fue uno de los ingredientes principales, para el desarrollo del capitalismo y del individualismo.

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes porque Jehová tu Dios será contigo en donde quiera que fueses.” (Josué 1:9).

Puede que la explicación weberiana no sea suficiente, pero considero que junto con la materialista, puede constituir una referencia sustanciosa acerca de un fenómeno, el del capitalismo, en el que el daño laboral se perfiló como uno de sus ingredientes principales.

El trabajo no tardó en establecerse como actividad medular en el nuevo modelo sociopolítico iniciado con la revolución industrial, y por extensión como elemento nuclear de la cultura occidental, determinando nuevas formas de comprender y explicar la naturaleza de las cosas. Con el capitalismo, el trabajo se trasformó en una cualidad intrínseca e inherente al ser humano, olvidando su naturaleza cultural. Gorz (1995) lo refleja con estas palabras:

“Lo que nosotros denominamos trabajo es una invención de la Modernidad. La forma en que lo conocemos, lo practicamos y lo situamos en el centro de la vida individual y social fue inventado y luego generalizado con el industrialismo.” (p. 164).

El trabajo no sólo contribuye a generar riqueza, sino que cobra un sentido identitario al funcionar como un elemento cultural clasificatorio. En definitiva la revolución industrial, supuso una transformación radical de las tradicionales formas de vida, y más tarde la percepción del trabajo asalariado como una pasarela para dejar atrás los sufrimientos del trabajo agrícola.

4. 3. Tiempos modernos. Entre consumidores y consumidos.

4.3.1 Del taylorismo al neoliberalismo postfordista.

La cadena de montaje de la que ya hemos hablado, hizo su aparición en España en la década de los años 50 del siglo XX, paradójicamente coincidiendo con la crisis del modelo fordista en Occidente. Entre sus principales consecuencias, cabe destacar el éxodo migratorio, favorecido por el paro rural fruto de la mecanización del campo. Fue

así como se inició el primer periodo de lo que podríamos denominar, retomando el concepto de Franco Berardi (2003) ¹⁶, *ideología felicista*. Fue así, cómo los antiguos trabajadores agrícolas españoles, centraron sus expectativas en los nuevos modelos de producción.

En España, el fracaso de la política intervencionista a favor de autarquía, marcó el inicio del Plan de Estabilización de 1959, con el que se inició la liberalización de la economía y su apertura al exterior. A partir de su implementación, el crecimiento industrial ascendió a un ritmo del 6,6% anual entre 1951 y 1955, y del 7,7% en los cinco años siguientes. Las devaluaciones de la peseta, entre 1948 y 1951 frente al dólar, favorecieron la inversión privada y el aumento de las exportaciones. Los costes sociales se hicieron notar, debido a la recesión que siguió a las medidas liberalizadoras, las cuáles motivaron que 3,4 millones de españoles, salieran del país buscando trabajo en el exterior. De la mano del Plan de Estabilización, España se reincorporó a la economía internacional, mediante la apertura comercial y financiera a los activos internacionales. En nuestro país el fordismo se vio influenciado por los acontecimientos internos derivados de un régimen dictatorial y autárquico y por los modelos empresariales establecidos a comienzos del siglo XX en Estados Unidos, Gran Bretaña, Alemania y Francia. Producto de todo ello fue el éxodo rural que condujo a la población agraria al centro del paradigma fordista, caracterizado como en el resto de países occidentales, por la producción en cadena, el establecimiento de una jerarquía estricta y la necesidad de personal poco cualificado.

Durante los años sesenta se extendieron de modo muy amplio y rápidamente, dos mecanismos que determinaron nuevas patologías laborales vinculadas con el estrés y la depresión; me refiero al cronometraje y a una jerarquización de la plantilla a través de la *valoración de puestos de trabajo*. Esto sirvió de base para la asignación de salarios diferenciados. El cronometraje condujo a una escala precisa e individualizada de control del rendimiento, estableciendo una solución de continuidad entre rendimiento y salario,

¹⁶ En su obra *La fábrica de la infelicidad*, Franco Berardi afirma que, si bien la era de la *new economy* se establece sobre el discurso de la felicidad individual y el éxito personal, la realidad por el contrario, es que millones de trabajadores sufren estrés y sobreexplotación laboral. Esto es posible gracias al impulso de la ideología felicista establecida al amparo de los nuevos modelos productivos. Esto no vendría a ser otra cosa, que la imposición de un optimismo forzado y economicista.

que en el caso español se caracterizó por la baja proporción entre el salario base y el salario directo total (Babiano Mora, 1993). Este resultado se tradujo, en una notable intensificación del trabajo y en el reforzamiento disciplinario de la producción impuesto por el ritmo de las máquinas. Este último actuó como un elemento de vigilancia, con el objetivo de hacer frente a la competencia intercapitalista. Teniendo en cuenta las dificultades para la acción colectiva propias de la dictadura, los obreros sólo disponían para conseguir aumentos salariales, de la posibilidad de incrementar su rendimiento elevando su ritmo de producción. Al mismo tiempo, la nueva identidad adquirida por el acceso al consumo, les sirvió de estímulo para hacer horas extraordinarias, y en no pocas ocasiones, para duplicar su jornada laboral. Trabajar en una fábrica por la mañana y de vigilante de obra por la noche, fue una práctica común a muchos trabajadodes, a comienzos de los años 70. Nos recuerda el autor, la intensa actividad constructora de una época que llevó a nuestro país, ya en 1975, a ser el segundo con mayor actividad constructora en el ámbito de la Comunidad Económica Europea (CEE). Por primera vez comenzó a generalizarse la adquisición de vivienda entre la clase trabajadora y lo hizo, como ha ocurrido en los años previos al estallido de la burbuja inmobiliaria, por razones de *disciplina social* (Lipovsky, 2003). Las deudas a largo plazo, constituyeron un mecanismo de adhesión con la garantía del propio cuerpo como herramienta ineludible, iniciándose un *proceso de bioterritorialización* (Antón y Martín Consuegra, 2013), en el que la intensidad productiva y las necesidades de consumo, necesitaban el aval del cuerpo, para garantizar los pagos aplazados. No quedaba otra opción que pasar por alto, naturalizándolas, las patologías concomitantes a los nuevos modelos de producción, con el agravante de que las dolencias psíquicas escapan a las tecnologías propias de la MBE.

Por otro lado la incorporación de la mujer al trabajo, en la mayoría de los casos en talleres de confección o como asistentes, contribuyó a proporcionar nuevas vías de ingresos y con ellas nuevos modelos productivos dentro de la familia. Estos cambios se caracterizaron por la ausencia de todos los miembros de la casa, desde los más pequeños a los mayores, del domicilio familiar. Si bien es verdad que el nuevo modelo económico favoreció la incorporación de la mujer al mercado laboral, también lo fue que ello se produjo con la finalidad de aumentar el potencial de consumo de la familia, motivo éste, por el que se derogó la orden del 27 de diciembre de 1938 que prohibía trabajar a las mujeres casadas, dando paso tras el Plan de Estabilización, a la

ley del 26 de Julio de 1961 por la que se suprimió dicha prohibición. A pesar de todo, el trabajo de las mujeres se centró, y lo sigue estando en la actualidad, en aquellos sectores tradicionalmente más feminizados del mercado laboral: textil, alimentación y comercio.

En el mismo periodo se produjo un incremento de la presencia de la mujer en la industria, pero la realidad fue, que la mayor parte de las veces ni siquiera la vivienda fue un lugar de *no trabajo*, sirviendo muchas veces para los trabajos no regularizados, sobre todo en el ámbito del sector textil. En este marco el tiempo de trabajo pasó a ser hegemónico debido a la urgencia de los pagos aplazados: la hipoteca de la casa, la lavadora, el frigorífico, la televisión y el coche. Todos ellos constituían los símbolos en torno a los que se articuló la esfera del consumo en la vida privada. Estas dinámicas condujeron a un individualismo crecientemente radicalizado y se transformaron en un elemento de control y en un obstáculo para la solidaridad.

El paternalismo del régimen franquista, unido a la represión y al fetichismo creado en torno a la mercancía, fueron los elementos sobre los que se sustentó un estado de auto-alejamiento en el que el yo quedó disciplinado, no sólo a través del consumo, sino por las tecnologías *psi* (Lipovetsky, 2003), a las que nosotros identificamos con la ideología que caracterizó, desde sus inicios, a la denominada *psicología positiva*. Esta subdisciplina fue decisiva para introducir a la población en la carrera por el *nivel de vida*, que no vendría a ser otra cosa que la lucha por el acceder a las múltiples caras del consumo. En este sentido podemos afirmar que la era del consumo separó al individuo de su tierra, al reducirlos, los vínculos de parentesco, e introdujo la idea de que la velocidad y el cambio eran signos de un tiempo nuevo, establecido en torno a estándares de información y consumo.

Todo lo anterior fue el símbolo que dejaba atrás un pasado estratificado socialmente, marcado por la escasez y la desigualdad. La obsolescencia programada se extendió, no solo a los productos, sino a las relaciones, a la ética, a la pareja, al trabajo y sobre todo a la salud. Todo ello quedó establecido sobre la base de una microfísica emancipatoria, que había configurado el eje central de la *ideología del trabajo*, desde el fordismo a la crisis postfordista. En un mundo caracterizado por las elecciones múltiples, el trabajo se estableció en el orden de lo religioso, y en un pilar social en torno al que se generó una multiplicidad de personalidades individuales y disciplinadas.

Cabe señalar que por primera vez los hijos del fordismo y del campesinado español pisaron la universidad con el anhelo de sus padres puesto en un cambio generacional. Este cambio vendría a través del trabajo cualificado y bien remunerado de sus hijos. Muchos lo conseguimos, pero muchos otros se encontraron con un fenómeno, que quedó reflejado en las pirámides de población de la época. Me refiero al consumo de heroína en la década de los 70 del siglo pasado. Si lo menciono, es porque es indiscutible su vinculación con un nuevo modelo sociolaboral, en el que la familia había perdido su función de referencia y los vínculos del pueblo fueron sustituido por el desarraigo propio de los suburbios. Por otro lado en la periferia de las ciudades, el vínculo identitario que determinaba el lugar de procedencia, quedó neutralizado por una subcultura creada sobre las bases de la inmediatez, el individualismo y la fugacidad. Todo ello al mismo tiempo que se creaba una nutrida legislación en materia de salud laboral, dentro y fuera de nuestro país.

En este proceso las relaciones laborales pasaron de la confianza mutua y de la complicidad de aquellos que se conocían de toda la vida, a vínculos débiles marcados por el ritmo de las exigencias productivas de la empresa. La lealtad y el compromiso dieron paso a la competencia y al desapego. Los hijos vivieron expuestos a un contexto desconocido en el que prendió con facilidad la mecha de la heroína. Con todas las excepciones que se quiera, la heroína se llevó por delante a los hijos del desarrollismo, víctimas a su vez de un nuevo modelo que no tenía nada que ofrecerles. El desempleo y sus consecuencias para la salud, hicieron acto de presencia, al mismo tiempo que en 1973 comenzaban a circular las primeras partidas de heroína en Madrid. Se creó una red clandestina de tráfico de drogas, que tuvo como principal objetivo la periferia de las ciudades y aquellos sectores más perjudicados por las reconversiones industriales. En el libro *Para que no me olvides*, las madres unidas contra la droga relatan cómo Vallecas, uno de los barrios obreros más reivindicativos de Madrid, se vio neutralizado por la heroína y por el SIDA (Serrano, 1997). Su tesis la basan en la alta tolerancia presentada por los poderes públicos a este fenómeno. Las madres defienden, que si esto se produjo, fue con la finalidad de silenciar a una generación de jóvenes descontentos, desanimados y potencialmente reivindicativos. Su argumentación la establecieron en base a la inacción y al silencio de la policía cuando ellas les mostraban las listas de los principales puntos de venta de droga en la capital. En la presentación del libro, el

viernes 18 de enero de 2007 en la Parroquia de San Carlos Borromeo, las madres afirmaron:

“Lo que pretendemos con este libro es comentar de viva voz, desde nuestras entrañas, que aquí, en el Estado Español, se ha producido un exterminio.”

Pensar que nada tuvieron que ver las condiciones socio-laborales que rodearon a los trabajadores del éxodo migratorio, supone volver de nuevo la mirada al fatalismo del destino. Las autoridades sanitarias señalaron a la labilidad emocional y familiar del drogadicto, a sus características personales, a su falta de voluntad y a las peculiaridades de su entorno socio-familiar, como las principales responsables de esta lacra. En este contexto, las relaciones sociales pasaron de ser perdurables en el pueblo, a convertirse en episódicas en la ciudad. Esto fue debido, a un tiempo fragmentado que dificultaba, cuando no impedía, el establecimiento de relaciones duraderas.

Afirmaba Adam Smith (1958), que en el trabajo industrial la falta de control sobre el propio tiempo, suponía la muerte mental y/o psicológica de los trabajadores. El autor afirmaba que el progreso económico y material, se produjo a costa del progreso moral y de la salud de los trabajadores. La compasión, la solidaridad y los vínculos afectivos y emocionales de los pueblos, se vieron seriamente erosionados en la ciudad, tanto dentro como fuera del núcleo familiar. Este fue el escenario en el que comenzó una de las pandemias más devastadoras de la historia de la humanidad, me refiero a la tristeza y a la apatía por lo hermoso de la vida. Desde la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se le denomina como: *Trastorno de Personalidad Ansioso Depresivo*.

Durante casi cuatro décadas de democracia, el fordismo característico de los años cincuenta y sesenta evolucionó hacia nuevos modelos productivos surgidos al amparo de la urbanización extrema y de la consolidación de un modelo neoliberal que impuso nuevas formas de organización en el trabajo. Al suprimir la necesidad de destreza en la mano de obra, el fordismo inició un capítulo en el sistema productivo, en el que cualquier trabajador pasó a ser reemplazable. Esta consideración es importante para determinar la influencia de la actividad laboral sobre la salud de los trabajadores. Con el transportador en cadena, al antiguo campesino transformado en asalariado, sólo

le quedó ajustar su ritmo de trabajo a las demandas productivas, que a su vez vendrían determinadas en función de los salarios del mercado. La ecuación quedaba establecida por la relación entre la variable (x) salario y la variable (y) productos consumidos. Al focalizar toda la atención en la variable (y), pasaron desapercibidas las condiciones de la variable (w), trabajo, por lo que los trabajadores difícilmente podían establecer la relación entre su actividad laboral (w) y su salud. El nexo quedó establecido entre el salario percibido y los productos adquiridos gracias al mismo.

Afirma José Antonio Zamora (2012):

“En el momento en que para la mayoría de la población en las sociedades capitalistas desarrolladas las necesidades fundamentales estaban cubiertas, el mercado empezó a convertirse en un lugar de seducción. Los consumidores no solo debían ser abastecidos con bienes necesarios, sino seducidos para comprar productos prescindibles y superfluos por medio de la publicidad que les presentaba sus <<verdaderos deseos>>. De esta manera ha sido posible convertir productos superfluos en objetos imprescindibles de la vida cotidiana.” (p.31).

Fue la transformación de lo accesorio en necesario, la que determinó un punto de inflexión en lo que a la aceptación del sufrimiento laboral. De esta manera todos los indicadores de buena salud, quedaron subordinados a las nuevas necesidades de consumo.

En el año 1979, el curriculum de la Licenciatura de Psicología en la UCM puso su énfasis en las bases biológicas del comportamiento y en las técnicas de modificación de conducta, como principal opción terapéutica. A los alumnos se nos presentaba el psicoanálisis como un planteamiento epistémico, caduco y superado debido a su falta de evidencia empírica. Comenzaba así el camino de lo que hoy se denomina Psicología Basada en la Evidencia (PCBE). Hacía ya más de dos décadas, que el conductismo norteamericano había sentado las bases del condicionamiento humano, a partir de la reflexología rusa y del condicionamiento animal. Años más tarde se produjo un giro cognitivista, que sigue plenamente vigente en la actualidad. Ni a la publicidad, ni tampoco a los mercados financieros, les pasaron desapercibidas las posibilidades que

les ofrecía la ingeniería de la conducta para favorecer sus intereses. Estímulos cada vez más sofisticados, como el Seat 600, la televisión o la vivienda propia, fueron modificando el comportamiento de los trabajadores, subordinándolo a las necesidades establecidas desde los mercados.

El fordismo que tanto satisfizo a trabajadores y empresarios, llegaría a su fin, en parte, debido a que las políticas expansivas de demanda no fueron suficientes para absorber los stocks, y en parte también por el rechazo de los trabajadores hacia un sistema que no valoraba su cualificación. Sin embargo, fue la incapacidad de mantener una demanda cada vez más diversificada, lo que provocó el final de un modelo de trabajo que se implementó en España entre 1940 y 1970, coincidiendo con su declive en el resto de países industrializados.

En España el fordismo dejó a un 83% de los hogares con televisión en color, pero sobre todo nos dejó una visión de la economía vinculada a la Teoría Neoclásica. Nos referimos a sus afirmaciones sobre que las necesidades humanas pueden crecer hasta el infinito. El modelo neoclásico consiguió transformar la economía en un ámbito de estudio, *Economics*, independiente del contexto en el que se desarrolla. Polanyi (2007), por el contrario defendió, que la escasez no es una característica del ser humano, sino una condición inseparable de la economía capitalista, replanteándose de esta manera la economía occidental como un hecho puntual asociado a un modelo económico e histórico determinado.

4.3.2 El sufrimiento laboral como epistemología de la crisis. Una guerra con víctimas mortales.

La recesión económica producida en 1973, debido al incremento del precio del petróleo, culminó con un aumento de las tasas de interés que terminó por regular los flujos financieros a escala mundial. Esta circunstancia fue el primer síntoma, de un proceso de autólisis del capitalismo, del que la crisis actual sería una consecuencia episódica, y a la vez, un síntoma de su gravedad.

La respuesta de Thatcher y Reagan al déficit mediante la desregularización del mercado laboral y las privatizaciones en el sector público, implementaron las tesis de

Milton Friedman, que señalaban al Estado de bienestar, como una amenaza para el desarrollo del capitalismo. Para este autor el Estado, al garantizar los derechos sociales y laborales, contribuye al estancamiento social y económico. Éstas son las señas de identidad del neoliberalismo postfordista en el que nos encontramos en la actualidad, y desde el que se subordinan los derechos y las garantías individuales a los vaivenes y a los intereses de los mercados.

La globalización no sólo ha supuesto una merma para la autonomía de los Estados, sino que a través del *fracking económico*, ha generado un aumento de la distancia entre el Norte y el Sur, y ha dividido a las sociedades occidentales entre una masa de desempleados y asalariados precarizados, y una minoría de tecnócratas, grandes propietarios, inversores y ejecutivos, que controlan, establecen y modifican el destino de las personas.

Desde el lunes 22 de enero de 2008, día en el que se produjo el derrumbe de los mercados de Europa y Asia, en los informativos de las principales cadenas, comenzaron a ser habituales los siguientes términos: crisis, recesión, recortes, deuda, subprime, pánico, pérdidas, cajas de ahorro, preferentes, mercados, Euribor, tarjetas black, paro, 15-M, externalización, desafección política, desconfianza, corrupción, emigración, rescates, desahucios, paraísos fiscales, dinero negro, Gürtel, amnistía fiscal, justicia, abdicación, Ciudadanos, Podemos,... Estos términos se incorporaron a la vida cotidiana, democratizando una jerga económica y anunciando un cambio político como consecuencia del sufrimiento generado por la crisis económica. A pesar de que las numerosas plataformas de afectados visibilizaron los padecimientos de buen número de españoles, los medios de comunicación vinculados al poder, pulverizaron al convertirlo en unidades individuales, el sufrimiento que la crisis infligía a buen número de españoles.

Wolfgang Streeck (2011), señaló a la academia como responsable de impulsar la falsa creencia de un equilibrio económico y social, en el que las crisis serían simples ajustes superficiales del sistema económico. El autor acuñó el término de *capitalismo democrático*, para referirse a la reciprocidad entre el modelo democrático occidental y los intereses del sistema económico capitalista, quien en última instancia será el que marque el rumbo de los Estados. Streeck consideró que el *capitalismo democrático*,

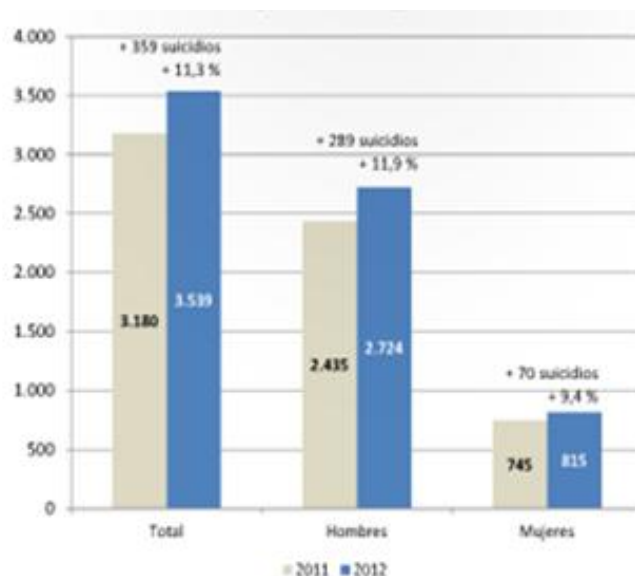
impulsado por Occidente tras la Segunda Guerra Mundial, está dando síntomas de que las desviaciones a las que se refiere la academia en las facultades de economía, no son tan superficiales como nos dan a entender, sino que nos encontramos frente a un tsunami financiero, síntoma de que el sistema económico no se autorregula a través de la mano invisible a la que se refirió Adam Smith. Estos desajustes, están poniendo en peligro el Estado de bienestar, verdadera seña de identidad de las democracias occidentales.

Dávila Quintana y González López-Varcárcel (2009), consideran que es conveniente diferenciar los efectos a corto y largo plazo de la crisis sobre la salud, y reconocen que la mala salud de un adulto puede ser la consecuencia de las privaciones y el esfuerzo realizado en la infancia. Por nuestra parte, consideramos que el desempleo contribuye a aumentar los problemas de salud y a un incremento de la mortalidad asociado al suicidio. A ello debemos añadir el aumento de las enfermedades cardiovasculares y mentales, así como un incremento de la violencia, la marginalidad y la exclusión social. A pesar de ello, los estudios de Deaton y Paxson (2001), demuestran que la salud mejora en tiempos de crisis y empeora en tiempos de bonanza económica. En nuestra opinión estos resultados, lejos de ser contradictorios, vendrían a confirmar que tanto el trabajo como el desempleo, pueden constituir factores de riesgo para la salud. Recordemos en este sentido, las circunstancias que rodearon la vida de los *commuters* manchegos en el mercado madrileño de la construcción en la época de bonanza económica. En el momento actual, al desarraigo de antaño, se les suman ahora las consecuencias del desempleo y la caída de los salarios de los últimos años.

Es necesario hablar por lo tanto, de la incidencia sobre la salud de un modelo económico, el capitalismo, que genera ciclos de bonanza y de crisis, 447 desde 1970 a 2008, según datos del Fondo Monetario Internacional (FMI). Esta cifra es el resultado de sumar las crisis bancarias, las devaluaciones de moneda, las de deuda externa o las combinaciones que pueden establecerse entre todas ellas. Todo ello sin olvidar los datos del INE sobre suicidios, según los cuales en el año 2012, 3.539 personas (2724 hombres y 815 mujeres), decidieron poner fin a su vida. Se trató del número más elevado de defunciones por causa de muerte de la historia del INE, con un aumento del 11,3%

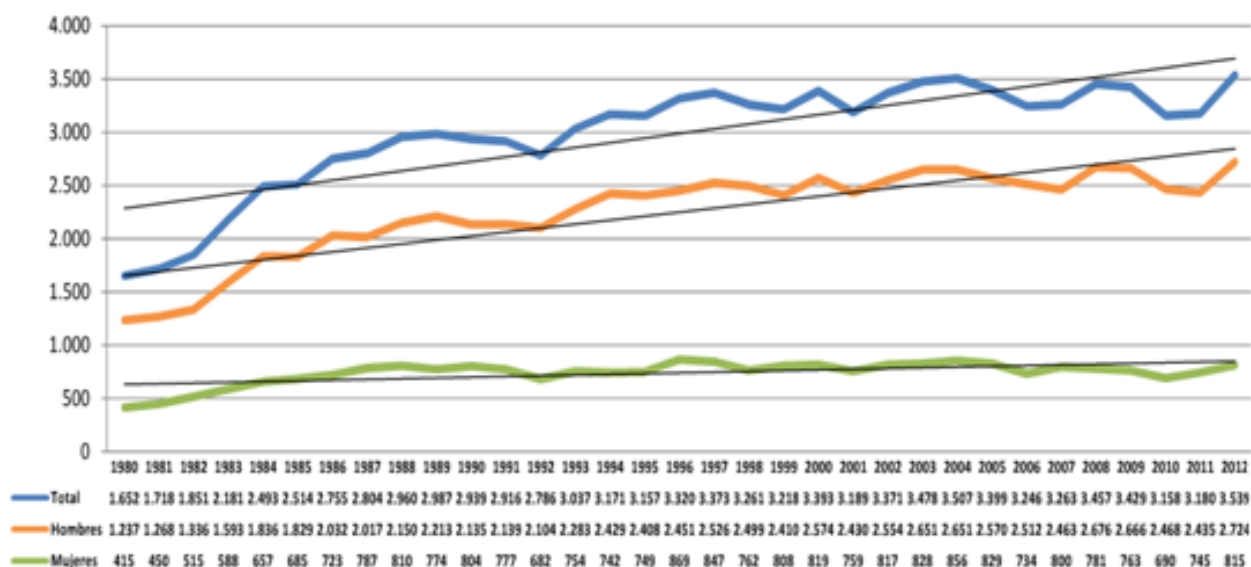
respecto al 2011, que representa la cifra de 589 muertes más, como podemos ver reflejado en las Gráficas 9 y 10.

Gráfica 9. Número de suicidios por sexo. España, 2011-2012



Fuente: INE, 2014b, p.4.

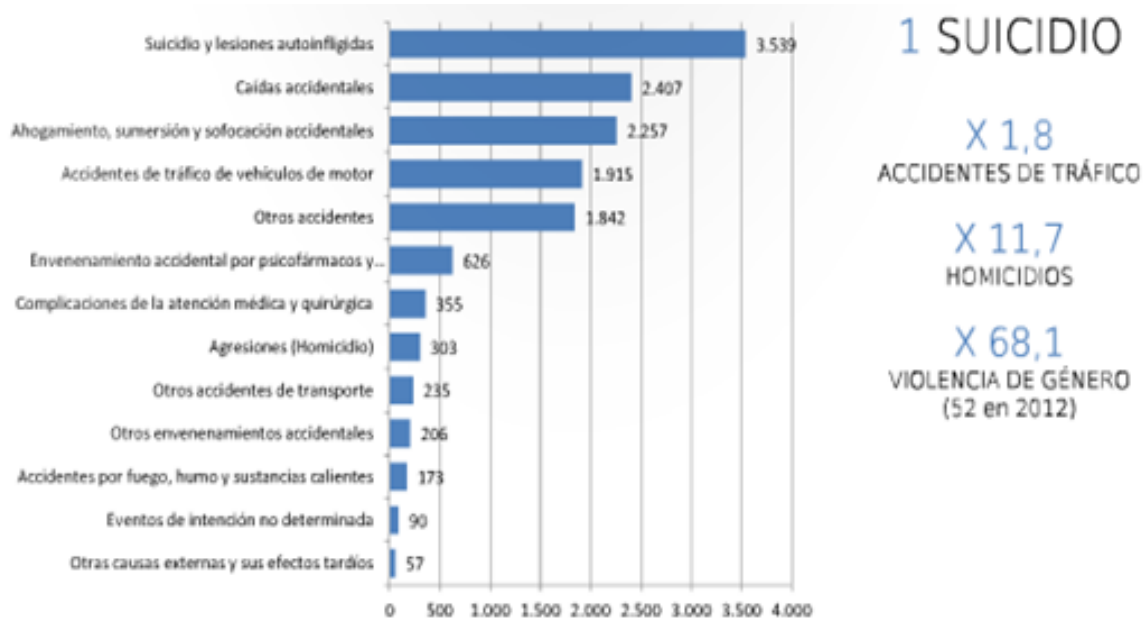
Gráfica 10. Número de suicidios por sexo. España, 1980-2012



Fuente: INE, 2014b, p.3.

A continuación podemos observar, (ver Gráfica 11), cómo el número de muertes por suicidio y lesiones autoinfligidas, duplica a las víctimas mortales en accidentes de tráfico. Podemos comprobar, que mientras las últimas presentan una tendencia descendente, en las primeras se mantiene la tendencia alcista, y ello a pesar del silencio impuesto bajo la presunción del efecto llamada. A nuestro juicio, este silencio contribuye a estigmatizar y patologizar un sufrimiento cuyo origen, en no pocas ocasiones, se encuentra vinculado con el drama personal de la pobreza y la precariedad.

Gráfica 11. Número de muertes por causas externas. España, 2012



Fuente: INE, 2014b, p.5.

Consideramos que no tener en cuenta el derrumbe de la burbuja inmobiliaria, en un país en el que la construcción ha sido el pilar de gran parte de los sectores productivos, contribuye a invisibilizar las condiciones sociales, económicas y personales, en las que se encontraban las víctimas de estas dinámicas.

El movimiento 15-M, en el año 2007, documentó con nombres y apellidos 27 víctimas mortales directamente relacionadas con la crisis económica. La mayor parte de ellas se quitó la vida cuando iban a ser desahuciadas. Quiero destacar, por estar directamente relacionadas con esta investigación, aquellas víctimas que previamente

habían sufrido un expediente de regulación de empleo (ERE), impago de nóminas, despidos y/o explotación laboral, que ascendieron en el año 2013, a 34. Esta cifra no puede ser considerada en toda su dimensión, si tenemos en cuenta la dificultad para sacar a la luz las circunstancias de las que fracasaron en el intento por quitarse la vida.

La crisis económica ha puesto de relieve un drama sacado a la luz por Dejours y Bègue (2010), en su obra *Trabajo y Suicidio*, que bien merecería un espacio dentro de la medicina laboral. Los autores afirman, que las escuelas, los hospitales, las obras, la industria, o los servicios, han sido el escenario de los suicidios de parte de sus trabajadores. En muchas de estas situaciones, los compañeros sienten malestar por situarse entre las personas más cercanas a la víctima, mientras que la dirección de las empresas busca librarse de responsabilidades, atribuyendo al suicida psicopatologías y conflictos en el ámbito de su vida privada. Los autores consideran que los médicos del trabajo, en muchas ocasiones se ven presionados para que no se posicionen en un sentido contrario al de los intereses de las empresas, por lo que sufren a su vez la ansiedad propia de la carga emocional que les supone la dificultad de resolver estos casos sin coacciones.

El psiquiatra francés, afirma que los gestos suicidas son frecuentes en las poblaciones afectadas por el paro y que constituyen una vía de escape para los problemas laborales, tanto de obreros y técnicos, como de médicos, profesores y ejecutivos. Además los considera una clara expresión de que las conductas de ayuda mutua, comunicación y solidaridad, están desapareciendo, a favor del individualismo y del sálvese quien pueda, propio de la nueva cultura del trabajo. Por otro lado, responsabilizar del suicidio a la labilidad psicológica de la víctima, supone a juicio del autor, poner en marcha actuaciones orientadas a los sujetos y sortear el análisis de los elementos laborales con una fuerte carga estresora.

No podemos pasar por alto que el trabajo además de ser una fuente de ingresos, es un elemento en torno al que se tejen importantes redes de amistad, y profundos sentimientos de autoestima e identidad personal, por lo que la descomposición del mundo laboral, no sólo tiene implicaciones de tipo económico y social, sino que alcanza al ámbito más íntimo de lo emocional. Dejours y Bègue (2010) afirman:

“Muchos de los conflictos irresolubles en la economía de las relaciones domésticas tienen de hecho su origen en las obligaciones que el trabajo impone a ambos miembros de la pareja. Estos conflictos tienen [...] incidencia sobre las relaciones íntimas, eróticas y amorosas que la relacionan con el trabajo [...] y que pueden favorecer, o por el contrario, contribuyen a desestabilizar.” (pág. 28).

Los autores consideran, que la gestión por objetivos establecida como nueva doctrina de organización del trabajo y como un medio para intensificar los mecanismos de control, marcó el inicio epocal en la aparición del suicidio dentro del ámbito laboral. Estos métodos de gestión aplicados individualmente, introducen elementos de competencia entre los compañeros a través de ascensos o incentivos. Estos mecanismos también llevan asociados, falta de lealtad y la desolidaridad entre unos trabajadores, que a la postre, terminarán convertidos en adversarios. Los cinco suicidios en los talleres de Mermot a partir de la implementación del *trabajo justo a tiempo* y de la reorganización de los equipos, los 60 que ya acumula France Telecom, los 14 directamente relacionados con la Central Nuclear de Chinon en 2007, los seis ocurridos en la Peugeot en el mismo año, y los cuatro suicidios de ingenieros en el Tecnocentro de Guyancourt (Renault), dan cuenta de un problema que, más que silenciarse, debería salir a la luz para mostrar la crudeza de su realidad¹⁷. A todos ellos deberíamos añadir los ocurridos en Bangladesh, China o Camboya, sólo por citar algunos países en los que los trabajadores se encuentran sometidos a regímenes de explotación y desregularización laboral. Convengo con Dejourns y Bègue, en que estas muertes no son producto de la fatalidad, sino que se debieron a una relación de las personas con su trabajo, en términos intrínsecamente patológicos. En este sentido, la organización del trabajo puede incrementar la vulnerabilidad de los trabajadores, hasta el extremo, en ocasiones, de que no encuentren otra salida, que la de ponerle fin a su propia vida.

¹⁷ Es preciso aclarar que si me he remitido al caso francés, ha sido por no poder hacerlo al caso español. Ni en el Observatorio de Higiene y Seguridad en el Trabajo, ni las organizaciones sindicales más representativas de nuestro país (UGT y CCOO), han publicado datos referidos al suicidio relacionado con el trabajo. Por ese motivo resulta imposible realizar en España intervenciones como las de la psicóloga Florence Bègue después de los suicidios que se produjeron en los talleres de Mermot.

Las investigaciones de Amable, Benach y González (2001), y la realizada por Benavides (2009), entre otras muchas, han reflejado el impacto sobre la salud de la crisis económica. En el primer caso, los autores establecieron tres campos de interés relacionados con la precariedad laboral: el desempleo, la inseguridad laboral y los empleos temporales. En el caso del desempleo, consideraron demostrado un aumento de los problemas relacionados con la salud, el crecimiento de las tasas de mortalidad y de los ingresos en centros hospitalarios, así como un aumento de las alteraciones del ritmo del sueño, y de los problemas vinculados con el estrés y la ansiedad. En cuanto a la inseguridad en el empleo, los autores afirman que existe un paralelismo entre sus efectos y los producidos por el trabajo temporal, refiriéndose al estudio realizado por Boix y cols.(1997), en el que se demuestra que el riesgo de accidentes en los trabajadores con contratos temporales, es 2,5 veces más elevado que entre los que tienen contrato indefinido. Los autores destacan que los jóvenes menores de 19 años con un contrato temporal, tienen casi tres veces más riesgos de accidentes que las personas de la misma edad con un contrato indefinido.

En este punto es preciso volver a retomar el RD 1299/2006, incluido en la reforma de la LPRL de 1995, y destacar que buena parte de la normativa laboral ha sido redactada a sabiendas de la imposibilidad de su cumplimiento. Así lo ha manifestado Daniel Lacalle (2013), refiriéndose a la LPRL de 1995, a la que calificó como una de las mejores, si no la mejor del entorno de la Unión Europea, de no ser, según el autor, por la acción intencionada del gobierno y la patronal de boicotearla, y ello a pesar de haber sido acordada por las partes, las dos anteriores y los dos sindicatos mayoritarios. Es por este motivo que debería comprobarse si, como se indica en el RD 1299/2006, los médicos comunican a los organismos correspondientes, todos aquellos casos de los que sospechen o tengan conocimiento, del origen laboral de la enfermedad.

A la luz de los estudios mencionados, podemos afirmar que la crisis económica se ha convertido en una excusa para relajar el cumplimiento de la Ley. Ello ha sido debido a la laxitud de los empresarios, unida al miedo a perder el empleo de aquellos que todavía lo conservan. Además debemos reparar, en aquellos trabajadores que enferman como consecuencia de la de la desesperanza laboral y por su incapacidad para controlar y planificar sus procesos vitales.

Los datos aportados por Benavides (2009), basados en estudios sobre salud laboral en anteriores crisis económicas, nos indican que cuando la salida de la crisis está basada en generar precariedad en el empleo, los costes en términos de salud son elevados. Ello es debido a las dificultades que encuentran los trabajadores para ejercer su derecho de protección a la salud. Entre los grupos más vulnerables el autor sitúa a los trabajadores temporales, a los pequeños autónomos y a aquellos que realizan su trabajo dentro de la economía sumergida.

También resultan reveladores los datos aportados por la Confederación Sindical Internacional (CSI) (2014), en los que clasifica a 139 países en relación a 97 indicadores reconocidos a nivel mundial, con la finalidad de realizar una evaluación de la protección, tanto legislativa como real, de los derechos de los trabajadores. Sharan Burrow, una de las autoras de la publicación, destacó cómo en países como Grecia, Estados Unidos o Hong Kong se han precarizado en los últimos años los derechos laborales, afirmando que el grado de desarrollo de un país no es un indicador adecuado para determinar en qué medida se cumplen los derechos básicos a la negociación colectiva, a la huelga, o simplemente a afiliarse a un sindicato. Entre sus resultados destaca, cómo en 2013, en al menos 35 países, se detuvieron o encarcelaron a trabajadores como consecuencia de sus reivindicaciones sobre derechos democráticos, salariales, y sobre la defensa de condiciones laborales menos peligrosas y de empleos más seguros.

La OMS (2013), en el informe coordinado por Michael Marmot, afirmaba que la alta tasa de desempleo juvenil en España, constituye una emergencia sanitaria. El director del Instituto Internacional para la Sociedad y la Salud, alertaba sobre un aumento de los problemas mentales directamente relacionados con el paro y la precariedad laboral, al que debe añadirse una disminución en los indicadores de buena salud, y un incremento del 20%, en el número de suicidios. En el mismo sentido se expresó el profesor de la Universidad Pompeu Fabra, Joan Benach, coautor junto con otros 80 científicos, del informe coordinado por Mermot. El profesor se refería a que los desempleados, además de ser más pobres, sufren más estrés y depresiones y presentan mayores probabilidades de ser alcohólicos e incluso de muerte. El profesor también se refirió a un incremento de la vulnerabilidad en situaciones precariedad laboral, hasta el

punto de que los trabajadores han dejado de ejercer sus derechos por miedo a ser despedidos.

El impacto de la crisis sobre la salud es una realidad que se ve reflejada en un aumento del 4% de la mortalidad evitable, en el del 19,4% de las depresiones severas, en el 8,4% de los desórdenes ansiosos depresivos, y en un 4% de alcoholismo, según los datos reflejados por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), publicados en el año 2014.

A modo de conclusión, podemos afirmar que la crisis está teniendo una incidencia en la salud en general y sobre la salud laboral en particular, que ha afectado sobre todo a las clases sociales más desfavorecidas debido a la menor calidad de la alimentación, al deterioro de las condiciones laborales y a la disminución de espacios de ocio y recursos personales y sociales que, habitualmente, inciden de manera favorable en el aumento de la calidad de vida.

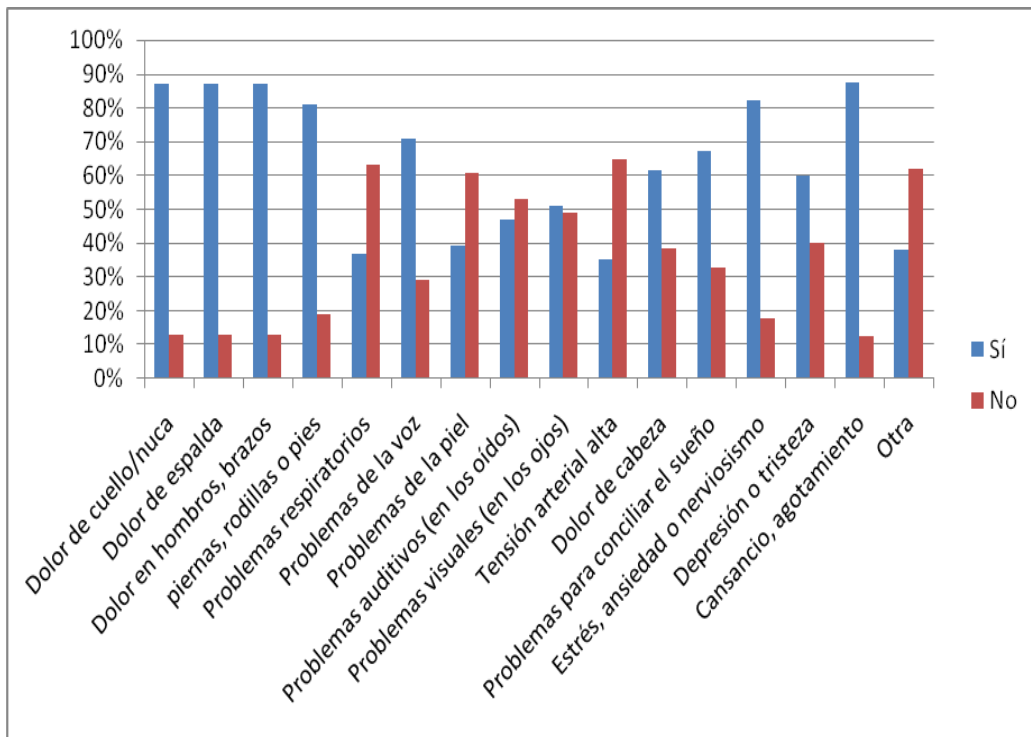
4.3.3 Las cifras del Ministerio de Empleo y Seguridad Social sobre la opinión de los trabajadores en relación a la influencia del trabajo sobre su salud.

Hemos creído oportuno, teniendo en cuenta su calidad técnica y metodológica, recoger los datos elaborados por diversos organismos públicos. Entre ellos hemos destacado los de la VII Encuesta del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), por ser un órgano científico-técnico de la Administración General del Estado. Nuestro propósito, no ha sido otro, que poder comprobar si sus resultados están en concordancia con los obtenidos en nuestra investigación. Si, como podemos comprobar, las cifras corresponden al año 2011, ello ha sido debido a que en los últimos cuatro años no se ha realizado ninguna actualización referida al tema que nos ocupa. La importancia de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, viene determinada por el hecho de que recoge el factor subjetivo, en gran medida silenciado por la biomedicina, sobre la percepción de los trabajadores en relación a la influencia que tiene el trabajo sobre su salud. A continuación, presentaremos una pequeña muestra del sondeo estadístico.

P.54. ¿Podría decirme si tiene alguno de los siguientes problemas de salud?.

B. ¿Considera que este/s problema/s de salud han sido agravado/s o producido/s por el trabajo?

Gráfica 12. Problemas de salud agravados o producidos por el trabajo.



Fuente: INSHT.

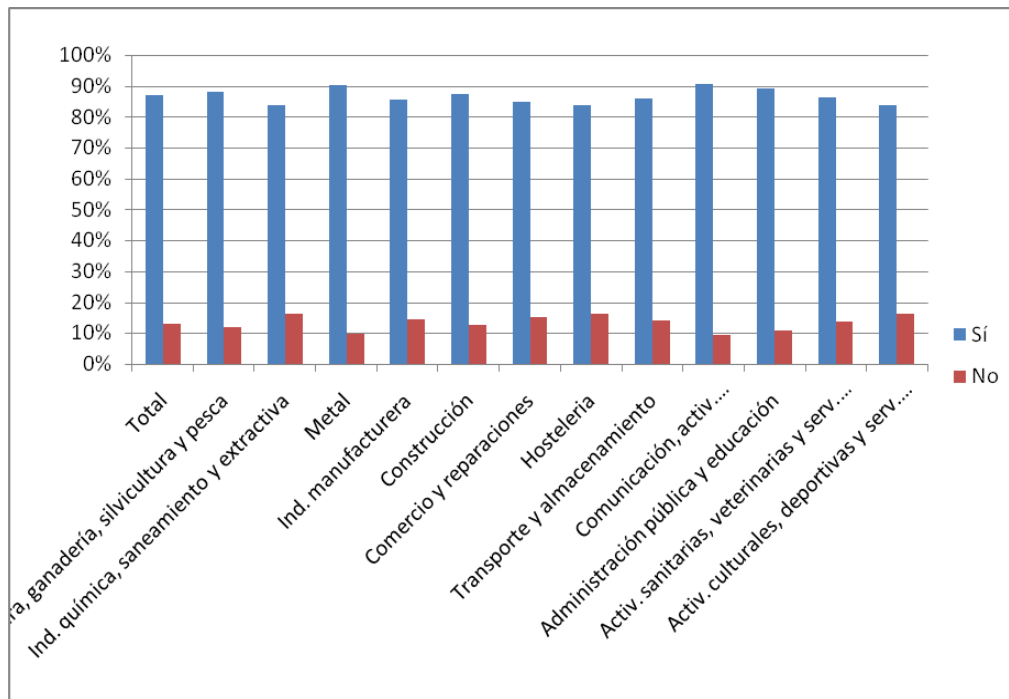
Obsevamos cómo se produce una clara identificación del trabajo con el dolor físico, (cuatro en los primeros grupos). Otros problemas físicos se relacionan con menor claridad. También hay dolencias de tipo psicológico que se atribuyen al trabajo, como son los problemas para dormir, la depresión, el cansancio y el agotamiento.

P.54. ¿Podría decirme si tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

B. ¿Considera que este/s problema/s de salud han sido agravado/s o producido/s por el trabajo? Le leo uno a uno:

Dolor de cuello/nuca.

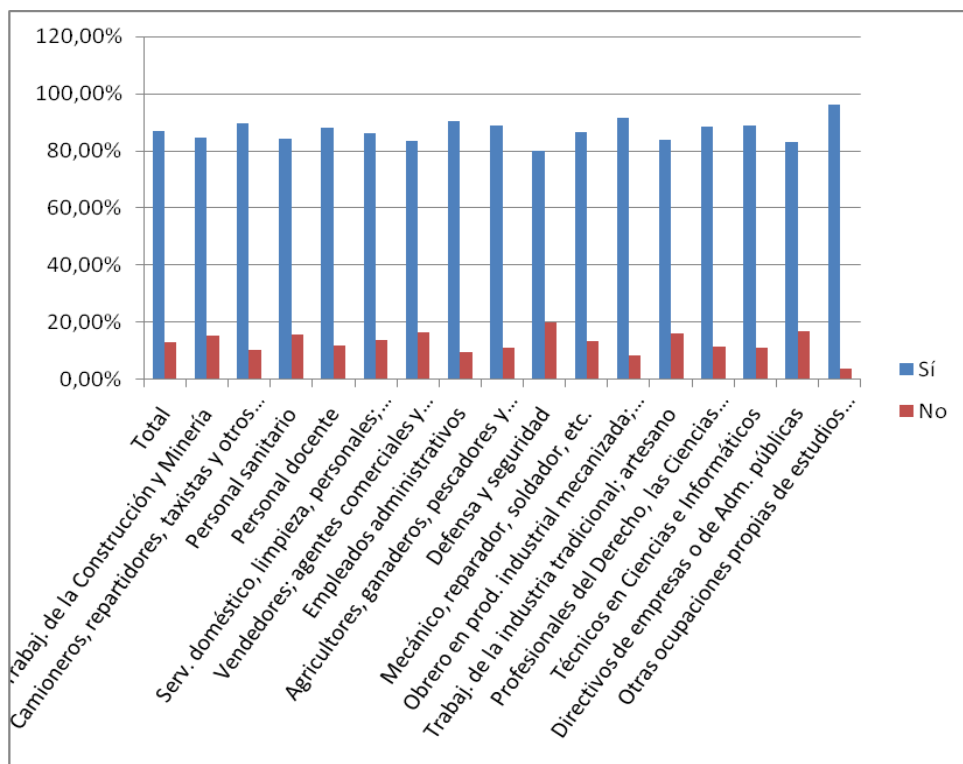
Gráfica 13. Dolor de cuello/nuca agravado o producido por el trabajo, por ramas de actividad.



Fuente: INSHT.

Vemos cómo por ramas de actividad, los trabajadores atribuyen al trabajo, los dolores de cuello/nuca en un porcentaje que llega al 90%.

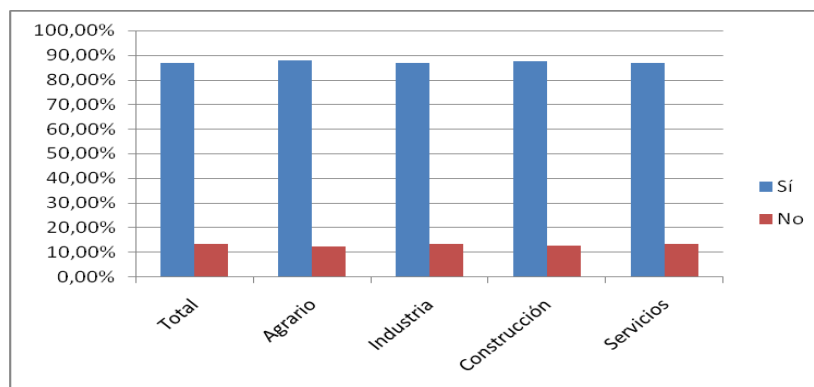
Gráfica 14. Porcentaje de las atribuciones al trabajo del dolor de cuello/nuca, por grupos de ocupación.



Fuente: INSHT.

Lo mismo sucede por grupos de ocupación, al responsabilizar al trabajo de los problemas de cuello/nuca de manera clara en todos los grupos.

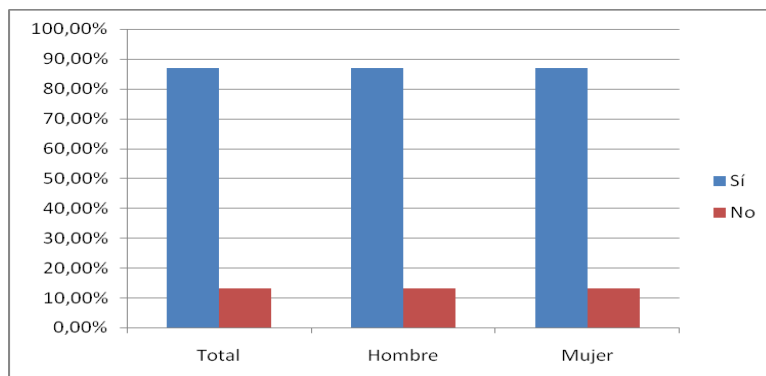
Gráfica 15. Porcentaje de las atribuciones al trabajo del dolor de cuello/nuca por sector.



Fuente: INSHT.

Iguales resultados se obtienen al realizar el estudio por sector.

Gráfica 16. Diferencias entre hombres y mujeres, en el porcentaje de las atribuciones al trabajo del dolor de cuello/nuca.



Fuente: INSHT.

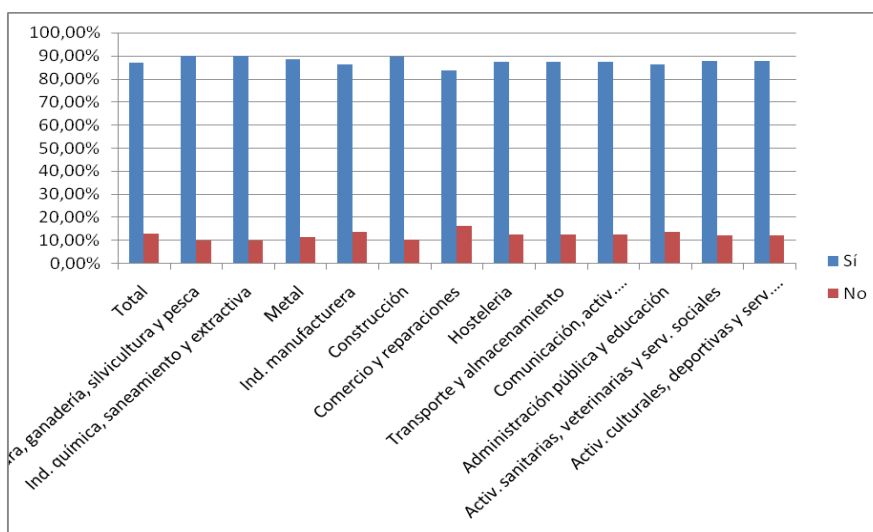
Como podemos observar, no se producen diferencias entre hombres y mujeres en relación al dolor de cuello y nuca y su relación con el trabajo.

P.54. ¿Podría decirme si tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

B. ¿Considera que este/s problema/s de salud han sido agravado/s o producido/s por el trabajo?. Le leo uno a uno:

Dolor de espalda

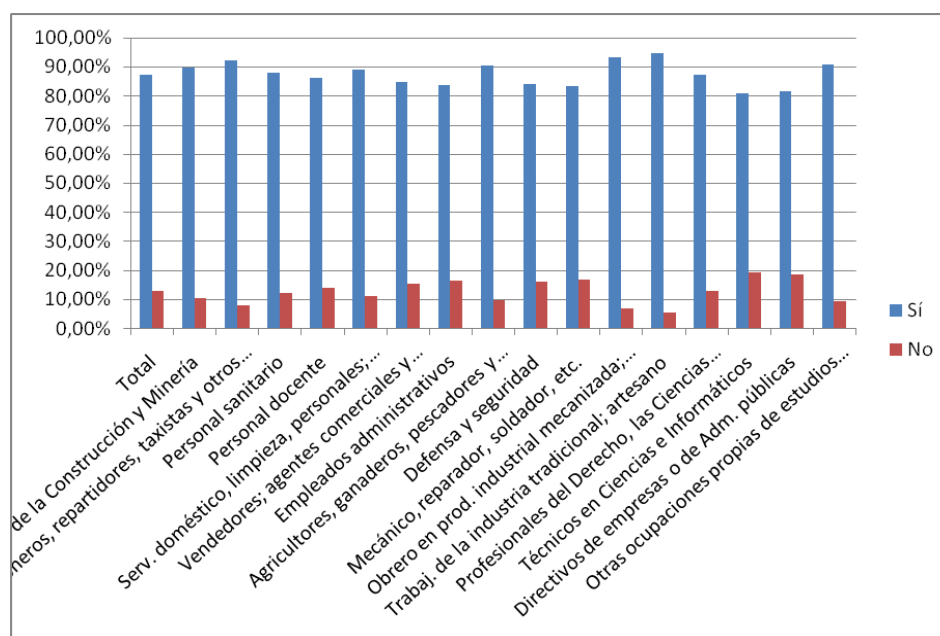
Gráfica 17. Dolor de espalda agravado o producido por el trabajo, por ramas de actividad.



Fuente: INSHT.

En porcentajes muy elevados, por rama de actividad, los trabajadores achacan el dolor de espalda a su actividad laboral.

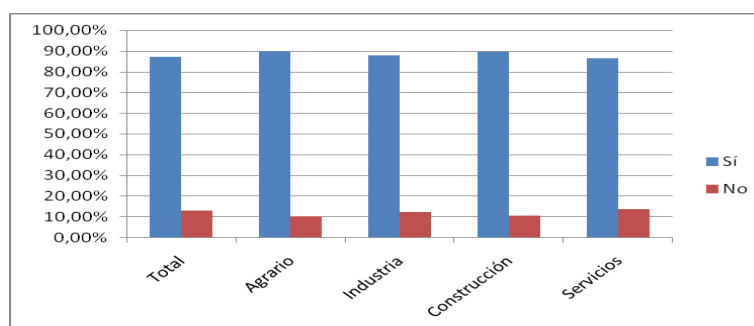
Gráfica 18. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de dolor de espalda, por grupos de ocupación.



Fuente: INSHT

En el desglose por ocupaciones, las atribuciones se siguen manteniendo en porcentajes muy elevados.

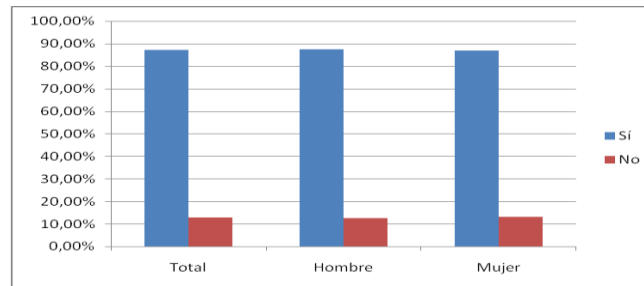
Gráfica 19. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de dolor de espalda por sectores de ocupación.



Fuente: INSHT.

Los mismos resultados se producen cuando nos referimos a sectores de ocupación.

Gráfica 20. Diferencia entre las atribuciones de hombres y mujeres. Dolor de espalda.



Fuente: INSHT.

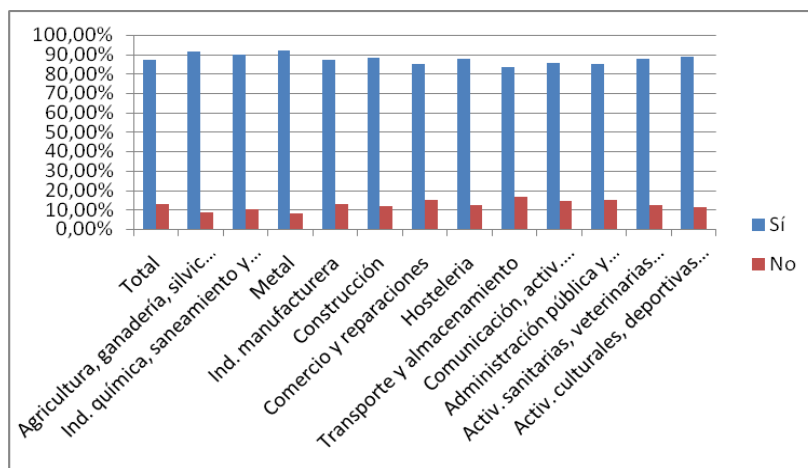
De nuevo, no se aprecian diferencias en función del sexo a la hora de achacar los problemas de espalda al trabajo.

P.54. ¿Podría decirme si tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

B. ¿Considera que este/s problema/s de salud han sido agravado/s o producido/s por el trabajo?. Le leo uno a uno:

Dolor en hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos

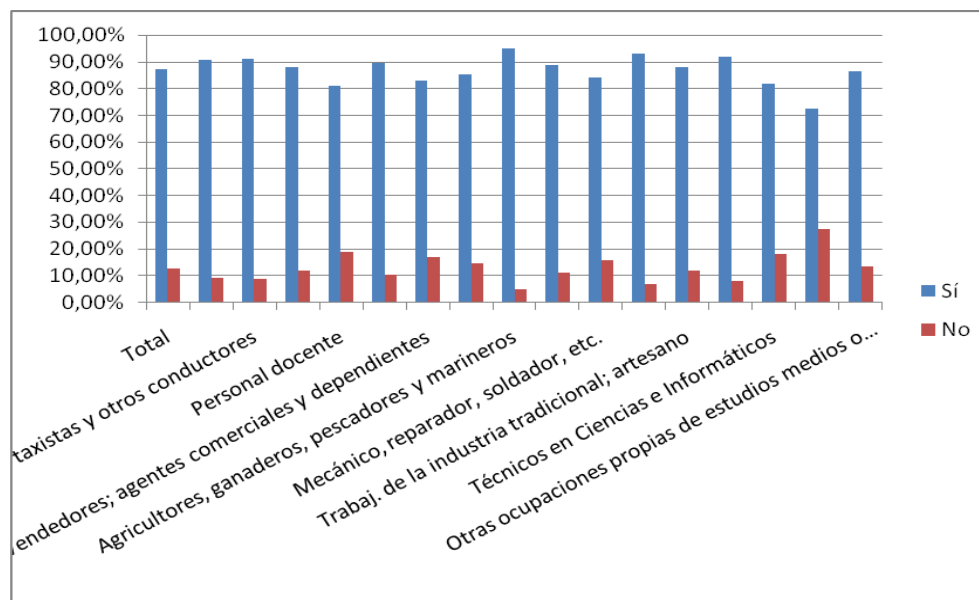
Gráfica 21. Dolor de hombros, brazos, codos, muñecas, manos y dedos agravados o producidos por el trabajo por ramas de actividad.



Fuente: INSHT.

Por ramas, la responsabilidad del trabajo en este dolor es clara.

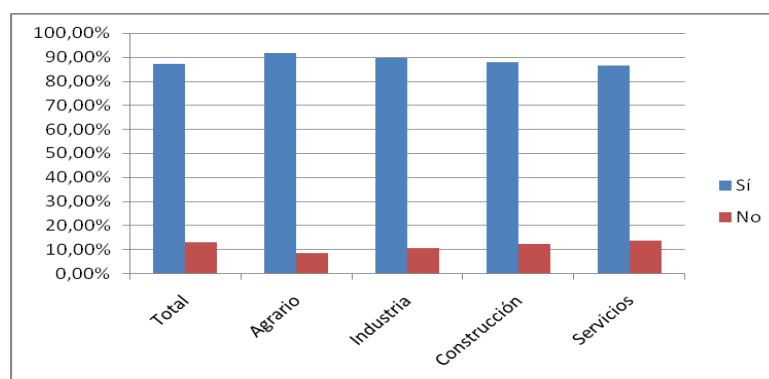
Gráfica 22. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de dolor en hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos por ocupación.



Fuente: INSHT.

Lo mismo sucede por ocupación.

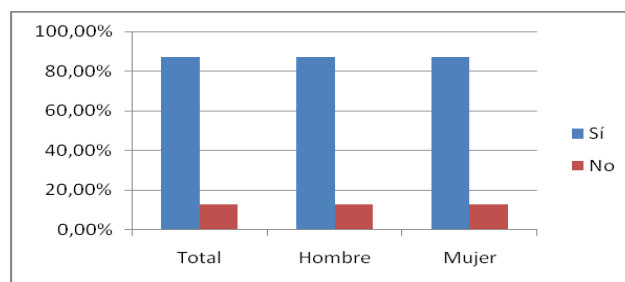
Gráfica 23. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de dolor en hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos por sectores.



Fuente: INSHT.

Y por sectores también.

Gráfica 24. Diferencia por sexo en las atribuciones del dolor de hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos, al trabajo.



Fuente: INSHT

Como en los casos anteriores, no apreciamos diferencia por sexo.

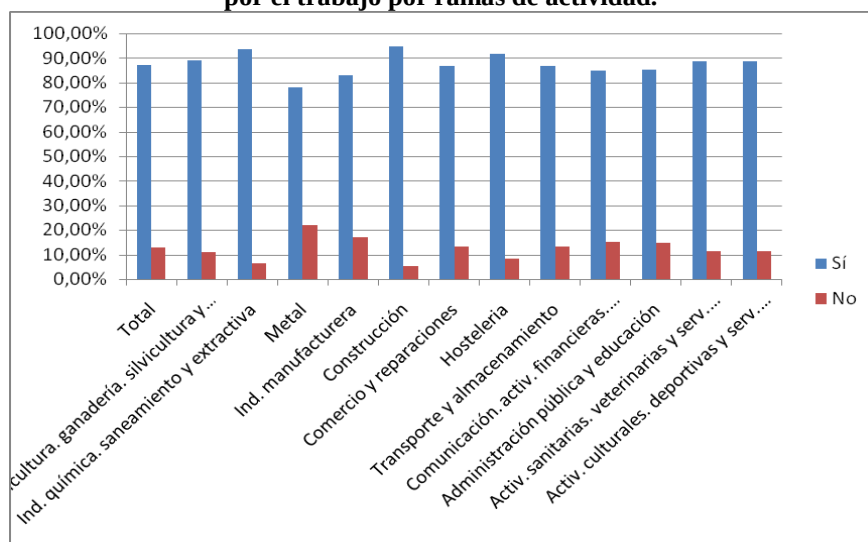
Una vez analizados estos tres parámetros, (dolor de cuello/nuca, espalda y brazos), pasamos a estudiar la influencia del trabajo en los problemas de: cansancio, agotamiento, estrés, ansiedad o nerviosismo, depresión o tristeza, problemas para conciliar el sueño y dolor de cabeza.

P.54. ¿Podría decirme si tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

B. ¿Considera que este/s problema/s de salud han sido agravado/s o producido/s por el trabajo? Le leo uno a uno:

Cansancio, agotamiento

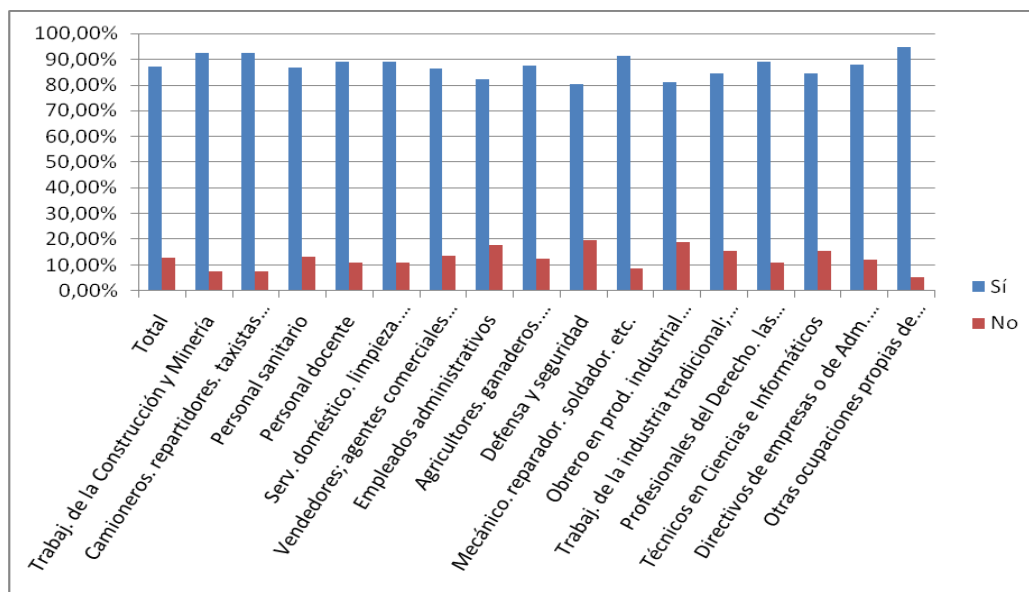
Gráfica 25. Problemas de cansancio/agotamiento agravados o producidos por el trabajo por ramas de actividad.



Fuente: INSHT.

Por ramas, vemos un patrón similar a las dolencias anteriores. El trabajo es considerado el responsable de haber producido o agravado los problemas de cansancio o agotamiento, por un porcentaje muy elevado de trabajadores.

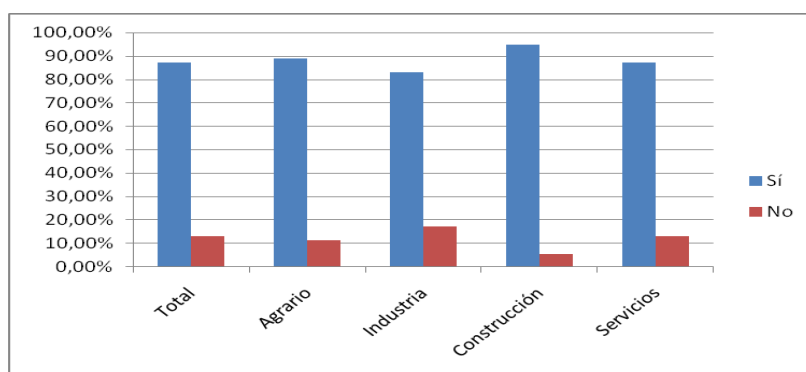
Gráfica 26. Porcentaje de las atribuciones al trabajo del cansancio/agotamiento por ocupación.



Fuente: INSHT.

Lo mismo sucede cuando el INSHT realiza la pregunta por ocupación.

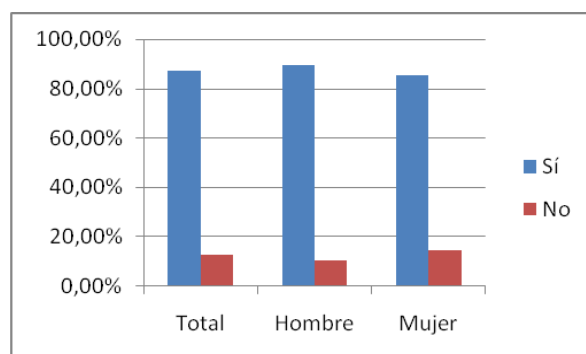
Gráfica 27. Porcentaje de las atribuciones por servicios por cansancio/agotamiento.



Fuente: INSHT.

También si se analiza por servicios.

Gráfica 28. Diferencia entre hombres y mujeres en las atribuciones al cansancio/agotamiento.



Fuente: INSHT.

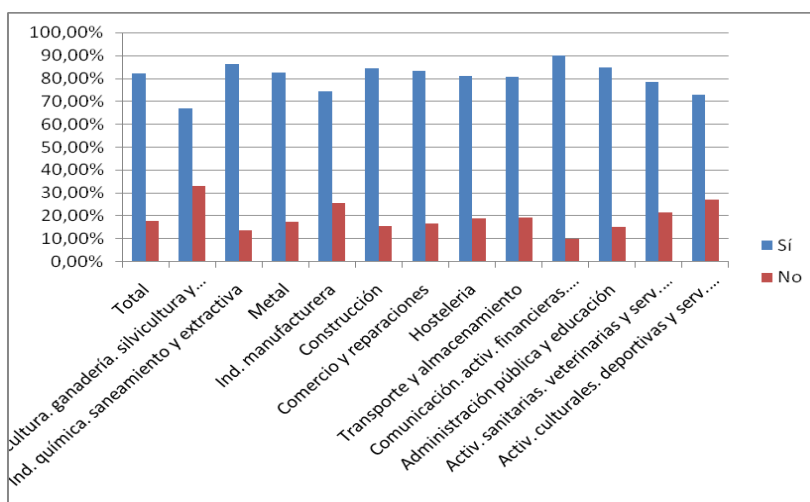
En el caso de agotamiento y/o cansancio, tampoco se presentan diferencias por sexo.

P.54. ¿Podría decirme si tiene alguno de los siguientes problemas de salud?.

B. ¿Considera que este/s problema/s de salud han sido agravado/s o producido/s por el trabajo?. Le leo uno a uno:

Estrés, ansiedad o nerviosismo.

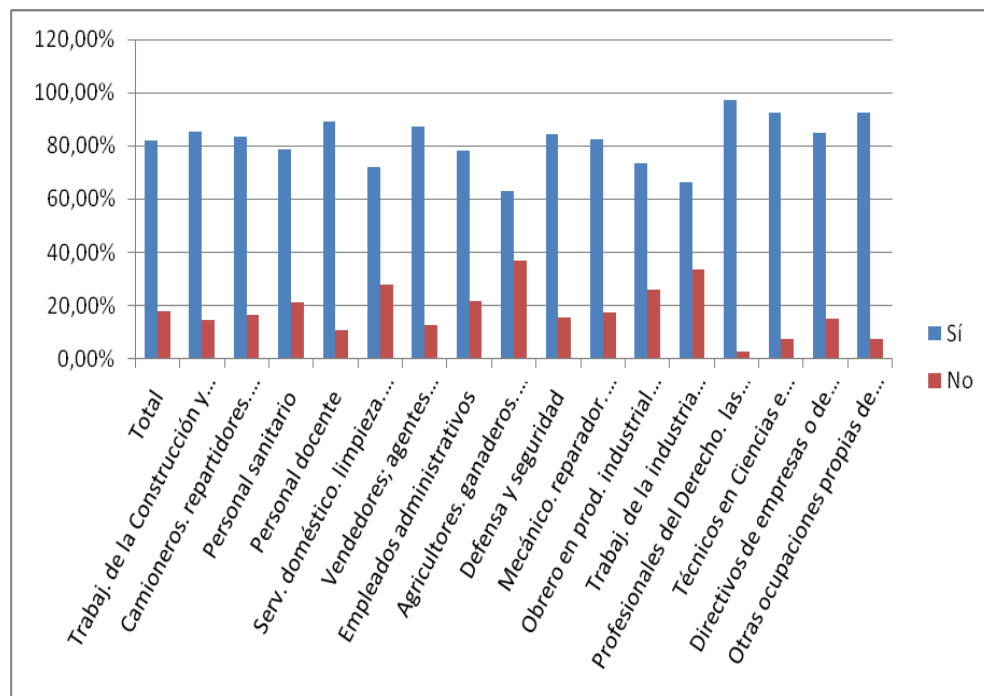
Gráfica 29. Estrés, ansiedad o nerviosismo, agravados o producidos por el trabajo por ramas de actividad.



Fuente: INSHT.

Por ramas, vemos como en todas ellas, se achaca en un alto porcentaje al trabajo, los síntomas de estrés, ansiedad y nerviosismo. En este caso, el porcentaje es más alto en las ramas de comunicaciones y las actividades financieras. Estas últimas, presentan unos resultados del 90%, seguidas de las industrias químicas, saneamientos y extractivas, y de la construcción. Entre las que menos porcentaje de atribuciones, respecto a los síntomas citados, se encuentran las actividades culturales y deportivas, a pesar de presentar un 70% de respuestas afirmativas en los cuestionarios.

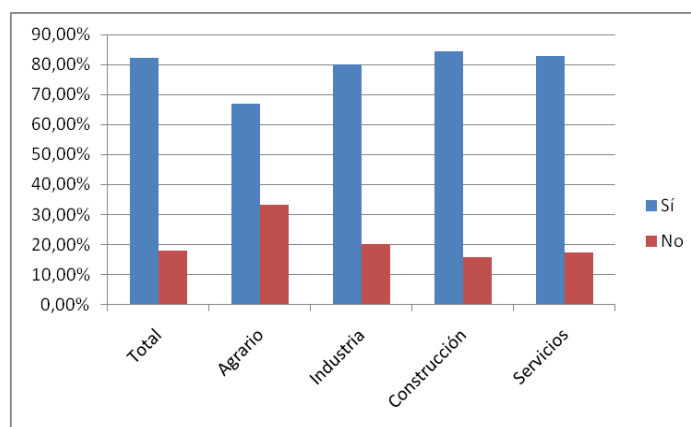
Gráfica 30. Atribuciones al trabajo de estrés, ansiedad o nerviosismo, por grupos de ocupación.



Fuente: INSHT.

Por ocupación sucede algo similar. Aunque se culpa en general al trabajo de la ansiedad, se producen diferencias significativas, destacando sobre los demás, los profesionales del derecho y por debajo a los agricultores y ganaderos.

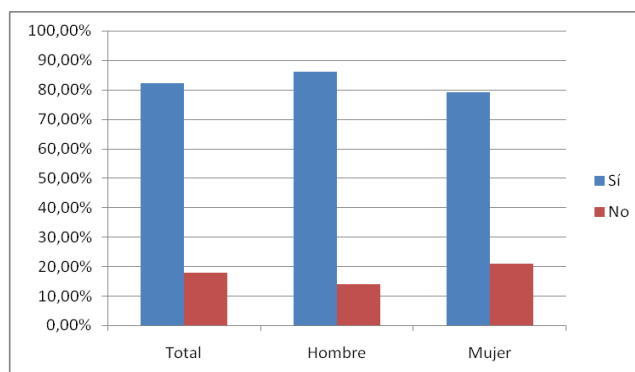
Gráfica 31. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de estrés, ansiedad o nerviosismo, por sectores.



Fuente: INSHT.

Por sectores, se observa cómo en el agrario, el estrés, y la ansiedad de los trabajadores, se atribuyen en menor medida al trabajo, y ello a pesar de presentar unas cifras próximas al 70% de respuestas afirmativas.

Gráfica 32. Diferencia entre hombres y mujeres en las atribuciones por estrés, cansancio y ansiedad.



Fuente: INSHT.

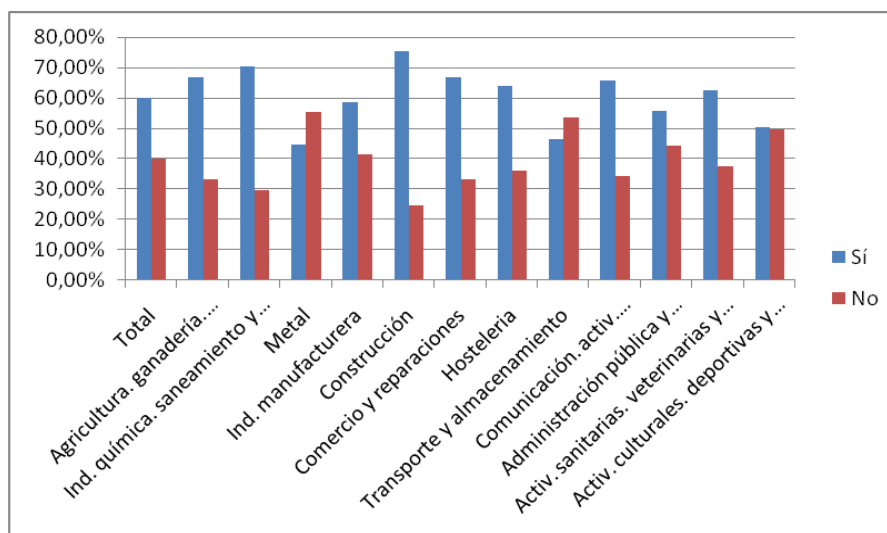
Por sexo, las mujeres dan menos respuestas afirmativas que los hombres, lo que podría ser sugerente de una mayor resistencia al estrés.

P.54. ¿Podría decirme si tiene alguno de los siguientes problemas de salud?.

B. ¿Considera que este/s problema/s de salud han sido agravado/s o producido/s por el trabajo? Le leo uno a uno:

Depresión o tristeza

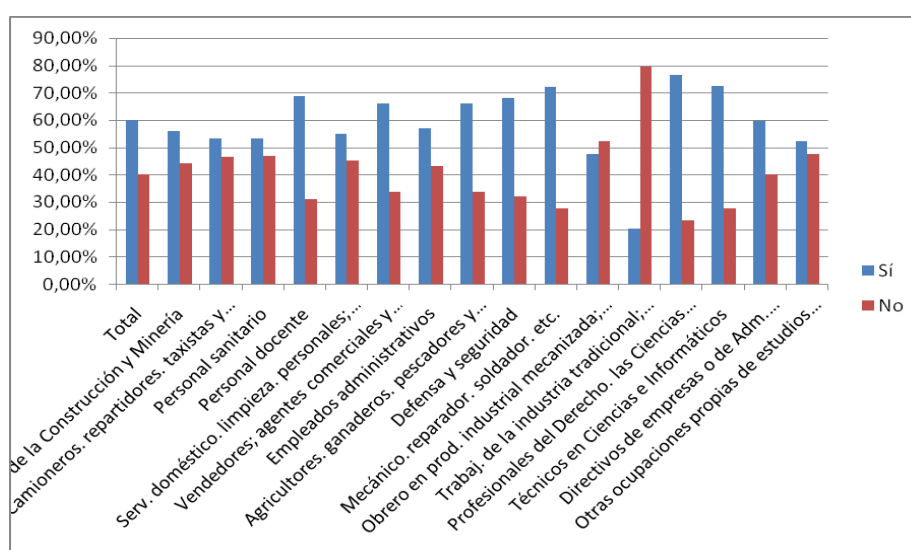
Gráfica 33. Depresión o tristeza agravadas o producidas por el trabajo por ramas de actividad.



Fuente: INSHT.

Por ramas, aparecen resultados desiguales. La hostelería y el comercio destacarían en respuestas afirmativas, mientras que la industria del metal y las actividades deportivas y culturales, lo hacen en el sentido contrario.

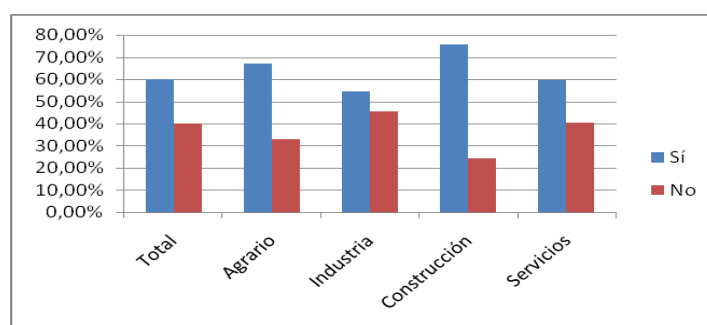
Gráfica 34. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de la depresión o tristeza por grupos de ocupación.



Fuente: INSHT.

Por ocupación, también aparecen resultados desiguales y así, mientras que la industria artesanal destaca claramente en el número de respuestas negativas, los agricultores, ganaderos y los encargados de la seguridad y la defensa, se caracterizan por haber dado mayor número de respuestas afirmativas.

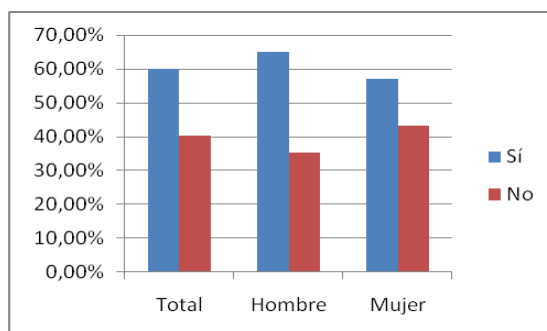
Gráfica 35. Porcentaje de las atribuciones al trabajo de la depresión o tristeza, por sectores.



Fuente: INSHT.

Por sector vemos, cómo es la construcción el sector donde el trabajo es percibido como responsable de la depresión o la tristeza que sufren los trabajadores.

Gráfica 36. Diferencia entre hombres y mujeres en las atribuciones a la depresión o tristeza.



Fuente: INSHT.

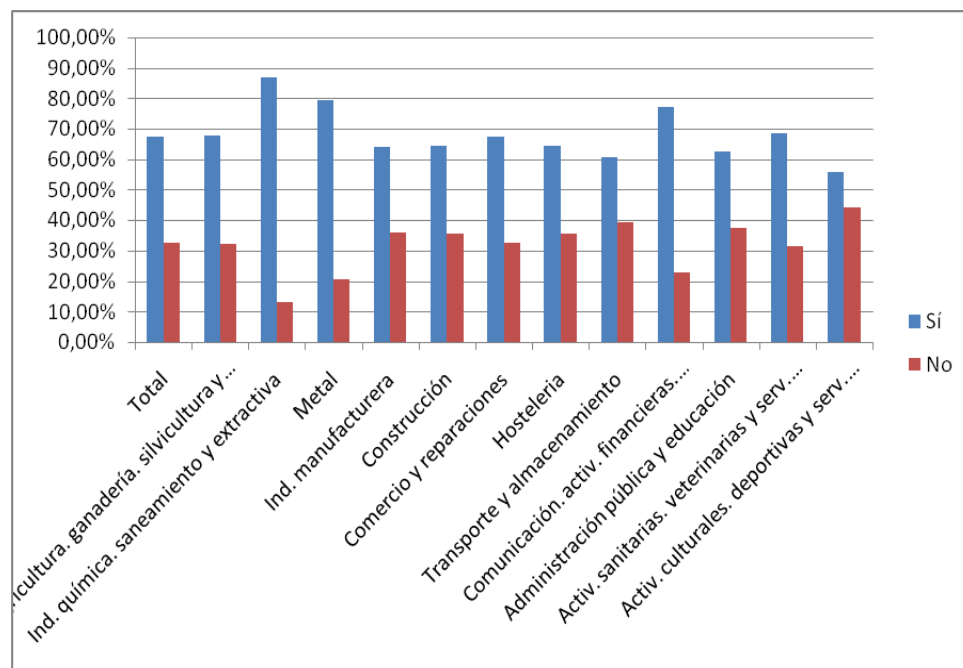
Por sexo, las mujeres no consideran al trabajo responsable de su depresión o tristeza tanto como los hombres. Estos resultados son muy interesantes para investigar qué otros factores determinan estas atribuciones. En este sentido, debemos considerar que estos problemas son más numerosos en las mujeres que en los hombres.

P.54. ¿Podría decirme si tiene alguno de los siguientes problemas de salud?.

B. ¿Considera que este/s problema/s de salud han sido agravado/s o producido/s por el trabajo? Le leo uno a uno:

Problemas para conciliar el sueño

Gráfica 37. Problemas para conciliar el sueño agravados o producidos por el trabajo, por ramas de actividad.



Fuente: INSHT

Por ramas, se culpa al trabajo de los problemas para dormir en torno al 60-70%. En mayor medida en la industria extractiva, metal, y actividades financieras. Otras ramas, como las actividades deportivas y culturales, lo culpan en menor medida, aun así más de 50% consideran que el trabajo ha producido o agravado sus problemas.

Como podemos apreciar, los resultados globales, señalan cómo los indicadores relativos a las exigencias derivadas de factores psicosociales, han empeorado respecto a los datos publicados en el año 2007. Así sucede por ejemplo, con los siguientes indicadores: *nivel de atención requerido, sentirse agobiado, trabajar muy rápido o atender a varias tareas a la vez.*

En conclusión, los datos de 2011 nos muestran que 7 de cada 10 ocupados presentan algún problema de salud que, según lo publicado por el INSHT, están directamente relacionados con su actividad laboral:

“Para la mayoría de ellos, sus problemas de salud están relacionados (originados o agravados) por el trabajo que realizan, en particular quienes presentan algún trastorno músculo-esquelético, pero también los que manifiestan sufrir cansancio, agotamiento o estrés.” (p. 4).

En definitiva, existe un problema de salud *percibida o illness*, relacionado con el trabajo, que a juzgar por los datos se trata de un asunto epidemiológico de gran trascendencia. Según hemos establecido en nuestra hipótesis, éste problema de salud pública permanece oculto en el entramado técnico-económico que caracteriza al modelo médico-hegemónico. Su interpretación, en la mayoría de los casos, se establecerá bajo la denominación genérica de enfermedad común.

El estudio también hace referencia, a que el 66,40% de los trabajadores, señala que durante el año 2011 no se realizó en su empresa ningún tipo de valoración o estudio sobre los riesgos laborales de su ocupación.

Por último, el 86,4% de los trabajadores señaló que sus problemas de salud actuales fueron producidos o agravados por su actividad laboral, sin embargo ello no fue un motivo para que acudieran al médico, ya que fueron los problemas auditivos, visuales y respiratorios, (los menos relacionados con el trabajo), los que causaron un número mayor de visitas al especialista. Consideramos que si esto ocurre, es debido a la posibilidad que presentan el ruido y los agentes químicos ,de ser objetivados por la medicina.

4.3.4 Dispositivos implicados en la aceptación del sufrimiento laboral.

La degradación de las condiciones laborales afecta no sólo a aquellos que las sufren, sino también a sus hijos, a los hijos de sus hijos, a los barrios y en nuestra opinión,

también a la subjetividad. Los procesos de racionalización funcionan, como ya nos advirtiera Freud en su teoría sobre los mecanismos de defensa, con la finalidad de minimizar, cuando no ignorar, aquellos acontecimientos, que por su intensidad supondrían una ruptura de la homeostasis, entre el individuo y la sociedad. En el caso del trabajo, las personas minimizan cuando no ignoran, sus consecuencias sobre su salud, hasta el punto de atribuirle en la mayoría de los casos, funciones reparadoras. Esto es posible, debido a la distorsión del factor subjetivo a favor de las lógicas productivas. Ello ha dado lugar a la falsa premisa de que, no solo nada puede hacerse por evitar este sufrimiento, sino que la adaptación al mismo es un indicador de buena salud. Bajo estos supuestos, la normalización del sufrimiento laboral en el neoliberalismo, antes y durante la crisis, se ha mantenido, como ya ocurriera en el fordismo, con la voluntad y la aceptación de los trabajadores.

En este marco es preciso reparar en las consecuencias de determinadas formas de organización del trabajo que llevan asociadas altas dosis de sufrimiento laboral. Para entender este proceso de autodestrucción, ya hemos hablado del papel de la psicología de la conducta y de la biomedicina. Las dos han contribuido a que la mayoría de los trabajadores se sientan miembros de una minoría privilegiada por pertenecer al mejor modelo socio-económico de la historia de la humanidad; me refiero, como no podía ser de otro modo, al capitalismo democrático. Esta proposición no admite detractores, de modo que cualquier otra propuesta es catalogada como un signo de alarma. En el *capitalismo democrático*, los cada vez más diversificados modos de re-educación, han funcionado a modo de super-ego, contribuyendo al establecimiento de la conciencia moral, los conocimientos, la cultura, los modelos de socialización, la adaptación al trabajo y los modos de enfermar y de sanar.

La biomedicina, la educación y las industrias culturales, han sido las herramientas de las que se ha servido el modelo económico para perpetuarse. El *capitalismo democrático* se ha constituido en la insignia de Occidente y a él han quedado subordinados todos los elementos de la cultura. Por esto es preciso investigar, reflexionar e incluso reformular la formación académica y la práctica clínica de la biomedicina.

En mi propia historia de bajas laborales se han producido diferentes formas de subjetivar y objetivar mi ausencia al trabajo, según se tratara de bajas maternales o por enfermedad común. Mientras que en el primer caso, al estar normativizado el periodo de la IT, no resultó relevante el momento de mi vuelta al trabajo, en el segundo era frecuente, que familiares, amigos, compañeros y conocidos, mostraran más interés por la duración mi baja laboral, que por mi salud. Preguntas del tipo: “¿todavía estás de baja?”, me incomodaban sobremanera, habida cuenta del dolor y las limitaciones que habitualmente acompañan a las cirugías de columna. A todo ello, tuve que sumar la presión ejercida desde la Dirección Provincial de Educación, en la provincia de Ciudad Real, entonces en manos del Partido Socialista. Llamadas telefónicas, cartas e, incluso la suspensión de una comisión de servicios, a la que accedí por concurso de méritos, fueron ejemplos de que las bajas laborales pueden ser motivo de presión, discriminación y acoso, por parte de las administraciones públicas a sus trabajadores, (ver anexo nº 10). Por este motivo muchas veces adelantaba mi incorporación al trabajo en contra de las recomendaciones del médico, ya que tenía la impresión, de que al hacerlo de ese modo, me dignificaba como trabajadora y me superaba como enferma. En este comportamiento también influyó la relación establecida socialmente entre enfermedad y holgazanería. Esta asociación yo la conocía desde la infancia, por los comentarios de mi padre sobre los obreros enfermos y también por su banalización del sufrimiento cuando él mismo enfermaba. Así lo recuerdo cuando accidentalmente se producía algún corte con la radial, o cuando sufría contusiones, caídas, lesiones oculares, y en una ocasión, a raíz de una intoxicación por inhalación de tóxicos. Siguiendo estas lógicas, también fue habitual que acudiera al trabajo estando enfermo, pues siempre era preferible recuperarse de la enfermedad en el trabajo, que asumirse dentro de la piel de un flojo, vago, caradura, bribón u holgazán. En el mismo sentido se posicionaba Dejours (2009a):

“Para que se reconozca una enfermedad, para que se acabe por ir al médico, para que se acepte ir al hospital, es preciso que la enfermedad haya alcanzado una gravedad tal que impida, en el hombre, el desempeño profesional...” (p. 37).

El psiquiatra francés nos habla de la *ideología de la vergüenza*, como una de las causas para minimizar los riesgos de enfermedad en el trabajo, haya sido o no producida por el mismo, contribuyendo con ella, a eliminar los mecanismos de defensa individuales.

A pesar de lo afirmado, los trabajadores sí son conscientes de la influencia negativa del trabajo sobre su salud, como lo demuestran los datos publicados por el Observatorio de Seguridad e Higiene en el Trabajo, resultado de la VII encuesta de la salud laboral, a la que ya hicimos referencia. Sin embargo esta percepción se distorsiona, cuando está en juego una baja laboral. El miedo a perder el empleo, o a sobrecargar a los compañeros está detrás del, cada vez más extendido fenómeno del presentismo laboral, entendido en nuestro contexto, como la asistencia al trabajo cuando se padece una enfermedad para la que se recomienda baja laboral. El miedo disminuye nuestra capacidad de reacción ante la adversidad por medio de respuestas adaptativas que contribuyen a su eliminación.

Cuando me incorporaba al trabajo todavía dolorida por un *failed back surgery syndrome*, el dolor era más soportable precisamente por la desaparición del miedo y el desasosiego que solían acompañar a los períodos de IT. Debo decir que no fui la única persona de mi entorno víctima del miedo y de la *ideología de la vergüenza*. Recuerdo en este sentido, a compañeros de trabajo que compartieron conmigo las mismas impresiones al verse acorralados entre la enfermedad y sus consecuencias sociales y laborales. La desolidaridad y la invisibilidad por parte de los jefes y compañeros, cayeron sobre sus vidas sumándose como una sentencia condenatoria al dolor de la enfermedad.

El miedo en el trabajo también muestra su cara cuando un trabajador firma una nómina por un salario superior al que percibe o bien cuando sobrepasa el tiempo de duración de su jornada laboral. Según los datos del INE, en el año 2013, los trabajadores realizaron 11,6 millones de horas ilegales semanalmente, con ellas se hubieran podido crear 326.838 puestos de trabajo, y la Seguridad Social hubiera ingresado 3000 millones de euros. Esta situación expone a los trabajadores, no sólo a riesgos físicos, sino a situaciones de estrés y vulnerabilidad inconmensurables.

CAPÍTULO V. ATERRIZAJE EN UN CONTEXTO DE CRISIS: UNIDAD DE DOLOR CRÓNICO, UNIDAD DE PSIQUIATRÍA Y CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

5.1 Unas consideraciones desde la etnografía.

Si bien cada etnografía lleva aparejada zonas de incertidumbre también en lo personal, la de esta tesis se ha caracterizado por la construcción de nuevos sentidos y nuevos significados en torno a la biomedicina. En mi caso estas construcciones se han realizado desde la vivencia personal, no ya como paciente, sino como persona perteneciente al universo de *los batas blancas*. Esos seres de otros espacios, que caminan, hablan y toman decisiones, al-otro-lado-de, las salas de espera. Me adentré en los secretos de mis propias e interminables esperas antes de entrar en la consulta. En algunos momentos los comentarios sobre los pacientes, antes o después de que entraran, me provocaron la misma incomodidad que si hubieran sido dichos sobre mí o incluso contra mí. También en algunas ocasiones llegué a exasperarme con ellos, cuando al final de la mañana y sin que hubiéramos podido tomar un solo café, se extendían en sus relatos sobre *cuestiones que carecían de interés*. Esta atribución sobre lo que debían decir y aquello que no era relevante, me hizo pensar que yo también había comenzado a desarrollar el síndrome del *hateful patient*. A día de hoy tengo el convencimiento de que no sólo se trataba de una sospecha, y que muchas veces a lo largo de la mañana me iba transformando de Dr. Yekyll en Mr. Hyde. La realidad es que, conforme está configurado el sistema sanitario, lo difícil es que ese cambio no se hubiera producido. Estas experiencias también dieron lugar a fuente de datos y a herramientas de gran utilidad para la reflexión teórica.

Abordaré estos y otros temas a continuación, cuando me refiera a la etnografía en la UDC, UP y AP para, después, pasar a transcribir el resultado y el análisis estadístico de los datos.

Llegar a una consulta y sentarse al lado del médico para comentar detalles sobre los pacientes citados, supone adentrarse en el universo paralelo de las presiones políticas, la vulnerabilidad, las contradicciones, y sobre todo del exceso de burocratización. Se diría que se trata de una sociedad con sus códigos propios e incluso con sus propios sistemas de parentesco simbólico. El principio de jerarquía apareció desde la primera toma de contacto, a través del cargo. Los jefes de servicio o los coordinadores, el lugar que ocupan en el *staff* médico, la propia personalidad de cada profesional, la antigüedad e incluso el tipo de contrato, constituyen marcadores de estatus entre profesionales que desempeñaban la misma función.

La investigación se inició coincidiendo con los recortes en la sanidad pública, debido a la crisis económica. Ello me situó en escenarios privilegiados para recoger información sobre sus efectos en el ámbito sanitario. Fue a partir de ahí que, antes de haber iniciado formalmente la investigación, comprendí dos cosas de gran importancia: la primera, que el precio de los recortes o ajustes presupuestarios se está pagando con vidas humanas; la segunda, que quien es víctima una vez, tiene más posibilidades de volver a serlo, y así sucesivamente en una macabra progresión. En ese momento, bajo la influencia de José Antonio Zamora Zaragoza, incorporé en mi bibliografía a Primo Levi, Benjamin y Adorno, pues al fin y acabo, ésta se trata de una tesis sobre, para y desde las víctimas.

Carteles alusivos a la crisis en la mayoría en los pasillos y en las consultas, con mayor o menor dosis de humor, daban cuenta de las tensiones que se estaban produciendo en el contexto al que me acababa de incorporar, (ver anexo nº 11). Si bien en las tomas de contacto previas, el ambiente se caracterizaba por la falta de motivación y por la desafección hacia una profesión que, por diversos motivos, había terminado defraudando a los médicos, cuando escribo estas líneas puedo afirmar que muchos de ellos se dejaban literalmente su salud en el trabajo. En unos momentos en los que la corrupción salpicaba a los pilares de la democracia, muchos de ellos se mostraban preocupados por la calidad de su trabajo y por el deterioro de la Sanidad Pública.

Ángeles Maestro (2013) afirmaba:

“...Hay que tener en cuenta la gran sobrecarga de la Sanidad Pública que ha visto incrementarse en un millón y medio de usuarios desde el año 2000 a 2007, sin aumento de recursos.... La obtención de rentabilidad está determinada por la reducción del gasto que se obtiene: a) reduciendo personal, disminuyendo el número de especialistas y precarizando los contratos. b) incentivando económicamente a los médicos, quienes mediante sus indicaciones determinan el costo para dar altas precoces,...” (p.131).

En el Hospital Mancha-Centro se creó la Plataforma Comarcal Mancha-Centro en defensa de la Sanidad Pública, presentada el 8 de Junio de 2012 con un manifiesto titulado: “¿Nos merecemos esto?”. El texto estaba firmado por el Jefe del Servicio de oftalmología, Fernando González del Valle, y por el del Servicio de Pediatría, Ramón Garrido Palomo. El 30 de mayo de 2012 se produjo una huelga de médicos en el hospital. La plataforma surgió como una iniciativa del personal médico con la intención de revitalizar la delicada situación de la Salud Pública. En su declaración de intenciones afirmaban: “no podemos asistir impasibles al desmantelamiento de un sistema y una calidad de la atención al paciente que hemos tardado años en crear con el esfuerzo y la determinación de muchos profesionales”.

Si bien yo compartía sus propuestas y reivindicaciones, también tomé conciencia de que al segregarse los médicos del resto de personal en sus demandas, seguían apostando por un modelo sanitario establecido sobre la base de la estratificación laboral y la jerarquía.

Por su parte también el Hospital General de Tomelloso fue objeto de las movilizaciones y de las quejas del personal sanitario. La última de ellas fue durante nuestra investigación, y consistió en un comunicado del personal médico, que fue secundado por 70 de los 72 facultativos que trabajaban en el hospital. Entre sus preocupaciones se encontraba la reducción de médicos contratados, que a su juicio se traducían en un creciente aumento de la presión asistencial. Entre nuestros informantes, algún médico se confrontó con la gerencia manifestando su desacuerdo por el aumento de pacientes y por las condiciones de su contrato.

5.2 Dentro de las consultas.

Desde sus inicios me sorprendió y agradecí la facilidad de acceso a las consultas, sabiendo de antemano que no resultaría una tarea fácil para mis informantes. Que los médicos accedieran sin ningún reparo a tener una intrusa como compañera de trabajo, es algo que a día de hoy me sigue sorprendiendo. Con varios de ellos he hablado de este tema y he llegado a la conclusión de que la actitud del investigador es fundamental. Desde el principio me mostré cercana y empaticé con su propio sufrimiento laboral, fruto de la falta de reconocimiento institucional y de la presión asistencial sufrida en el momento de realizar la investigación. Cada toma de contacto, estuvo precedida por aclaraciones previas y por la exposición de los motivos de la investigación. El tiempo y los ritmos de trabajo quedaron establecidos según las necesidades, objetivas o subjetivas, del personal sanitario. Mostrar una escucha activa y una actitud comprensiva con sus exposiciones, sumado a buenas dosis de sentido del humor en ambas direcciones, fueron fundamentales para obtener información. Esto no significó, al menos en mi caso, una manipulación prevista de antemano con la finalidad de que mis indagaciones dieran fruto, sino que constituyó una manera de estar al-lado-de y una forma de sentir-con, que más allá de la asepsia metodológica a la que muchos antropólogos aspiran, supuso una implicación emocional que de ningún modo interfirió con el rigor que toda metodología etnográfica debe poseer.

Entre los profesionales de la medicina, fui antropóloga, confidente, doctoranda, psicóloga y a veces también, una intrusa. Debo reconocer que en ocasiones, contribuí a trivializar el sufrimiento de los pacientes que acudían a las consultas; personas con dolor, que a sus dificultades de desplazamiento por la distancia de su localidad al hospital se le unían, muchas veces, las derivadas del gran retraso en las consultas. Tengo que decir que estas circunstancias me generaron graves contradicciones personales derivadas de mi propia historia como paciente. En una ocasión salí de la consulta de la UDC, recordando mi impaciencia, acentuada por el dolor de espalda, mientras estaba esperando a ser atendida sentada en la sala de espera. A las cuatro horas de viaje (ida y vuelta a Madrid), podía sumar, a veces, hora y media en la sala de espera, para estar 10 minutos, en el mejor de los casos, dentro de la consulta. Pensaba en mi sufrimiento y también en el de los pacientes a los que el médico

acababa de ver. Reparaba con estas reflexiones en lo poco relevante que había sido para nosotros, su sufrimiento y sus historias de aflicción. A día de hoy todavía sigo reflexionando, sobre la necesidad de encontrar un equilibrio entre el acercamiento humanista, aunque no paternalista, y la distancia necesaria para que no se vea afectado el ánimo y la salud mental del médico.

5.3 La Unidad de Dolor Crónico o la última estación de un viacrucis.

5.3.1 Limitaciones de la medicina basada en la evidencia

Nada hay más difícil de objetivar que el dolor debido a la dificultad para hacerlo visible a través de la tecnología biomédica. Una vez aclarado esto, ya hicimos referencia a cómo la cultura lo ha conceptualizado como un signo de resistencia y valor ante la adversidad. Por otro lado, como vimos, los procesos de socialización de los varones implican aceptar patrones simbólicos vinculados con la fuerza y la resistencia al dolor. Por todo ello, las formas de socializarse frente al dolor forman parte de una ideología, que ha separado lo biológico de lo sentido y lo sufrido. Todo ello se complejiza si atendemos a la diferente conceptualización del dolor por clases sociales, pues de todos es conocido, que en las clases dominantes la expresión de sensibilidad es un signo de distinción, mientras que en las subalternas, la capacidad de aguante y en definitiva, la soportabilidad, contribuyen a mejorar la imagen dentro del grupo social. En este sentido bien podríamos hablar de una proletarización del dolor necesaria para soportar los rigores de las clases más bajas. Es por ello que cuando señalo su relación con factores socio-culturales, debemos tener en cuenta que es preciso problematizar y complejizar unos datos, que casi siempre se presentan sin contextualizarlos debidamente. Como da a entender Wittgenstein (1988), la realidad biológica también se construye culturalmente:

“¿Cómo se *refieren* las palabras a las sensaciones? En eso no parece haber problema alguno; ¿pues no hablamos cotidianamente de sensaciones y las nombramos? Pero, ¿cómo se establece la conexión del nombre con lo nombrado? La pregunta es la misma que esta: ¿cómo aprende un hombre el significado de los nombres de las sensaciones? Por ejemplo, de la palabra *dolor*. Aquí hay una posibilidad: las palabras se conectan con la expresión

primitiva, natural, de la sensación y se ponen en su lugar. Un niño se ha lastimado y grita; luego los adultos le hablan y le enseñan exclamaciones y más tarde oraciones. Ellos le enseñan al niño una nueva conducta de dolor.”(p.219).

Al ser el dolor un *no signo*, el tratamiento se orienta hacia recomendaciones generales: analgésicos, antiinflamatorios, opiáceos, técnicas quirúrgicas,...

5.3.2 Lo que la evidencia esconde en la Unidad de Dolor Crónico. Médicos y pacientes en la intersección del sufrimiento laboral.

Atendida por parte de los anestesiistas del Hospital Mancha-Centro y por una auxiliar clínica que hacía las veces de administrativa y enfermera, la UDC vino a caracterizarse, tanto por la preocupación de los profesionales por el dolor, como por su frustración ante las limitaciones derivadas de un sistema, el hospitalario, del que ellos formaban parte. Los pacientes sufrían en su mayoría pluripatologías, cuyo síntoma principal era el dolor de difícil manejo clínico asociado a una disminución de la calidad de vida. Todos ellos, sin excepción, habían pasado previamente por la consulta del médico de AP y como mínimo de dos especialistas más, aunque lo más habitual fue que los enfermos, después de pasar por el traumatólogo, reumatólogo, rehabilitador, internista,... terminaran siendo derivados a la UDC. Hemos de tener en cuenta que el dolor crónico, a diferencia del agudo, tiene más de 6 meses de duración, por lo que con muchas posibilidades, los pacientes ya habían sido tratados por otros médicos con una batería farmacológica que comprende, la mayor parte de las veces: antidepresivos, analgésicos, benzodiacepinas, antiinflamatorios, opiáceos y antiepilépticos. Eran personas en muchos casos desesperadas y deprimidas, que buscan en la UDC el remedio a sus padecimientos que no habían encontrado en otras consultas.

Si bien estos servicios fueron concebidos desde sus inicios con un carácter multidisciplinar, en la UDC del Hospital Mancha-Centro, sólo pasaban consulta los anestesiistas, de modo que la unidad no contaba con psicólogos ni con otros profesionales, que por su formación, pudieran estar directamente implicados en el manejo del dolor crónico.

Conforme avanzaba en el estudio, la presión asistencial iba aumentando, y con ella aumentaba también el discomfort laboral de los médicos. Poco después de haber abandonado el escenario de mi investigación, tuve conocimiento de que el servicio había sido suprimido, quedando como único recurso asistencial las técnicas quirúrgicas que se venían ofertando desde el mismo.

Al excluir el dolor oncológico y pediátrico, la mayor parte de los pacientes atendidos sufrían patologías osteoarticulares y/o musculoesqueléticas, seguidas de dolor neuropático, cefaleas y, en menor medida, fibromialgia. Desde el principio tuve claro, que el dolor acompañaría a estas personas, con mayor o menor intensidad, durante toda su vida y que la principal característica de los tratamientos era su carácter paliativo.

En las consultas se personalizaba a los pacientes llamándolos por su nombre y presentándose el médico en todos los casos en los que se producía un primer encuentro. El número de pacientes diarios osciló entre 9 y 14, cifra que se fue incrementando con los ajustes presupuestarios derivados de la crisis económica. El tiempo disponible para cada uno hacía posible repasar con detenimiento su historia clínica, ajustar los tratamientos farmacológicos, realizar exploraciones y programar tratamientos quirúrgicos, en los casos necesarios. Los pacientes por su parte, aprovechaban el tiempo para aclarar dudas y exponer sus preocupaciones sobre la eficacia o los efectos secundarios de los medicamentos. En los 6 meses de mi estancia en la consulta, en dos ocasiones el médico preguntó sobre la influencia del trabajo en la evolución de la enfermedad y 6 pacientes se refirieron a él como una variable que incidía directamente sobre su salud: en 5 casos de forma negativa y en 1 caso de forma positiva. Ninguno de estos pacientes formó parte de los que fueron seleccionados para cumplimentar los cuestionarios.

En cuanto al personal médico, podríamos hablar de que varios de ellos presentaban síntomas compatibles con el denominado síndrome de *Burnout*. En este punto debemos aclarar que esta denominación contribuye a patologizar, al individualizarlas, lo que no son otra cosa que las respuestas a situaciones laborales

caracterizadas por la presión y la precariedad¹. Es por ello que declinamos en la utilización del término en nuestra investigación.

La mayor parte de los médicos manifestó la impresión de que la administración entorpecía y no valoraba su trabajo. Como ejemplo paso a reflejar las afirmaciones con las que se expresaba uno de los algólogos más reconocidos de nuestro país:

“Yo le digo a mis compañeros jóvenes que si van a trabajar en la Sanidad Pública, lo único que pueden esperar son humillaciones. Eso es lo que te van a ofrecer. Trabajar en malas condiciones, con un sueldo escaso, con una sobrecarga importante, con un contrato lo más cutre posible durante el mayor tiempo posible. Yo por ejemplo estuve en 22 años de interino. Creo que en 22 años les dio tiempo a convocar plaza o concurso. Quiero decir, que con la experiencia que tengo y los años que llevo, ya no espero nada de la Seguridad Social ni de la Sanidad Pública. Como mínimo lo único que espero es que me dejen en paz y que no me puteen. Encima se dedican a eso. Yo hago mi trabajo, lo hago lo mejor que sé y lo mejor que puedo con los medios que dispongo. Evidentemente, no estoy en absoluto satisfecho con la situación que tengo. Aquí tenemos una lista de espera de más de dos años para ver a un paciente en primera consulta. Es decir, si a ti te mandan ahora mismo a la UDC de X, te podremos ver dentro de dos años. Eso me parece una aberración y ahí no influyen problemas de recursos, sino también otra serie de cuestiones que hacen también que esto sea el pozo sin fondo al que va todo aquel que no saben qué hacer con él [...]. Por medio millón de habitantes, en este hospital tenemos sólo dos médicos especialistas y una médico general, y con eso tenemos que atender el dolor crónico de medio millón de habitantes. Evidentemente es imposible. [...] Lo que estoy

¹ Según afirman González Rodríguez y González Corrales (2004): El síndrome de Burnout se caracteriza por el agotamiento emocional y la sensación de estar al límite, por el descenso del compromiso laboral, por sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso. En definitiva, por un estado disfórico hacia todo lo relacionado con el paciente. Este tipo de respuestas son las que corresponden, o bien a circunstancias personales sobre las que sería necesario reflexionar o en mayor medida a condiciones laborales que habría que mejorar. Pretender que una buena respuesta adaptativa a estas circunstancias sea responder a ellas como si no se estuvieran produciendo, es a nuestro juicio lo realmente patológico.

deseando a estas alturas es jubilarme y desaparecer de la Sanidad Pública lo antes posible, porque esto es un mata hombres. O sea aquí, todo es dificultad y todo son problemas. [...] Aquí partimos de la base de que cada paciente que se ve y se atiende es un gasto más; por tanto, ahí empezamos mal porque se contempla la actividad como un gasto y no como un beneficio. Y por lo tanto, cuanto menos gastes, mejor; cuanto menos dinero, mejor. [...] Aquí tienes una sobrecarga brutal... Ahora mismo mi compañero se ha dado de baja porque se ha roto un hombro, y yo tengo que asumir mi trabajo y el suyo. No sustituyen a nadie, no... En fin, que llega un momento que lo único que me preocupa es cuánto me queda para jubilarme. Ya no me motiva nada más.”

Cuando le pregunté si a un hombre como él, preocupado por el dolor, no le motivaba seguir formándose respondió:

“En este país la formación médica está en manos de las compañías farmacéuticas. No existe la formación médica. No hay fondos, ni recursos, ni ningún tipo de medida. Lo máximo que te pueden dar es parte de tu tiempo asistencial para poder dedicarte a eso y ya lo están negando.

Nosotros estamos en una estructura que lo que hace es sustentar una situación social o un sistema político (no sé cómo decirlo), pero las contradicciones de ese sistema las tienes que sufrir tú, cara a cara con el paciente.”

A juzgar por las afirmaciones del médico, podríamos pensar que nos hayamos frente a lo que, desde la MBE se denomina síndrome de Burnout, caracterizado como hemos visto, por el agotamiento y la desmotivación dentro del ámbito laboral.

El CIE-10 señala que este tipo de respuestas a estímulos aversivos continuados y de difícil evitación, son propias de determinadas condiciones laborales. A pesar de ello le achaca al paciente problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida. Se trataría, según la CIE-10, de un hallazgo clínico anormal imputable a la labilidad emocional del trabajador.

Por su parte, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en su quinta edición (DSM-5), elaborado como ya vimos en capítulos anteriores por la American Psychiatric Association (APA), lo considera un trastorno distímico, un trastorno de ansiedad y un trastorno de personalidad no especificado (Roth y Pinto, 2011). Sin embargo es preciso reparar en que el médico nos está hablando de: humillaciones, presión asistencial, falta de formación, un contrato temporal que duró más de 22 años, listas de espera de 2 años, bajas sin cubrir, falta de reconocimiento,... para terminar afirmando: “como mínimo lo único que espero es que me dejen en paz y que no me puteen”. Por todo lo expuesto consideramos, que al hablar de síndrome de Burnout, se enmascaran unas condiciones laborales que inciden negativamente sobre la salud de las personas, convirtiendo a los trabajadores en víctimas de las mismas. El síndrome de Burnout patologiza a la víctima, minimizando las condiciones o el origen de sus padecimientos y centrando la mirada clínica en una supuesta labilidad mental del trabajador. Nuevamente la evidencia social queda transformada en evidencia científica y en saber clínico. Por nuestra parte consideramos que la respuesta del médico informante es coherente con su situación laboral, motivo por lo que el remedio debería centrarse más en las causas por las que se produce, y no tanto en sus consecuencias.

Este informante ha sido seleccionado porque su testimonio coincide con el de muchos médicos. Él recoge de manera sucinta lo expuesto por la mayoría de los informantes especialistas en el tratamiento del dolor que fueron entrevistados. La mayoría de ellos manifestaron sentirse desmotivados hacia su profesión y la mayor parte consideraron que la formación que habían recibido no les preparaba para realizar un abordaje integral de los padecimientos. A pesar de todo se mostraron esperanzados, si cambiaban las condiciones laborales y la presión asistencial, en poder recuperar la ilusión que habían perdido. Todos ellos, consideraron que el trabajo estaba contribuyendo en el deterioro de su salud.

Cuando les preguntamos si en algún momento habían pensado en la influencia del trabajo en la situación clínica de los pacientes, invariablemente respondían que la medicina hospitalaria dificultaba, cuando no impedía, prestar atención al contexto de la enfermedad.

El foco de la atención se centró en el control de los tratamientos farmacológicos en función del mayor o menor grado de alivio que manifestaran los pacientes. En muchas ocasiones también se pautaron técnicas quirúrgicas con la finalidad de reforzar la acción, si no terapéutica, sí por lo menos paliativa de los medicamentos.

La práctica de la MBE centraba el ojo clínico del médico en la pantalla del ordenador en la búsqueda de nuevos hallazgos clínicos. Se trataba de confirmar, o bien matizar, unos resultados centrados en la anatomopatología del afligido. Y si bien fueron frecuentes preguntas relativas a la dieta o a la práctica de ejercicio físico, a nuestro juicio estas *contextualizaciones* reforzaban el planteamiento teórico de la MBE. Hemos de tener en cuenta la abundante literatura médico-científica que se ha producido sobre la obesidad y/o el tabaquismo y el riesgo potencial que ambos representan para la salud. En esta línea discursiva, donde la competencia clínica se identifica con la evidencia científica o probatoria del dolor, la narración del enfermo se mostraba devaluada debido a su carácter subjetivo. Siendo el dolor un *no signo*, no puede evidenciarse, ni su intensidad ni las limitaciones que produce, por lo que fueron los resultados de las pruebas, bioquímicas, rayos X, tomografía axial computerizada (TAC) , RMN, los que aportaron la información considerada más relevante. En el caso del dolor crónico, uno de los principales problemas venía derivado precisamente por su carácter inconmensurable y por lo tanto por su dificultad para ser sometido a estándares cuantitativos. Los daños laborales de estos pacientes se disolvían en la jerga de la biomedicina, siendo la consulta un espacio donde la rapidez y la eficacia pragmática se impuso frente a las narrativas de aflicción.

El paciente con dolor crónico conocía bien las dificultades que entrañaban para él un sistema que le impedía expresarse en su dimensión más limitante y más desoladora, tal vez por ello fue frecuente la insistencia por filtrar su narrativa entre los resultados de las pruebas clínicas. A continuación, a través del testimonio de varios informantes, pasamos a exponer varios ejemplos de lo afirmado:

“Pienso cosas malas, doctor. No puedo seguir así. Y pienso en cosas malas. Todo el día, toda la noche. Ahora mismo no lloro porque me da vergüenza.

No puedo estar sentada, no puedo estar en la cama... se lo digo, no quiero vivir. No puedo más.”

O bien:

“Ni con el Nolotil bebido. Me cuesta mucho andar y eso que yo lo intento porque cojo y digo, aunque me duela pues bueno, hay que intentarlo, pero cuando llego a la esquina ya me dan calambres en las piernas y me fallan. El otro día si no me siento en una silla, me hubiera caído.”

Sólo en las entrevistas realizadas con posterioridad a la aplicación del cuestionario, aparecieron afirmaciones referidas a la influencia de la actividad laboral en las patologías presentadas:

“Ya no es que fueran las horas, es que tú tenías que hacer la misma cantidad todas las horas al día. Y eso influye bastante si estás mal y si estás con dolor. Si vas al servicio, te miran mal. Y por más inspecciones que ha habido, al final levantan la mano... Sí, yo estuve desde que tenía 16 años hasta hace dos años... pues, veintitantos años. [...] Y como digo yo: tienes que apretar el culo para hacerte la misma cantidad todas las horas. O sea, llega un modelo, te cronometran, ven lo que tardas en esa operación y ya, hasta que se termina ese modelo, tienes que repetir la misma operación; tanta cantidad, en tantas horas. [...]Sí, muy duro. Ya le digo yo que he intentado suicidarme porque había médicos que ni me entendían. Yo tenía un médico de cabecera muy bueno que me entendía, cogió cáncer, le dieron de baja y metieron a otro. Mi enfermedad no la entendía, y yo ahí ya me caí para abajo. Yo llegaba y mi marido me decía: es que tú le tienes que decir a tu jefe...Y yo le decía: sí, yo le digo a mi jefe, pero es que hay otras 20 chicas que no le dicen nada.

Ahora estoy en el paro. Estoy intentando que, por lo menos, me reconozcan que mi trabajo no me benefició. Me lo han denegado. No, no, no. Se creen que estoy ahí por cuento. Además hubo un médico que me dijo que era psicológico, que era como si yo decía que me dolía mucho, mucho la cabeza, y de ahí no me bajo. Y yo le dije: ¡Esto es increíble! Entre los

recortes, la crisis, las circunstancias que hay...y que llegues allí al EVI o a la mutua y te des contra un muro... Digo: ¡pero bueno, esto qué es! Te lo digo de verdad.”

Con un sufrimiento laboral que le llevó a plantearse el suicidio como única salida a sus padecimientos, la afligida se encontró con que la MBE le increpaba porque sus síntomas no podían ser objetivados a través de análisis bioquímicos, o mediante pruebas radiológicas. La informante solicitó y le fue denegado, que se contemplara el trabajo como la principal causa que contribuyó al deterioro de su salud, sin embargo la MBE con sus pretensiones de objetividad científica, contribuyó a silenciar y ocultar el origen laboral de sus padecimientos. En mis observaciones fue frecuente que cada médico subjetivara los padecimientos de acuerdo con su propia formación, con su propia experiencia clínica y biográfica, y con criterios derivados de su personalidad. La MBE al centrarse en el cuerpo, ocultaba el *yo*, en realidad el único poseedor de la certeza sobre *su* propio sufrimiento. Fuera de las consultas, las entrevistas realizadas a los informantes, sí que nos proporcionaron amplia información de la influencia del trabajo sobre su salud.

Un enfermo de la UDC comentaba:

“...Cuando he ido a pasar tribunal médico me decían que el dolor no se puede medir. Y claro, todo esto me ha creado una... Estoy también con el psiquiatra, porque el dormir... A parte, que por los trabajos que he tenido no duermo bien, es que no duermo pensando también que me veo en una situación que no puedo trabajar por los dolores. Y teniendo un trabajo en los tiempos que estamos, para mí es una bendición de Dios...Y bueno, si me operan sí, pero si mis jefes ya no me necesitan ¿Dónde voy yo luego yo?”

En este ocasión el EVI argumentó, al igual que en el caso de la informante anterior, que al no poder evidenciarse empíricamente la veracidad de la narrativa del enfermo, sus síntomas carecían de relevancia clínica, o lo que vendría a ser lo mismo, que carecían de la carga probatoria necesaria para ser tenidos en cuenta por la biomedicina.

Pasamos a exponer el testimonio de otra paciente:

“¿Qué por qué creo yo que me duele? Eso viene a consecuencia de lo que viene. El campo, hermosa. Pues mira, si has tenido que ir a vendimiar to el día, si ha habido que recoger piedra, si ha habido que recoger patatas... Mi padre echaba remolacha, la remolacha es coger las dos zanahorias, como yo decía y pin, pin, y al remolque. Y luego viene el desgaste, y ya está. Llega un límite que dices: ¿Y ahora, que? ¿Qué he hecho? ¿Y qué voy a hacer de aquí en adelante? Ese es el problema... ¿qué voy a hacer de aquí en adelante?”

Resulta relevante que la informante se pregunte después de relatar los esfuerzos realizados (recoger piedra, remolacha,...): “¿Qué he hecho?” Con este interrogante la enferma se responsabiliza de un daño que, como en la mayor parte de casos similares, pudo haberse evitado si el contexto social hubiera sido otro. Este sufrimiento no fue el producto de un daño auto-infligido, pues ella misma reconoce: “mi padre echaba remolacha” o “si ha habido que recoger patatas”, ya que hacen referencia, a la autoridad y a la obligación, como las causas que contribuyeron a aceptar el sufrimiento laboral, a pesar de sus consecuencias para la salud.

Otra enferma manifestaba:

“Yo siempre he estado en el servicio doméstico y en el campo. Como había tantas necesidades, pues me iba a servir en el invierno y en el verano a trabajar en el campo para ganar un poquito más. Entonces hacía muchos esfuerzos siendo casi una niña...que te mojabas muchas veces porque llovía y te mojabas mucho...y todo eso, porque iba a vendimiar y si caía una nieblecilla, allí que la aguantabas con trece años... y así. Por eso le digo que... Y cuando iba a servir nada más que de rodillas...me tuvieron que operar una vez de la rodilla porque se me infectó, porque entonces no había mopas y fregábamos el suelo de rodillas y enjabonábamos los pisos con jabón y un estropajo, y todo eso... Esa ha sido toda mi juventud, esa... Ya le digo, hasta los treinta,... no, no, hasta los treinta y cinco. Mire usted, que no le dejo de hablar, que tomé la comunión con 18 años, así que, fíjese

usted, siempre sirviendo. O sea, que trabajos muy fuertes y muchos...Entonces no había ni Seguridad Social ni nada...no te ponían en nada, en nada.”

La informante relaciona las consecuencias de los esfuerzos realizados en sus trabajos, en el campo y en el servicio doméstico, con la pobreza: “Había tantas necesidades...entonces hacía muchos esfuerzos siendo casi una niña”.

La pobreza y el trabajo, según los informantes de más edad, fueron la causa del dolor crónico que padecían. Este dato lo podemos ver cuantificado en el apartado correspondiente al análisis estadístico.

De los numerosos trabajadores de las obras de Madrid que asistieron a la consulta, resulta revelador el siguiente testimonio:

“Todos los días a Madrid. Sí, si fueron 13, no, no fueron 14 años. Íbamos en una furgoneta y nos gustaba el destajo porque se ganaba más. Es que verá usted, es que no se lo va a creer, pero estábamos así. Era avaricia y ahora me doy cuenta... Yo sigo vivo por ésta (señala a su mujer que permanece en silencio), porque ella me necesita, porque yo digo que si antes no estuve con ella, tengo que estar ahora. Y si es con Nolotil, pues con Nolotil, y si es con morfina, pues con morfina. Y se lo digo a usted, que me levanto 10 ó 12 veces cada noche por los dolores y entonces me duele más y entonces me acuerdo de mi hijo que ya no está con nosotros y de la puta casa, que no sé para qué queremos ahora esta casa...¡Dios mío! Perdóneme usted, perdóneme usted.”

Este relato resulta interesante por dos motivos: el primero porque el informante reconoce haberse expuesto a los sobreesfuerzos de los destajos, únicamente por los beneficios económicos que estos llevaban asociados (“era avaricia, ganas de más dinero, te dejabas la salud...”); el segundo, porque afirma: “y ahora me doy cuenta”. En definitiva, que antes no pensó, o no tomó conciencia, de hasta qué punto el trabajo terminaría pasándole factura a su salud. Los procesos de subjetivación del informante fueron consonantes con las demandas realizadas desde los discursos político-económicos del momento (también del actual), a través de los que se interpelaba a los

obreros (y ahora también a los desempleados), a reconocerse a través de lo económico como sujetos vitales, exitosos, triunfadores y, lo que a nuestro juicio nos parece más relevante atendiendo a las condiciones socio-económicas de la zona, capaces de reparar con su trabajo, el hambre y la escasez del pasado. En este caso se dio la terrible circunstancia de que el único hijo de la pareja, de 24 años de edad, murió como consecuencia de un disparo accidental con su arma reglamentaria. Su hijo, Guardia Civil, desarrollaba la profesión que le hubiera gustado realizar a nuestro informante, quién le presionó para que opositara a las Fuerzas Armadas.

Como ya nos indicó Oliva Serrano (1995), fueron muy numerosos los trabajadores de la zona de estudio, que realizaron su trabajo en las obras de Madrid coincidiendo con el *boom* inmobiliario que precedió a la crisis económica. Ya expusimos, cómo los destajos y las subcontratas, constituyeron las formas de trabajo más extendidas. Estas modalidades, llevaban asociado un plus de productividad, de unos cuerpos que fueron sometidos durante muchos años al sobreesfuerzo físico y psicológico. Sin embargo los efectos del trabajo no son necesariamente perjudiciales para la salud, como podemos comprobar a través del siguiente relato de la hermana de uno de nuestros informantes: “cuando estaba trabajando estaba muy bien de la epilepsia. El trabajo la mejoraba. Después la despidieron, y ahora cuando la llaman de la bolsa de trabajo y ven su historial no quieren contratarla”.

Observamos cómo se confirma lo afirmado por Dejours (2009b), en el sentido de que el trabajo nunca es neutral para la salud, resultando en este caso beneficioso. El problema, como podemos observar, surge cuando la enfermedad supone un obstáculo para mantener o encontrar un puesto de trabajo, al aumentar las probabilidades de bajas médicas, y sobre todo por el incremento de los costes empresariales que llevan asociadas. Al preguntar a nuestra informante el motivo por el que la gente del pueblo conocía los detalles de la enfermedad, nos respondió que al tratarse de una localidad relativamente pequeña, los vecinos suelen conocer éstas y otras cuestiones de carácter personal. Esto nos lleva a situarnos en el *sickness*, o dimensión social y simbólica de la enfermedad.

Por su parte los médicos desempeñaban su trabajo en un espacio de asepsia socio-histórica que dificultaba, cuando no impedía, contextualizar el sufrimiento más

allá de centrar la atención en el enfermo, apelando a su responsabilidad en el mantenimiento de su salud.

Como hemos visto con el testimonio del algólogo y anestesista, el sufrimiento laboral es una constante que se repite, con mayor o menor intensidad, en el desempeño del trabajo de médicos e informantes. Una constante por otro lado, cuya característica principal sería su *invisibilidad*. Esto influye, en que este tipo de sufrimiento se tolere como se tolera la adversidad derivada de las condiciones climáticas. En otras palabras, el sufrimiento laboral terminó reificado e incorporado al trabajo de los informantes, sin que en la mayoría de los casos repararan en sus consecuencias para la salud. Desde esta perspectiva el médico, al mismo tiempo que valora su trabajo, también es consciente cuando se le pregunta, de sus efectos, positivos o negativos, para su salud y la de sus pacientes. Sin embargo considera que el espacio clínico no es el lugar para dirimir éstas y otras cuestiones.

Si las narrativas del sufrimiento constituyen *ventanas* para el análisis social y antropológico, la biomedicina traduce a fisiopatología estas narrativas, de modo que el discurso médico, elimina las narrativas de aflicción al sustituirlas por nuevas narraciones acordes con el discurso de la MBE. Por otro lado, el aval académico contribuye de modo decisivo a esta metamorfosis, eliminando los criterios de causalidad y centrándose en las pruebas bioquímicas y radiológicas.

El médico de la UDC sabe que el trabajo puede ser o haber sido, la causa de innumerables patologías, pero también conoce por su propia experiencia laboral, que nada puede hacer para evitar o incidir desde la biomedicina en el sufrimiento que el mismo pudiera provocar en sus pacientes. Por ese motivo, y por considerar que el hospital no es el marco de referencia en el que deban abordarse estas cuestiones, la realidad es que, tanto como observadora participante, como por los resultados y el análisis de las entrevistas realizadas, estoy en condición de poder afirmar, que el trabajo no ha sido relevante dentro de la consulta de dolor crónico. A pesar de lo dicho, los médicos reconocieron la importancia de la historia laboral para completar la historia clínica de los pacientes. Es importante reparar en ello para establecer, desde la antropología médica, la filosofía antropológica y la medicina del trabajo, nuevos marcos

críticos y teóricos sobre el sufrimiento laboral. Flores Martos (2012) se refiere al papel de la antropología médica con estas palabras:

“Desde la Antropología Médica Crítica, con autores como Comelles y Martínez (1993), Menéndez (2002), Taussig (1995) o Scheper-Hughes (1997), se considera que la experiencia subjetiva de padecer no puede analizarse ni comprenderse totalmente si se le mira de manera aislada, es decir, sin tomar en cuenta de modo privilegiado el contexto, la estructura [...]”

Los pacientes de la UDC por su parte, han aprendido el lenguaje que procede usar en el ámbito hospitalario, de modo que si bien cuando se les preguntó fuera de la consulta relacionaron sus padecimientos, directa o indirectamente, con el trabajo y las dificultades económicas, cuando se encontraban delante del médico, focalizaban la información en los aspectos biológicos vinculados con los órganos dañados.

Los entrevistados fueron conscientes, aunque en su momento lo minimizaran, de que determinados *estilos laborales* mantenidos a lo largo de los años terminarían pasándole factura a su salud. Las dificultades económicas, el contexto histórico-social y más tarde los cuantiosos beneficios proporcionados por el trabajo en la construcción, fueron los elementos que incidieron en mayor medida en el sufrimiento laboral de nuestros informantes.

En total fueron 12 pacientes los que consideraron el trabajo en la construcción, como la causa de sus dolencias actuales. En capítulos anteriores vimos cómo la burbuja inmobiliaria del mercado madrileño se alimentó, mediante las subcontratas y los destajos, de un buen número de trabajadores del área geográfica en la que se ubicó nuestro estudio. El esfuerzo y el número excesivo de horas, conjuntamente con el distanciamiento familiar, ha dado lugar a sentimientos de fracaso encontrado en relatos como el que pasamos a exponer:: “Dios mío, qué he hecho con mi salud”. O bien: “Me he perdido lo mejor de mis hijos. Podría decirle a usted sin engañarla que no los conozco”.

En este caso, a diferencia del trabajo agrícola, no fueron las necesidades económicas derivadas de la pobreza las que llevaron a los trabajadores a poner en riesgo

y en muchas ocasiones, a perder su salud en el trabajo, sino más bien lo que, José Antonio Zamora Zaragoza (2012, p.30) denominó el *consumo como cultura*, y si bien en la zona la cultura del consumo no estuvo especialmente vinculada a la moda o a las grandes superficies, sí que lo estuvo con la adquisición de segundas y en ocasiones de terceras viviendas y en comprar terrenos de cultivo, principalmente vid. En ellos trabajaban los fines de semana y los días de descanso en el trabajo de las obras de Madrid. Sus propiedades fueron el símbolo del cambio de estatus que supuso pasar de jornaleros a propietarios. Por primera vez en la zona, las clases sociales pasaban desapercibidas a simple vista, lo que en ningún modo significó que las diferencias de antaño, no se siguieran reproduciendo bajo parámetros sociales y económicos diferentes.

Podemos concluir afirmando que el dolor crónico de una parte de nuestros informantes, representa la cara visible de que el trabajo tiene capacidad par causar daños y cuidados simultáneamente, de ahí la dificultad para su identificación y su conceptualización.

Por otro lado, ni los médicos ni los pacientes de la UDC consideraron el trabajo como un aspecto relevante dentro del ámbito clínico. El intercambio de información quedó reducido a dos ámbitos: el puramente biológico y el farmacológico. En ningún caso se aplicó lo establecido en el artículo 5 del RD 1299/2006 referido a la comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales.

5.4 En las consultas de psiquiatría. Un duelo entre el disease y el illness.

5.4.1 Unas consideraciones previas: Biomedicina y salud mental. Del encierro a la sonrisa Profidén.

Merece una mención particular dentro la biomedicina, la creación, categorización y tratamiento, que desde la misma se ha realizado de las enfermedades mentales. Afirmaba Foucault (1976), que la locura es una construcción occidental, sin embargo la anormalidad está presente en todas las culturas, particularizándose en cada una de ellas, tanto los criterios que la definen, como la manera de abordarla. Si para un Cheyenne, la auto-tortura puede ser considerada como una *medicina de guerra*, para un occidental, la

conducta autolesiva sería sugerente de ingreso hospitalario. La cuestión radica en que es cada sociedad la que define y dota de significado la conducta anormal de los sujetos.

Si la enfermedad en general sitúa en un estado de vulnerabilidad a los individuos, la enfermedad mental les posiciona en una categoría equivalente a la de menor de edad². La psiquiatría ha pasado del encierro de por vida³, el electroshock, los comas insulínicos, el aislamiento y la farmacología, a la psicología positiva más actual.

Pudiera parecer que los tratamientos psiquiátricos se han humanizado con el transcurso del tiempo. No ha ocurrido así, más bien se ha producido un desinterés institucional por los enfermos crónicos y una psiquiatrización y psicologización de la vida cotidiana. Durkheim (1987), abogaba por un control externo encargado de regular las pasiones y la moral de los individuos y por el fomento de la capacidad de autocontrol de las personas. En este sentido Elías (1986), vincula el progreso y la civilización con una mayor capacidad de autocontrol de los seres humanos. Esta capacidad supondría en realidad, una auto-vigilancia con el objetivo de evitar la transgresión de la norma.

Foucault y Goffman, pusieron en tela de juicio el saber científico de la psiquiatría, subrayando sus aspectos estigmatizantes y coercitivos. Como ejemplo de sus planteamientos encontramos a aquellos disidentes políticos que fueron confinados de por vida en campos de concentración en los que el trabajo fue un elemento terapéutico y normalizador (Hacking, 2004). En los regímenes democráticos, dentro de instituciones cerradas, como la cárcel, se redime pena a través del trabajo y en los manicomios los locos realizan actividades de laborterapia. Tanto en un caso como en el otro, el trabajo es considerado como un tratamiento de reinserción social. García-Alejo (2008), hace referencia a los *workhouse*, establecimientos a los que a pobres y

² A través de la normativa, el cónyuge, descendientes, ascendientes o hermanos, pueden solicitar a la fiscalía la propuesta de incapacitación del enfermo mental que, de ser estimada por el juez, tendrá como consecuencia principal la incapacidad del enfermo para tomar decisiones propias.

³ Recordemos la vida del poeta Leopoldo María Panero, que transcurrió prácticamente desde su infancia en diferentes hospitales psiquiátricos de la península y Gran Canaria. Panero vivió, como tantos otros, la indefensión de la psiquiatría. En la carta enviada por Cesar Castillo a la entonces ministra socialista Carmen Alborch, definía su situación en el psiquiátrico de Mondragón, como un castigo infinito.

vagabundos se les proporcionaba techo y un entrenamiento en el trabajo, con la finalidad de prepararles para su integración en la sociedad.

Actualmente la psiquiatría no escapa a la focalidad organicista de la biomedicina, dejando en segundo lugar la importancia de los factores económicos y políticos en la manifestación y en el desarrollo de la enfermedad. Avances bioquímicos, como los inhibidores de recaptación de serotonina, utilizados diariamente por millones de personas occidentales como antidepresivos, unidos a los avances técnicos, y al auge de la causalidad genética de la enfermedad, centran los diagnósticos y fijan los tratamientos.

La tecnificación y la biologización no han supuesto una novedad en el desinterés por los factores culturales, laborales y sociales, que rodean a los enfermos psiquiátricos, puesto que ese alejamiento siempre estuvo presente⁴. Si en algún momento se tuvo en cuenta el contexto, fue en el carácter normalizador con el que nació la psiquiatría tal y como la entendemos en la actualidad⁵.

Afirmaba Foucault (2009):

“Durante mucho tiempo, el individuo se autenticó gracias a la referencia de los demás y a la manifestación de su vínculo con otro (familia, juramento de fidelidad, protección); después se lo autenticó mediante el discurso verdadero que era capaz de formular sobre sí mismo o que se le obligaba a formular. La confesión de la verdad se inscribió en el corazón de los procedimientos de individualización por parte del Poder.” (p.134).

A este respecto nada hay con mayor eficacia normalizadora, que una RMN o una Tomografía por Emisión de Positrones (PET). La tecnificación, unida al desarrollo de la biología molecular, reforzó el proceso de biologización, al homologar los trastornos mentales con las enfermedades físicas.

⁴ Las terapias psicodinámicas han sido y son en la actualidad, patrimonio de aquellas personas que pueden costearse una sesión semanal, debido a que la propia metodología psicoanalítica, lleva implícita la regularidad en la asistencia a las sesiones.

⁵ Johan Christian Reil acuñó en 1803 por primera vez el término *Psychiatria* en la revista *Beytrage zur Beforderung einer Curmethode auf psychisohem wege* (Brigham, 1847).

El DSM-5, junto con la CIE-10, establecen una clasificación en función de los síntomas, que es utilizada por la mayor parte de profesionales de la psiquiatría y la psicología occidental. Se trata de ponerle un nombre a los cuadros clínicos de las conductas no adaptadas al contexto social⁶. Con todo, como afirma Martínez Hernández (2008), esta clasificación ha sido objeto de polémica por diferentes sectores de la psiquiatría. Estos nos alertaron del peligro que suponía su aplicación, dado su carácter descriptivo, estático, reduccionista y falsamente objetivo. El autor se pregunta cómo es posible elaborar una descripción objetiva nosológica, sin una teoría que la sustente. Al mismo tiempo le pregunta al lector, si la definición ateórica de estos manuales, no constituirá el indicador de una teoría subyacente. García-Alejo (2008) le responde refiriéndose al éxito político de control social, concomitante a la biomedicina.

No debemos olvidar que en su práctica clínica, los psiquiatras o los psicólogos, se encuentran con relatos donde las personas les expresan sus preocupaciones, sus desvelos y sus temores. En realidad se encuentran con quejas o expresiones de malestar, que van más allá de la evidencia de los signos físicos. A estas manifestaciones, las ha dotado el DSM de objetividad biológica a través de los criterios establecidos en la guía. Sin embargo, estos criterios están sustentados en una realidad que pertenece al dominio del paciente, y será solo a través de sus circunstancias vitales, cuando adquieran todo su significado.

Conviene no pasar por alto las advertencias de psiquiatras y antropólogos médicos, sobre el auge de la farmacología en los últimos años. Cosgrove y Krimsky (2012), han puesto de relieve los conflictos de intereses en la elaboración del DSM-5, en concreto establecen que los comités más vinculados con la industria farmacéutica, son aquellos donde la acción terapéutica se centra en el tratamiento farmacológico como primera opción. Como ejemplo señalan que el 100% de los integrantes del comité de trastornos del sueño y el 67% de los integrantes del comité de trastornos del estado de

⁶ La autora de esta investigación fue diagnosticada por una psicóloga de los servicios públicos de salud, de una alteración de la conducta de etiología psicógena. Dicho diagnóstico se produjo en el Centro Base de Ciudad Real. Después de ser revisada por el traumatólogo, fui valorada por la psicóloga del centro, quien estableció su diagnóstico cuando le manifesté mis reservas a responder a algunas de sus preguntas.

ánimo, mantienen relaciones con las farmacéuticas que fabrican los medicamentos que se prescriben para tratar estos problemas.

5.4.2 Dentro de la consulta

El servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General de Tomelloso, está formado por dos consultas de psiquiatría y dos de psicología. En ellas realizan sus funciones, dos psiquiatras, dos psicólogos, un enfermero y una auxiliar de enfermería encargada de citar a los pacientes. Las consultas están ubicadas en la planta baja del hospital, y se accede a ellas desde una amplia sala de espera compartida por los usuarios del servicio de extracciones y análisis clínicos. Tanto los facultativos, como la auxiliar de clínica, disponen de consultas independientes con dos puertas de acceso; una de ellas es la utilizada por los enfermos, mientras que la otra, ubicada en el extremo opuesto, comunica con un pasillo de acceso exclusivo para el personal sanitario, desde el que se puede acceder sin pasar por la sala de espera, tanto a la propia consulta, como a todas las situadas a lo largo del corredor y al resto de instalaciones del hospital. Nuestro pasillo comunicaba con las consultas de: neuropediatría, psiquiatría 1, psiquiatría 2, psicología 1, psicología 2, hematología y salud laboral. Esta circunstancia arquitectónica, posibilitaba la entrada y salida de la consulta sin generar malestar e inquietud en los pacientes que esperaban al otro lado. También favorecían el compañerismo y breves “respiros” o periodos de descanso, mínimos la mayor parte de las veces y, en algunas ocasiones, la realización de interconsultas sobre pacientes que estaban siendo atendidos en ese momento. El simple hecho de salir al bar a comprar un café para tomarlo en la propia consulta, suponía una pausa para cargar pilas y continuar.

Como en el caso de la UDC, durante la observación participante permanecí sentada en la mesa al lado de la psiquiatra y al igual que ella, llevaba una bata blanca cuya única función consistía en servir de distintivo para caracterizarnos como personal sanitario del centro. Un ordenador desde el que se accedía a la historia clínica de los pacientes, varias agendas, bolígrafos con el nombre de algún laboratorio farmacéutico y un teléfono, ocupaba la mesa del médico. En la pared de enfrente, un armario metálico, y más arriba un reloj que nos recordaba que si no se aumentaba el ritmo de trabajo, podríamos salir de la consulta a las 04.00 p.m.

En psiquiatría, al igual que me ocurrió en la UDC, también me pregunté muchas veces, qué hacía yo en un contexto tan hostil, sometiendo a mi maltrecha espalda a jornadas laborales, que luego terminarían pasándome factura, e incluso qué hacía yo en aquella encrucijada de sufrimientos, cuya narración terminaba compactada debido a la cada vez mayor, presión asistencial. Si continué, fue gracias a lo fácil que me lo pusieron mis informantes, médicos y pacientes, y a una motivación que se renovaba con la historia de cada enfermo.

Desde el principio comprendí que el tiempo establecido para cada paciente condicionaba sus posibilidades terapéuticas, de modo que éstas quedaban reducidas a prescripciones farmacológicas y a las revisiones (aumentos, disminuciones, retirada o nuevas prescripciones), farmacológicas. En algunos casos se combinaba el tratamiento farmacológico con la atención psicológica, que a su vez también se encontraba sometida a una intensa presión asistencial. El intercambio de información sobre los pacientes era continuo y fluido, ajustando fármacos y atención psicológica en función de la coordinación entre los profesionales.

La cercanía al paciente se hizo patente desde el primer día al dirigirse la psiquiatra a los pacientes por su nombre y tutear a los enfermos. En el contexto hospitalario, el tuteo del médico al paciente es un tratamiento de confianza y cercanía que favorece el intercambio de información, sobre todo en el caso de mi informante-psiquiatra que lo solía acompañar con una sonrisa. Sin embargo el tiempo se mostraba inexorable y en muchas ocasiones las narrativas de los afligidos eran interrumpidas para encauzar la conversación hacia los efectos, positivos o adversos, de la medicación.

Hemos de tener en cuenta que si hay un espacio donde la narrativa cobra fuerza sobre la evidencia dentro del marco hospitalario, ese espacio es el de la de psiquiatría, donde el *illness* se impone al *disease*, al no encontrar una evidencia fisiopatológica en la que la MBE pueda focalizar su mirada. En la mayor parte de los casos tratados, ni las pruebas radiológicas ni las analíticas, constituían una evidencia del origen y la evolución de padecimientos, que en un caso terminó en el suicidio de uno de los informante. Sin embargo en psiquiatría también se perdía el sentido durkhemiano del sufrimiento, y aquí también careció de relevancia la trayectoria laboral de los sujetos. Ello no quiere decir que los pacientes no se refirieran a ella, ni que la psiquiatra

no le diera su justa relevancia, sino que nuevamente la eficacia pragmática de la biomedicina, volvió su mirada a los remedios farmacológicos como principal recurso terapéutico.

5.4.3 El extraño caso de la duloxetina, las bajas laborales y el visitador médico.

Al final de una mañana, la psiquiatra recibió a un visitador médico al que no pudo recibir antes debido al número de pacientes que quedaban para ser atendidos. Con la finalidad, según me comentó, de no parecer descortés, pospuso la cita al finalizar las consultas del día siguiente.

El representante de los laboratorios Lilly, acudió puntual, agradeciendo la atención con dos agendas de regalo y un folleto sobre la evidencia empírica de la duloxetina en la reducción de la baja laboral por depresión. Teniendo en cuenta la relación establecida entre el fármaco y el trabajo, le solicité información adicional sobre la investigación.

En el estudio titulado: “Depression Treatment with Duloxetine and Reduction of Inability to Work” realizado por Happich y cols. (2012), financiado por los *Laboratorios Lilly*⁷, se afirma que la depresión es el diagnóstico más frecuente en la CIE-10 que comporta incapacidad laboral en Alemania. Los resultados sirvieron, como suele ser habitual en las corporaciones farmacéuticas, para comercializar su fármaco, en este caso con el nombre de Cymbalta. Estos laboratorios, al igual que sus homólogos, cuentan con una fundación en la mayoría de los países donde están ubicados. A través de ella ofrecen formación, cursos, conferencias, lecciones magistrales, o simposios, en los que dan difusión a sus investigaciones con la finalidad, entre otras, de optimizar la comercialización de sus productos.

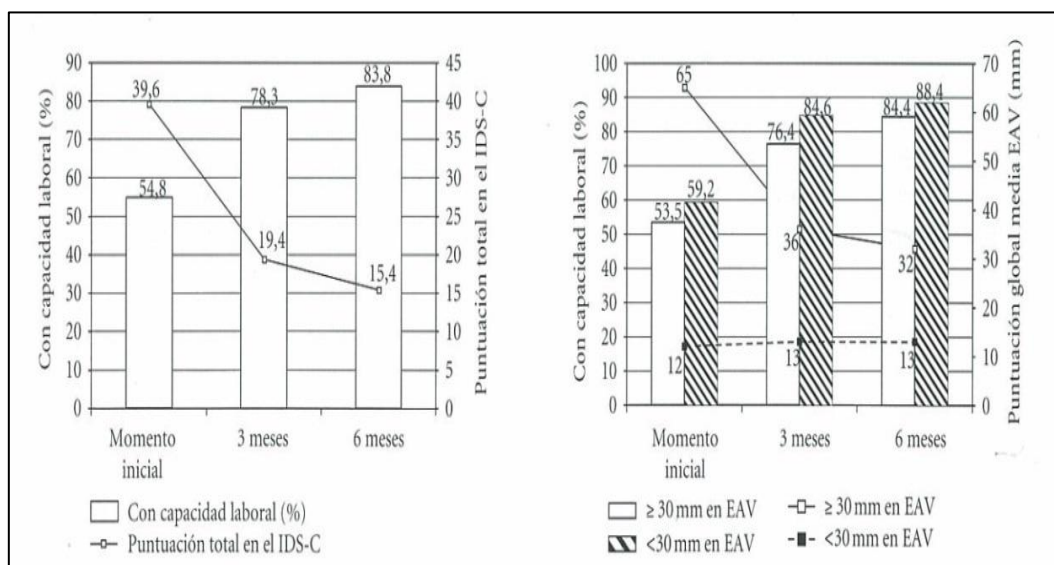
⁷ Los *Laboratorios Lilly* constituyen una corporación multinacional situada en 146 países, entre ellos España. Fueron ellos los que financiaron la investigación en la que se relaciona el tratamiento con Duloxetina con una reducción del período de baja laboral. Los autores de la misma, son miembros respectivamente, del “Medical Department Lilly Deutchlan y Alexander Schacht del Global Statistical Sciencies, Lilly Deutchlan”.

La hipótesis inicial de la investigación consistió en afirmar, que la mayor parte de pacientes depresivos, pero sobre todo aquellos con Síndrome de Dolor Físico (SFD) que al comienzo del estudio estaban en situación de IT, la baja se reduciría tras 6 meses de tratamiento con duloxetina. El estudio comparaba la capacidad laboral al inicio del tratamiento, con la que se observó 6 meses después. Los resultados obtenidos permitieron, según los laboratorios Lilly, cuantificar los cambios en la capacidad laboral en pacientes con depresión, después de haber iniciado el tratamiento con duloxetina.

Se indica que la mayoría de características de los pacientes con incapacidad laboral en el momento de realizar el análisis, eran *similares* a las de la población del análisis global, estableciendo como únicas diferencias, un 16,1% de pacientes hospitalizados y un 4,30% de intentos de suicidio.

En el apartado de conclusiones, gráfica 1, podemos observar una reducción sensible de la baja laboral tras 6 meses de tratamiento con el fármaco.

Gráfica 1. Depression Research and Treatment.



Fuente: Happich y cols., 2012,p.4.

En el apartado de discusión, aparece en primer lugar:

“La depresión y la incapacidad laboral resultante, repercuten enormemente en los costes de la atención sanitaria. En el sistema sanitario alemán, el efecto de la depresión ha aumentado a lo largo de los últimos años y ahora,

el diagnóstico del CIE-10, está dando lugar a las máximas cifras de días de incapacidad laboral en los asegurados de las compañías de seguros oficiales.

Durante el tratamiento de pacientes depresivos con duloxetina, se observó una considerable reducción de la incapacidad laboral, pasados entre 3 y 6 meses después de iniciado el tratamiento, tanto en general como en los distintos subgrupos. Dado que la incapacidad laboral es uno de los principales factores determinantes del coste que suponen los pacientes depresivos en Alemania, la reducción de la misma podría contribuir a un considerable ahorro de los costes para las compañías de seguros y para la sociedad.” (Happich y cols., 2012, p.5-6).

En la investigación de los laboratorios Lilly,⁸ la eficacia del tratamiento se centró en un aspecto cultural, como es el tiempo dedicado al trabajo. Desde el siglo XVIII, el trabajo, y más concretamente la división social y técnica del trabajo, han sido los elementos constitutivos del orden social, económico y político, en los que se ha visto reflejada la cultura occidental. En este caso, lo importante para la investigación dejó de ser la definición de la enfermedad como desviación de una norma biológica, para pasar a centrarse en su definición, como desviación de la norma social.

El dolor y la tristeza, que según la investigación son la principal causa de baja laboral en Alemania, dotó de significado la relación entre cultura y biología a partir de los fundamentos y la metodología de la biomedicina. Este planteamiento, adoptado por una multinacional de la farmacia, paradójicamente es similar al que en su día propusieron Browner, Ortiz de Montellano y Rubel (1988) para la antropología médica.

Podríamos afirmar que los laboratorios Lilly, han realizado un estudio etnomédico con la doble finalidad de reducir el gasto que suponen los cuerpos no productivos para las compañías de seguros, y de recaudar los beneficios producidos por la ingesta masiva de *Cymbalta*.

⁸ Tuve conocimiento de la investigación cuando, realizando trabajo de campo en la consulta de psiquiatría del Hospital General de Tomelloso, un visitador médico o representante del laboratorio Lilly lo dio a conocer a las dos psiquiatras del hospital. La promoción de los fármacos ha sido constante en los 18 meses de investigación en los tres centros en los que realicé mi trabajo de campo. Los visitadores o *informadores técnicos sanitarios*, piden a los médicos que prescriban la marca del laboratorio al que representan en función de determinadas ventajas sobre sus competidores. En este caso la ventaja del fármaco venía dada por posibilitar en un tiempo récord la incorporación del afligido al mercado productivo

En el estudio resulta paradigmática, no solo la cuantificación de un acontecimiento no biológico, como es el caso del tiempo no trabajado, sino la mercantilización de los procesos de formación-información del médico, para fomentar su adaptación al modelo socioeconómico en el que desarrolla su trabajo. En este contexto la adaptación socio-laboral de los afligidos, pasará a ser considerada como un eje central de su atención.

5.4.4 El sufrimiento laboral: entre el DSM-5 y el CIE-10

A diferencia de la UDC, los pacientes de psiquiatría no biologizaron sus padecimientos, presentando una clara tendencia a las narrativas de aflicción. El médico, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo, se encargaba de reconducirlas y transformarlas en síntomas o en su equivalente en las categorías diagnosticadas del DSM-5 o el CIE-10. Estos procesos taxonómicos generan una jerga particular en cada especialidad médica, que no vendría a ser otra cosa que la traducción de las narrativas al lenguaje anatomoclínico. Una paciente comentaba:

“Ahora entiendo lo que me pasa, porque yo desde pequeña tenía poco apetito. Si trabajaba como si no trabajaba, yo no tenía hambre. Se me hacía un nudo en la garganta cuando llegaba mi padre y venga a dar voces y venga y tira un plato y otro...y así... y yo quería irme a servir a Madrid...lo que te quería decir es que yo, claro, como no quería comer y no tenía ganas de nada, creía que tenía una depresión y estaba con mucha preocupación. Pero ahora me ha dicho el médico que lo que tengo se llama síndrome de fatiga crónica, y eso me ha tranquilizado...De verdad, me ha tranquilizado mucho, porque mira, cualquiera quiere saber lo que tiene dentro, y yo se lo digo a la doctora: ¿cómo no voy a estar así, si lo que tengo es fatiga crónica? Yo sigo con la paroxetina, pero me viene bien la relajación, y...las clases de salsa. Que como digo yo, que hay que cuidarse un poquito y pasarlo bien...”

Después pidió disculpas recordando a un médico que le había dicho que era *muy verborreica*, y que lo que tenía era un problema de *incontinencia oral*.

Este caso resulta representativo porque muchos afligidos acudían a la consulta buscando una causa orgánica que certificara, a través del diagnóstico, la veracidad de sus padecimientos. El médico es el único con capacidad para establecer un estatus de certeza sobre el sufrimiento de los pacientes: “¿Qué te han dicho que es?”, el diagnóstico como respuesta al *qué*, pasará a formar parte de la nueva identidad del afligido. En ella aprenderá a reconocerse y será reconocido socialmente.

Una trabajadora viuda, parada y con dos hijos de 3 y 5 años, después de una crisis de ansiedad narraba:

Muchas veces preparaba para suicidarme. Alguna vez me he ido al tren, pero no tenía suficiente fuerza para...tirarme. Y después pensaba en no comer....pero no podía, es muy duro estar sin comer. Y después pensaba en algunas pastillas para no despertarme nunca más...pero no sabía qué pastillas son las más buenas para no despertar. Yo he visto que muchas personas se despertaban después de tomarse las pastillas. Y entonces, entonces, empecé a pedirle a Dios que me llevara con él. (Anexo 12, audio nº64)

En este, como en otros casos, el paro y la precariedad, quedaron transformados en menos de 20 minutos, en un Trastorno Ansioso Depresivo con riesgo potencial de autolisis.

Kaplan y Sadock (1996) afirman:

El psiquiatra debe estar preparado para preguntar al paciente deprimido de forma específica sobre la historia y los síntomas asociados a la depresión e incluyendo preguntas sobre la ideación suicida que el paciente puede no expresar inicialmente. Otra razón para realizar preguntas específicas a los pacientes deprimidos es que puedan no darse cuenta de que síntomas como el despertarse durante la noche o el aumento de quejas somáticas están relacionados con los trastornos depresivos (p.122).

En el texto queda expuesta de manera sucinta la focalidad de la mirada clínica del psiquiatra. La ansiedad, la tristeza, la preocupación, la impotencia, la rabia, la

soledad, la pobreza y la exclusión social, fueron transformadas y re-convertidas en un trastorno mental. Esta manera de proceder, como hemos referido, ya quedó documentada por Nancy Scheper Hughes, cuando observó cómo en las favelas de Alto do Cruzeiro, el hambre fue transformada por la biomedicina en patología nerviosa. Y si bien los habitantes de Bom Jesús seguían estando hambrientos, fueron medicados con benzodiacepinas (mucho más costosas que la comida que necesitaban), con la finalidad de aplacar los síntomas propios de la falta de alimento.

De acuerdo con las taxonomías clínicas, en la consulta de psiquiatría los trastornos de ansiedad, junto con los del estado de ánimo, fueron los más comunes, seguidos de lejos por la esquizofrenia y otros trastornos de tipo psicótico.

Con independencia de lo expuesto, la psiquiatra mostró preocupación y empatía por las causas del sufrimiento de los pacientes, pero a su vez afirmaba que su trabajo la obligaba a actuar sin tener en cuenta el contexto, ya que las únicas herramientas de que disponía eran la farmacología y la posibilidad de derivar algunos casos a la consulta de psicología. El tiempo y la propia configuración de la atención médica, volvieron a actuar como una cortina de humo en los casos de sufrimiento laboral. Así queda reflejado, en el relato del siguiente informante:

Hace 5 ó 6 años comencé a tener ansiedad, pero no le daba importancia. Pero luego sí que le he dado [...] Me di cuenta cuando se fue un compañero que estaba en mi despacho y me quedé solo. Yo tenía que hacer el trabajo de los dos. A raíz de ahí empecé con alteraciones de mi personalidad. Yo gritaba en casa, no me conocía. Y luego, bueno empecé a...estábamos en la playa y teóricamente teníamos que estar en la gloria y fue la peor experiencia de mi vida por lo mal que se lo hice pasar a mi familia. Les hice pasar a mi cuñado, mi cuñada, mis sobrinos, mi mujer y mi hija, las peores vacaciones de su vida [...] Yo lo pasé horrible. No quería salir de la habitación, no quería salir a la calle...si decían blanco, yo decía negro. Yo tenía obsesión con mi trabajo. Era trabajo, trabajo y trabajo. Tenía que sacarlo. (Anexo 12, audio nº 68).

Cuando le pregunté si se sentía motivado por incentivos de tipo económico, el informante contestó:

Ha habido muchas ocasiones en las que no cobraba las horas (se refiere a las horas extraordinarias). Lo hacía por el hecho de hacerlo, de no dejarlo atrás. Aun así, estando con la soga al cuello, sigo pensando igual...mi trabajo, mi trabajo y mi trabajo.

Se le generó al paciente un dilema, al sentirse atrapado entre el trabajo y la vulneración de su código ético respecto a su familia y a su propia vida.

Observamos mecanismos implicados en la aceptación del sufrimiento laboral, que en este caso cobran relevancia por su alta prevalencia en el neoliberalismo postfordista. Dejours (2009b), nos habla de la noción de *guerra económica* y de cómo si ésta se produce, es gracias al consentimiento de los trabajadores. Y ello, a pesar del sufrimiento que pudiera producirles. El autor se refiere a los resortes subjetivos del consentimiento y a su papel determinante para el mantenimiento del modelo económico:

Con la mediación de este sufrimiento en el trabajo que va generando una actitud de consentimiento que implica participar en el sistema. Y cuando este consentimiento funciona, el sistema genera a su vez un sufrimiento creciente entre quienes trabajan. El sufrimiento crece porque quienes trabajan van perdiendo progresivamente la esperanza de que las condiciones de hoy puedan mejorar mañana (Dejours, 2009b, p.26).

El psiquiatra francés hace referencia, entre otros, a mecanismos de defensa en los que el sufrimiento en el trabajo se reifica hasta ser naturalizado y considerado como un infortunio comparable a un epidemia de peste o de cólera.

El alcoholismo y la dependencia farmacológica, aparecieron en 16 pacientes vinculados con el miedo a perder el empleo y a la presión por cumplir objetivos. Uno de los casos se trataba de una mujer de 60 años aquejada de poliartritis, que trabajaba de limpiadora en una residencia de mayores. La mujer se negó a aceptar la baja laboral por miedo a ser despedida. A nuestro juicio, se trataba de un miedo razonado, si atendemos

a lo expuesto en el artículo 52 de la reforma laboral del 2012. La hija y La enferma comentaban:

Hija: Es que luego doctora, ella todos los días...esto...ella tiene que beber todos los días un poquito, qué le digo yo...dos o tres vasos. Y luego con mi hermano, se pilla unas alborotadas... [...] Ella esconde. Yo no compro, pero ella esconde en la habitación. Yo le digo: “mami, contrólese mi amor”. Y ella cuando no va al trabajo está bien, está muy cariñosa.

Paciente: Yo no bebo todos los días, doctora. Si bebiera no estaría trabajando para mantenerlos. Yo trabajo doctora, y no se quejan en mi trabajo. Me quieren doctora, me quieren allá. Usted sabe, yo nunca tuve una baja, nunca. A mí no me van a despedir, y se lo digo doctora, han echado a otras y a mí no, porque yo cumplo. ¿Sabe...? beber una copa no es beber... Mi hija exagera...todo. Todo lo exagera.

Hija: Ella esconde. Yo no compro, pero ella esconde en la habitación. Yo le digo: “mami, contrólese”.

Paciente: (Llora). Es que luego está la crisis, el trabajo...

Psiquiatra: (Se dirige a ella en actitud empática). Te voy a poner un tratamiento para los nervios y otro para el alcohol. Yo creo que te irá bien ponerte en contacto con la asociación de alcohólicos anónimos de Tomelloso. Te vendría bien a ti y a tu familia.

Paciente: Doctora, yo no tengo... no...soy...si yo fuera alcohólica, entonces todo el pueblo, fíjese, los bares... No, ya le dije a usted que a ella es que le gusta... esto...exagerar. No quiero que me acompañe más, no.

Psiquiatra: (Dirigiéndose a la paciente por su nombre). Tu hija busca tu interés. Te acompaña porque te quiere y se preocupa, como es normal. Ahora yo te ajusto el tratamiento para los nervios y te pongo uno para el alcohol. Con esta pastilla podrás controlar la impulsividad [...] Si se te duermen las manos es por falta de potasio, entonces tómate un Aquarius o algo así. Te quito el Alprazolam porque solo te hace efecto 2 horas y te lo cambio por el Lorazepam, porque hace efecto más tiempo⁹.

Observamos cómo una vez más el *disease*, en este caso focalizado en la ansiedad y el consumo de bebidas alcohólicas, oculta el *illness* o el sufrimiento provocado por la necesidad de asistir al trabajo, aún con brotes agudos de artrosis. Ante el miedo a ser despedida, como lo fueron otros compañeros, nuestra informante prioriza su trabajo y nos dice: “me quieren doctora, me quieren allá”. El presentismo laboral le reportaba, no sólo beneficios de tipo económico, sino también la seguridad de sentirse reconocida dentro de la empresa. Observamos cómo la asistencia al trabajo se prioriza por encima de la salud, minimizando tanto los efectos de la artrosis, como los del consumo de alcohol.

Desde la consulta de psiquiatría, a aquellos pacientes que acudían a revisión, se les ajustaban los fármacos en función, tanto de los efectos secundarios, como de la mejoría que les producían. Este caso resultó relevante porque 10 de los informantes que se encontraban en activo, hicieron referencias explícitas al miedo a perder su puesto de trabajo. Miedo que quedaba fragmentado en *micromiedos*, como por ejemplo: olvidarse de bajar las persianas del despacho, dejarse las luces encendidas, no cumplir con los objetivos, cometer errores, a las quejas del jefe por la situación económica de la empresa, a la hostilidad y la competencia entre los compañeros, o a no poder aguantar la presión... El miedo a perder el empleo funcionaba en los pacientes a modo de bombas de racimo formadas por *sub-municiones*, con capacidad de causar daños irreparables, tanto físicos como psicológicos. Esta situación ha aparecido en psiquiatría, en la segunda y en la tercera generación de informantes, siendo el daño físico las consecuencias del sufrimiento laboral que caracterizó a la primera.

⁹ A pesar de que dentro de las consultas no utilicé la grabadora, anotaba literalmente aquellos fragmentos de relatos que consideraba de especial relevancia.

La psiquiatra en muchas ocasiones hacía la siguiente pregunta a los pacientes nuevos: “el comienzo de sentirse mal, ¿con qué lo relaciona usted?” y a pesar de que fueron numerosos los que citaron el trabajo como el elemento desencadenante de su sufrimiento, al igual que ocurrió en la UDC, en psiquiatría tampoco se consideró el trabajo como una variable sobre la que se pudiera influir. Esto no supuso un obstáculo para que sus efectos quedaran reflejados en informes clínicos, como los que pasamos a exponer. (Ver anexos 13, 14 y 15).

En el primer caso se trata del informe de una mujer de 54 años donde el psiquiatra refiere:

La paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por una sintomatología depresiva de intensidad severa, a constatar que se trata de un segundo episodio depresivo probablemente en relación con su Esclerosis Múltiple y a las dificultades laborales diagnosticadas a la edad de 40 años, manifestando actualmente presencia de labilidad emocional, disminución de sus funciones cognitivas, pérdida de interés y motivación, fácil irritabilidad, retraimiento social, abulia, apatía, anhedonia, falta de motivación y desasosiego, sentimientos de tristeza, desvalorización, descorazonamiento. Este cuadro se vio también complicado, o relacionado además, por la presencia de sintomatología de corte ansioso, presentando exacerbaciones agudas de angustia asociadas a ataques de pánico reactivos desde el inicio del mismo, a una situación estresora laboral, que incrementó la sintomatología neurológica últimamente, complicando la evolución del cuadro.

El psiquiatra relaciona su depresión con el diagnóstico de esclerosis múltiple y con las dificultades laborales iniciadas 4 años antes de asistir a la consulta, y continúa:

En segundo lugar, al parecer, dificultades profesionales y de gestión así como las presiones sufridas durante el desempeño de su función con amenazas veladas, descalificaciones, menosprecios públicos con su notario incluso con los compañeros de trabajo [...] A pesar de sus intentos repetidos por solucionar amistosamente cualquier mal entendido personal o profesional, la paciente se encuentra actualmente en situación de baja.

Todas estas circunstancias, le ocasionan desde aquella época, trastornos y alteraciones en el normal desarrollo de su vida profesional y personal, complicando como he mencionado, últimamente su cuadro neurológico con cojera evidente por insensibilidad de su pierna derecha en tratamiento con su fisio. [...] Tras valoración de la clínica, la indicación de introducir un tratamiento antidepresivo fue absolutamente necesaria, así como, facilitar en la medida de lo posible, iniciar una psicoterapia de apoyo para favorecer la positiva evolución de la paciente. La paciente sigue de baja laboral.

La psicóloga por su parte añadió elementos al diagnóstico y al tratamiento que resultaron reveladores por sus matices sobre la conducta adaptativa de la informante, referida ésta a su puesto de trabajo: “Derivada desde AP para valoración e intervención por presentar síntomas sugerentes de la presencia de un trastorno adaptativo con sintomatología mixta ansioso depresiva en el contexto de problemática laboral”. (Ver anexo 14 y 15).

Siguiendo los criterios del DSM-5 y/o del CIE-10, el sufrimiento quedó reformulado en un trastorno adaptativo cuyo resultado es, no sólo más aséptico en términos de responsabilidad del empleador, sino que además distrae el punto de mira al focalizar en la vulnerabilidad psicológica de la paciente una situación laboral que, como veremos a continuación, no la posiciona en la categoría de víctima. Y sin víctima, no hay victimario.

De la primera entrevista mantenida con la paciente y según aparece recogido en su historia clínica, se observa la presencia de sintomatología ansioso-depresiva en forma de tristeza, apatía, irritabilidad, tendencia al llanto fácil, disminución del apetito, preocupación y dificultades de concentración, fundamentalmente relacionada y, según refiere la paciente, con vivencias de estrés psicológico en el ámbito laboral (describe una situación de acoso con insultos y humillaciones) y con dificultades de manejo personal de la mencionada situación (actitud inhibida ante conductas de agresividad verbal, hiperresponsabilización ante actividades laborales, etc...).

En nuestra opinión las *dificultades de manejo* a las que se refiere el informe, vienen derivadas del hecho de que nuestra informante es una mujer divorciada que necesita el trabajo para sobrevivir y *sabe* que con 54 años y una esclerosis múltiple, le resultará muy difícil encontrar un empleo alternativo. El miedo a resultar una carga para su familia se sumaba al miedo a perder el empleo o a cometer errores y no ser diligente en el desempeño de sus tareas.

La psicóloga concluye en su diagnóstico afirmando: “Trastorno depresivo mayor, episodio único, asociado a estresores crónicos en el contexto laboral. Síntomas de estrés postraumático”.

En la actualidad la informante se encuentra en situación de IT por la rotura de un brazo en el trabajo. En el informe enviado a la mutua por la empresa, consta: “Acostumbrada a venir al trabajo con un tacón de unos 7cm”. Esta alusión de la empresa a la altura del tacón nos recuerda algunas sentencias judiciales que se referían a la longitud de la falda en algunas víctimas de agresión sexual.

En otro caso una informante me comentaba:

“Yo pienso que estaba estresada porque, quieras o no, toda esa semana estuve trabajando mucho en el bar. Y yo estuve toda la semana preparando cosas, el jueves y el viernes santo con jaleo. To estrés en la cocina, y luego el domingo cuando estábamos cenando... Ya empezó el viernes a dolerme la cabeza... [...] Mi marido cerró el bar y nos fuimos [...] Al pasar me atendió el médico. Me tomó la tensión y tenía 23-19. Me pusieron un tratamiento, aunque no tengo ni idea de qué me pondrían... Y estando en la camilla empecé a sentirme mal. Llamé al chico que estaba en el mostrador y le dije que me sentía muy mal, pero él me dijo que era porque el medicamento me estaba haciendo reacción. No se me va a olvidar porque en ningún momento perdí el conocimiento. Enseguida vino otro médico y me dijo que levantara las manos y las piernas, pero no podía. Si no fuese por ese médico, estaba criando tobas. Siempre lo voy a pensar. El otro médico me cogió enseguida, me hizo el escáner, llamó a Ciudad Real. Yo escuchaba, pero dijeron que allí no tenían sitio, así que llamó a Toledo, a un helicóptero. Tampoco se me

va a olvidar porque le pregunté si me marearía en el helicóptero...En Toledo se ve que vieron el escáner y dijeron que si no estaba inconsciente no hacía falta que viniera el helicóptero, que con una UVI móvil...Ya me llevaron allí, me tuvieron en la UCI, estuve en observación 24 horas y supongo que durante ese tiempo dormía cuando me chutaban algo, porque mientras tanto estaba siempre despierta. Yo decía: si me duermo me muero.”

Y continúa refiriéndose a su trabajo en el bar:

“Yo estaba de to. Vamos a ver...estaba en la cocina, para hacer los pedidos, para los proveedores, en la barra, haciendo en mi casa las cosas...Era para todo”.

A pesar de que el accidente cerebro-vascular se inició mientras la informante estaba en su puesto de trabajo, me comenta:

“Hubo un problema. Siempre lo he dicho así. Si yo hubiera dicho que estaba trabajando...pero yo ni pensé en eso. A mí me atendieron rápidamente y no me acuerdo. Luego, viendo los partes, le pregunté al médico qué era eso de contingencias comunes, dijo que era enfermedad no laboral. Digo, pero si yo fue que me puse mal trabajando, me dolía la cabeza, subí a tomarme la tensión y a que me llevaran al médico. Me dijo que eso lo tenía que haber dicho antes. Pero si ellos no cayeron...entonces me dijeron que ya era muy difícil de demostrar y que además podía ir a engañar”. (Anexo 12, nº 56).

Como en este caso, hubo otros en los que, bien por desconocimiento o bien porque no se preguntó previamente al paciente, la enfermedad laboral no fue considerada a pesar de cumplir con los requisitos para su catalogación como enfermedad o accidente profesional. De esta manera, el enfermo se vio privado de los derechos que le hubieran asistido de haberse contemplado dicha contingencia.

El siguiente caso me puso en alerta sobre la realidad de que cuando una persona es víctima, tiene más posibilidades de volver a serlo debido a su mayor vulnerabilidad. En psiquiatría los pacientes sufrían *politraumatismos sociales* que

incluían: el trabajo infantil, muy generalizado en la zona hasta la generación más joven de informantes (menores de 31 años), sumado a las secuelas de la pobreza, el desarraigo derivado de los procesos migratorios y la falta de tiempo para compartir con la familia. En este aspecto un informante comentaba:

“...Yo de chiquitín iba contento al campo... ¿sabe usted? Yo iba en el remolque tapao con una manta (ríe), parece que fue esta mañana, como le digo, iba hecho un ovillo, allí sentao en una gavilla. Luego...To el día trabajando hasta que me fui de yesero a Madrid...se ganaba dinero entonces. [...] Estuve veinte años entre unas cosas y otras, y luego pues ya ve usted, vino to junto. La espalda que me la rajaron dos veces, total pa na, bueno pa dejarme peor, y mi señora, pues lo que le he comentao (su mujer tiene una diagnóstico de depresión mayor y el de trastorno de personalidad ansioso depresivo). Que yo le digo a la doctora que nos van a hacer un bono para toa la familia, porque al pequeño lo está viendo la otra psiquiatra, que ese no sé cómo va a acabar. Está trabajando en hostelería [...] pero eso es un matapersonas,... si es que está saliendo ahora a la una de la mañana y tiene que estar a las 7 allí otra vez. ¿Cuándo va a dormir la criatura? Si no le da tiempo, no puede ni ir a mear siquiera, [...] Pues a ver, que yo se lo digo a mi señora, que vamos a salir, pero vamos a salir de aquí tos locos [...]. No señora, a mí no me ha merecido la pena tanto trabajo, ni a mí ni a ninguno y si le cuentan otra cosa es mentira.

Su testimonio revela hasta qué punto quedaron y quedan en la actualidad subordinados al trabajo, la propia salud, la familia y el tiempo libre.

La precariedad laboral se repartía entre los informantes, médicos y pacientes, indiscriminadamente. La psiquiatra, con un contrato laboral de seis meses, reducido a tres después de quejarse a la gerencia por la presión asistencial, manifestaba falta de motivación y su deseo de cambiar, no sólo de trabajo, sino de especialidad.

Al igual que en la UDC, en psiquiatría también se consideró que la dinámica de las consultas sólo permitía ser minuciosos con la medicación con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los psicólogos eran los encargados de

ayudar a los enfermos a establecer estrategias de análisis y toma de decisiones en la problemática laboral, cuando esta se producía, pero no podemos pasar por alto que ellos mismos sufrían los problemas derivados del aumento del número de pacientes y de la falta de personal.

Los psiquiatras y psicólogos consideraban que su formación no les capacitaba para el manejo de determinadas circunstancias del contexto de los pacientes, que pudieran resultar perjudiciales para su salud. Consideraban que la problemática laboral en concreto, respondía a una multiplicidad de situaciones sobre las que ellos poco podían influir, con la excepción de algunos consejos para el manejo del estrés y de la asertividad. Como ejemplo nos expusieron su propia situación dentro del SESCAM y las dificultades que encontraban para modificar aquellas cuestiones que más sufrimiento laboral les causaban.

La buena relación entre los compañeros fue considerada un elemento amortiguador del estrés laboral. Por todo lo dicho, y a pesar de valorar la influencia del trabajo sobre la salud, consideraron que, salvo actuaciones puntuales vinculadas a variables individuales de personalidad y al manejo del estrés, carecían de margen de actuación en este y en otros sentidos. Al igual que ocurrió en la UDC, en psiquiatría tampoco se aplicó en ninguna ocasión el artículo 5 del RD 1295.

5.5. Atención Primaria. La medicina at home.

El Centro de Salud Tomelloso 2 está situado en un área geográfica que acoge una parte de la población local con un nivel socio-económico muy variado, lo que aumenta la representatividad de la muestra respecto a la población total. Es preciso aclarar que debido a sus características como centro de AP, la población atendida, a diferencia de la UDC y UP, quedó reducida a parte de los residentes en la localidad de Tomelloso, quedando excluidos los otros pueblos de la zona. El centro cuenta con cinco médicos de AP, dos pediatras, cinco enfermeras, una matrona, dos administrativos, un celador y dos médicos residentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Ciudad Real.

Recién incorporada al centro me percaté del carácter familiar de la especialidad, lo que me evocó el recuerdo de Don Ignacio Martín Rovira, el médico de cabecera de mi infancia. Sentada en la consulta recopilando mis notas de campo, recordaba que igual me pedía una cuchara para mirarme la garganta, que cogía la fregona para repasar el suelo de la galería recién fregada cuando mi madre se encontraba en cama. Era un médico para el que lo biológico formaba parte del magma humano sin posibilidad de fragmentación.

En este tercer escenario de la investigación el trato resultó más cercano, aunque en esencia los patrones asistenciales se repitieron, incluso con mayor intensidad debido al elevado número de pacientes citados cada día. En su mayoría se trataba de enfermos crónicos de edad avanzada o personas jóvenes con enfermedades que no requerían la atención del especialista. En el caso contrario eran derivados a la especialidad correspondiente y en contadas ocasiones al servicio de urgencias del hospital. Allí viví situaciones insólitas, como fue el caso de un paciente que recorría las consultas diariamente repartiendo caramelos a los médicos, o el de aquella señora que acompañando a su marido por un resfriado, cayó muerta a los 5 minutos de entrar en la consulta. Mención especial por la carga de sufrimiento, merece el caso de un transexual que habiendo iniciado el tratamiento hormonal y quirúrgico para el proceso de androgenización en Andalucía¹⁰, no pudo cumplir con su intención de completar el tratamiento con cirugía de genitales, debido a los ajustes presupuestarios. Después de perder su trabajo en la comunidad andaluza, regresó al pueblo con la idea de continuar el tratamiento y reincorporarse al mundo laboral en su localidad. Sus deseos, aquí también se vieron frustrados debido a los recortes en la sanidad pública de CLM. En el momento de asistir a la consulta, el informante trabajaba en la campaña de la vendimia y según me comentó, debido a sus circunstancias y a ser conocido en el pueblo, sentía la necesidad de demostrar un rendimiento laboral óptimo que pusiera de relieve que podía trabajar *como un hombre*, motivo por el que sistemáticamente solicitaba los trabajos más duros. Por otro lado atribuía al trabajo la causa de una hernia discal para la que se

¹⁰ En febrero de 1999 el Parlamento de Andalucía aprobó la prestación sanitaria a personas transexuales en el Sistema Sanitario Público Andaluz y en Octubre de ese mismo año, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía creó, tras concurso, la Unidad de Trastornos De Identidad de Género en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga. Esta unidad, integrada por los servicios de psiquiatría, endocrinología, cirugía plástica, fue la primera en dar una respuesta a la atención de estas personas.

le había recomendado tratamiento quirúrgico. A las dos semanas de haber comenzado la vendimia acudió a la consulta presentando un dolor lumbar de carácter invalidante. En el primer informe, aparece como diagnóstico: *dolor de espalda no especificado*, una dolencia que podía ser susceptible de patología laboral, ya que el informante se encontraba vendimiando; Un día más tarde, esta valoración fue sustituida, por el mismo facultativo que firmó el anterior, por el de *hernia umbilical*, lo alejaba las sospechas del anterior sobre el posible origen laboral de la enfermedad. Este cambio de diagnósticos se repitió en otras tres ocasiones a lo largo de nuestro trabajo, poniendo de relieve las reticencias de las mutuas para establecer la contingencia laboral de la enfermedad.

Por otro lado en AP, muchos pacientes, no sólo no contextualizaron su sufrimiento, sino que ni siquiera consideraron necesario primar los aspectos biológicos de los mismos. Sentados delante del médico les bastaba con mostrar la caja del fármaco y decir:

“Mire usted, yo vengo a por recetas”.

Fue una constante que familiares de enfermos que estaban trabajando, en uno de los casos en Polonia, fueran a pedir recetas en su nombre, para que ellos no faltaran a su trabajo. La información sobre sus síntomas, era re-formulada, habitualmente por la madre o por la esposa, quienes le comunicaban el estado de salud de su familiar, al médico. En estos casos de *telemedicina*, como en otros muchos, se demandaba directamente medicamentos.

A pesar de la reciente incorporación de la receta electrónica, el intercambio de información farmacológica trazaba un feedback que configuraba buena parte de la práctica médica y ello sin menospreciar el intercambio de otro tipo de información más personal y cercana entre el médico y el paciente.

El ordenador en esta ocasión también fue el protagonista de las consultas. La medicina defensiva, debido a los requerimientos administrativos establecidos por el SESCAM, se puso de relieve en el énfasis por anotar todas las recomendaciones dadas y también al enviar a urgencias a los enfermos considerados más *problemáticos*. Nunca me acostumbré a que cuando los enfermos hablaban de sufrimiento, la mirada y las

manos del médico estuvieran depositadas en el ordenador. Sin embargo muchas veces pensaba que yo también hubiera actuado del mismo modo, dando fe, como notaria de mí misma, de que la praxis médica la realizaba siguiendo los requerimientos administrativos y los códigos profesionales y deontológicos correspondientes.

El médico de AP conocía a la mayoría de sus pacientes y les recriminaba con familiaridad si no tomaban los medicamentos de acuerdo con las pauta establecidas, por el mismo motivo les pregunta por sus hijos, por sus padres y a veces también por su trabajo. Este interés por los aspectos laborales, no adquirió ningún tipo de relevancia clínica que mereciera alguna recomendación o información adicional, tratándose más bien de una señal de cortesía y familiaridad. Como ya hemos afirmado, el intercambio de información farmacológica junto con los programas de gestión informática Mambrino y Turriano, fueron los protagonistas de la relación médico-paciente. Y todo ello sin negar los beneficios en el seguimiento de los pacientes de conocerlos, muchas veces, más de 20 años, lo que proporcionaba una visión global de la enfermedad que en nuestra opinión se encuentra poco valorada.

5.5.1 El presentismo laboral.

Como en los casos anteriores, la actividad laboral careció de relevancia clínica, tanto para el médico como para los enfermos, de tal manera que toda la información obtenida sobre el tema, fue a partir de las entrevistas realizadas, con la salvedad de casos como el que exponemos a continuación. Se trataba de la trabajadora en una empresa de limpieza, que sufrió un accidente laboral al caerse de una escalera. El resultado fue una fractura distal del radio, que requirió tratamiento quirúrgico con incorporación de placas y tornillos. Al quinto día de la intervención, la paciente llegó a la consulta pidiendo el alta, argumentando que tenía miedo a perder su puesto de trabajo. Con los puntos quirúrgicos sin retirar, y con el brazo inmovilizado, firmó el alta voluntaria y se reincorporó a su puesto de trabajo afirmando, que todavía contaba con un brazo sano para trabajar.

Este caso, lejos de ser anecdótico, fue representativo del grupo de los pacientes que acudieron a sus puestos de trabajo a pesar de tener una recomendación y/o prescripción, de IT por enfermedad¹¹.

Otros ejemplos de presentismo los encontramos en aquellos informantes que manifestaron permanecer más tiempo del estipulado, en el trabajo. Se trataba, según afirmaron, de proyectar una imagen positiva para estar bien considerados por sus jefes.

Únicamente en el caso de la paciente mencionada, el trabajo adquirió relevancia dentro de la consulta. Cuando firmó el alta voluntaria, el médico le expuso los riesgos que corría al incorporarse a su puesto de trabajo y después puso el caso en conocimiento de la Inspección Médica. En otras ocasiones los enfermos solicitaron el alta argumentando que a pesar de no estar completamente restablecidos les merecía la pena acudir al puesto de trabajo antes de arriesgarse a ser despedidos. En algunas ocasiones tuve información de que los enfermos le ocultaban parte de sus dolencias al médico por el temor a su recomendación de una IT.

En el audio nº 71 del anexo 12, encontramos uno de estos casos en una paciente que acudió a pedir recetas de antidepresivos, según dijo, para su madre impedida. Sin embargo, en el curso de la entrevista me comentó, que era ella quien los tomaba, por un problema relacionado con el trabajo:

“Un jefe que me insultaba, me trataba muy mal, me decía que no servía para nada... en fin, muchas cosas. Ahí estoy aguantando porque no tengo otra cosa, pero lo mío llevo [...] Es que si me planteo dejarlo no podré estar en la casa de alquiler que estoy, ni podré darle de comer a mi hijo, ni nada... entonces digo que mañana Dios dirá. Y así voy”.

Para los pacientes de AP como en los otros escenarios de estudio, la importancia del trabajo tenía un carácter capital, al ser el elemento principal para la subsistencia. La necesidad de prestigio y estatus socio-económico, también contribuyeron a crear determinadas enfermedades, sobre todo en los trabajadores con de

¹¹ Teniendo en cuenta que el presentismo laboral estuvo presente desde el inicio de la investigación, tomé la decisión de incluir una pregunta en el cuestionario que me permitiera calcular qué porcentaje de los enfermos seleccionados a través del muestreo probabilístico, lo practicaban.

mayor cualificación, en los que era frecuente una sobrecarga de trabajo inmaterial y un giro laboral hacia el Yo: S.A.¹² Este tema adquirió mayor relevancia, a medida que avanzaba la investigación y se cronificaba la crisis económica. El testimonio del siguiente informante ilustra la vinculación del estatus social con la cultura del consumo.

“Mi trabajo fue siempre lo primero. Yo tuve una empresa con mi hermano, nos fue muy bien, pero lo hice en el país equivocado. Un día mi ex mujer me dijo: tu primer amor es ASIM –así se llamaba mi empresa–, tu segundo amor es ASIM, tu tercer amor es ASIM y después venimos todos nosotros. Y yo le dije: con mi primer amor tienes un automóvil, tienes una casa de 5 habitaciones, 3 baños, piscina, una chica que te ayuda 3 veces por semana, el jardinero, la cuenta corriente, tarjeta de crédito, nuestro hijo en un colegio bilingüe... Todo eso con mi primer amor. Duro pero real [...] Yo me tomé una semana en Marbella con mi mujer, y pasamos una semana muy linda, pero siempre con la cabeza en el trabajo... Y siempre con el móvil encima por cuestiones de trabajo. A veces eso molesta y ahora estoy cambiando. Con mi mujer (la segunda), me llevo bien, la quiero, y aunque no es un lecho de rosas... es una mujer que merece que yo la cuide, porque ella es 11 años menor que yo, pero ha tenido tantas desgracias en la vida...” (Anexo 12, audio, nº 76).

El trabajo del informante en ASIM, terminó con su primer matrimonio y fue el escenario donde sufrió su primera crisis de ansiedad.

AP también fue un observatorio privilegiado para estudiar el perfil del nuevo emigrante producto de la crisis económica. En el tiempo que permanecí dentro de la consulta, diez personas jóvenes, pidieron recetas, analíticas, o vacunas, para optimizar sus condiciones de salud, antes de salir de España a buscar el futuro que no les ofrecía su país.

¹² Término sacado del texto en el que se basó la presentación de la comunicación de Anselm Jappe *Trabajo abstracto o trabajo inmaterial*, dentro del curso del cchs.csic: *En el horizonte de la crisis: teoría y crítica de la sociedad capitalista*.

Merece una mención destacada, el caso de un informante que presentaba síntomas evidentes de ansiedad durante nuestra entrevista. Su proyecto laboral consistía en montar un negocio en un país africano.

“Vamos a montar, si Dios quiere y no pasa nada, un negocio allí, pero yo estar allí no voy a estar. Sería estar yendo y viniendo, o sea que yo no me voy de España, yo voy y vengo. Si se monta el negocio, yo tendría allí a un equipo de profesionales que lo irían llevando, entonces una vez iría yo, otra iría mi socio y así. Yo España no la dejo (risas), yo no emigro. Yo voy a montar el negocio y ya está. Que salga bien para tener un futuro, ya sabes que aquí no...”

Yo cuando llegué la primera vez, dije: ¡madre mía! Claro, además dicen que es zona de las guerrillas en la frontera con Gambia, cerca de Senegal. Y además, cuando llegué me recogieron y me preguntaron que qué hotel tenía, y me aconsejaron cambiarme a otro por seguridad, y... tela. Es que además me fui yo solo, a la aventura.

Un negocio es un negocio, sea donde sea. Lo que pasa es que esa zona es bonita. No sólo es el negocio, sino que es algo más. Recuerdo que por el tema de la selección, había 20 o 30 niños jugando al fútbol y tela cómo jugaban, sabes. Yo iba con el coche, paré, los estuve viendo y me quedé alucinado, era acojonante cómo jugaban. Luego, ves cosas que dan gusto, pero luego ves otras que dices, “adiós amigo”... los cerdos comiendo ahí, la basura y tal...

Los negocios son de construcción, energías renovables, un poco de todo... Cuando tú tienes un negocio y puedes generar un dinero, también estás impulsando un poco la zona de allí. El tema de energía solar...no sé si es verdad, pero según me dicen, el Banco Americano, el Banco Mundial y algunos países, están apoyando un poco la prosperidad de esa zona. Entonces... hay ciertas partidas que van destinadas a todo eso, el tema de la potabilización de agua, escuelas, hospitales... La zona, en ese sentido, es

virgen para poder hacer todas esas cosas, lo que pasa, claro, es que tienes que tener los contactos. Es a lo que yo fui.

Si ellos quieren haremos cosas como las ONG. Si yo tengo un negocio allí y me da la gana hacer un campo de futbol para todos estos niños, qué digo, pues lo voy a hacer, si me autorizan o me dan permiso lo hago...”. (Ver anexo 12, nº 80).

El informante afirma que él no es un emigrante, a pesar de haber pasado ya, varios meses en África por motivos de trabajo: *Yo España no la dejo...yo no emigro*. Negar esa realidad es un mecanismo de defensa que le facilita el proceso migratorio. Por otro lado, justifica su aventura económica en un país africano, con afirmaciones como:

“El Banco Mundial o algunos países están apoyando un poco la prosperidad de esa zona. Entonces hay ciertas partidas que van...

Si ellos quieren, haremos cosas como las ONG. Si yo tengo un negocio allí y me da la gana hacer un campo de futbol allí para todos estos niños, qué digo, pues lo voy a hacer. Si me autorizan o me dan permiso...lo hago”

Desde un punto de vista antropológico, resulta interesante cómo al igual que el informante negaba (*yo España no la dejo*), ser un futuro inmigrante, también desmentía ser partícipe del neocolonialismo africano, afirmando contribuir con su proyecto empresarial a revitalizar la prosperidad económica de la zona. Estas dinámicas resultan altamente eficaces en situaciones de inseguridad, o cuando se presentan conflictos de tipo moral y a nuestro juicio, producen una distorsión de la realidad que contribuye a un aumento de los riesgos, tanto para los emprendedores, como para el resto de actores sociales que configuran el contexto laboral. La primera negación es un ejemplo de que buena parte del contingente de los emigrantes españoles actuales, se marcharon movidos por la precariedad y el desempleo, y no por un proyecto libre y meditado, de iniciar una aventura económica en otro país. En cuanto a la consideración de su proyecto empresarial como una contribución de ayuda al desarrollo de la zona, pondría de relieve los mecanismos psicológicos sacados a la luz por Hanna Arendt (1993), para justificar la banalidad del mal.

5.5.2 El médico de Atención Primaria en las constelaciones del sufrimiento laboral.

Todos los médicos de AP disponían de contratos de trabajo con carácter indefinido, con la excepción de los dos Médicos Internos Residentes, que permanecerán en el centro hasta que finalice su periodo de formación. Todos ellos le dieron una alta valoración a su trabajo, aunque afirmaron haber perdido motivación a medida que aumentaba la presión asistencial y las demandas administrativas del SESCAM. Si bien a los especialistas también se les incrementó el número de pacientes, fueron los médicos de AP, los que sufrieron con más intensidad la presión asistencial. Trabajar bajo presión les producía sentimientos de desafección, no sólo hacia la administración, sino también hacia los pacientes. Ya hicimos mención en esta investigación, al síndrome del *hateful patient*, para referirnos a aquellos enfermos que despiertan en el médico sentimientos de rechazo. Este tipo de respuestas se producen con carácter general en situaciones de estrés laboral crónico, como fue el caso del que sufrió buena parte de los médicos, que participaron en nuestra investigación. En nuestra opinión, este síndrome perjudica, tanto al enfermo como al médico.

En el siguiente cuadro, podemos ver la evolución del sufrimiento laboral en las tres generaciones de informantes que han formado parte de nuestra investigación. En él quedan recogidas sus manifestaciones físicas y psicológicas por ramas de actividad. También podemos observar los diferentes procesos de subjetivación que han contribuido a tolerar este tipo de sufrimiento. Por último, observamos cómo el comportamiento de la biomedicina se ha mantenido constante en las tres generaciones de trabajadores que han formado parte de nuestro estudio.

Tabla 1. Tabla generacional de informantes.

	EDAD	SUFRIMIENTO	ACTIVIDAD LABORAL	PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN	SOCIEDAD	NIVEL DE REGULACIÓN	BIOMEDICINA Y SUFRIMIENTO LABORAL
1º GENERACIÓN	60 – 85	- FÍSICO - PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR	- AGRICULTURA - CONSTRUCCIÓN - ARTESANOS - EMIGRANTES	- AUTORIDAD - OBLIGACIÓN - SOLIDARIDAD FAMILIAR - POBREZA	- AGRÍCOLA - FORDISTA	- DESREGULARIZACIÓN - DERECHOS LABORALES VINCULADOS AL FORDISMO	NO LO CONTEMPLA
2º GENERACIÓN	59 – 35	- PATOLOGÍA - OSTEOARTICULAR - DEPRESIÓN	- AGRICULTURA - CONSTRUCCIÓN - AUTÓNOMOS (BURBUJA INMOBILIARIA)	- CONSUMO - POSICIÓN SOCIAL - ACUMULACIÓN	- NEOLIBERAL - CRISIS FORDISTA	- DERECHOS LABORALES - SUBCONTRATAS - DESTAJOS	NO LO CONTEMPLA
3º GENERACIÓN	34 – 18	- FÍSICO - FRIOMIALGIA - ANSIEDAD - DEPRESIÓN (NEUROSIS)	- PARO - AGRICULTURA - PEQUEÑO COMERCIO - AUTONOMOS - CONSTRUCCIÓN (RESIDUAL) - INMIGRACIÓN JUVENIL	- SOLIDARIDAD FAMILIAR - RESPONSABILIDAD SUBSIDIARIA (PAGO HIPOTECA) - POBREZA	- NEOLIBREAL	- PRECARIZACIÓN - FALSOS AUTÓNOMOS - FLEXIBILIDAD	NO LO CONTEMPLA

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO VI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

En este análisis estadístico, las variables se presentan con su distribución de frecuencia. Se evaluó la asociación entre variables con el test Chi-cuadrado (χ^2).

El programa estadístico utilizado para analizar los datos, ha sido el IBM SPSS Statistics 19.0 (2010).

Resultados:

Los usuarios de la UDC, UP y AP, fueron seleccionados mediante un muestreo probabilístico de entre todos los que asistieron a las consultas durante el periodo de observación.

Todos los pacientes respondieron al cuestionario y todos ellos recibieron información de que la recogida de datos formaba parte de una investigación predoctoral.

6.1 Descripción de la muestra.

Como podemos ver, el total de los pacientes seleccionados han sido 150, distribuidos de la siguiente manera: 50 enfermos de la UDC, 50 de la UP y 50 de los que asistieron a AP.

Tabla 1. Distribución de pacientes por Unidades de Análisis.

N	Válido	150
	Perdidos	0

Unidades de análisis	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Psiquiatría	50	33,3	33,3	33,3
UDC	50	33,3	33,3	66,7
AP	50	33,3	33,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Género:

Como podemos observar, de todos los pacientes que formaron parte de nuestros análisis, un 65,3% (98) fueron mujeres y un 34,7% (52) varones.

Tabla 2. Distribución por género.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Varón	52	34,7	34,7	34,7
Mujer	98	65,3	65,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Al analizar la distribución por género, observamos mayor número de mujeres que de hombres en las tres unidades de análisis: Unidad de Psiquiatría, Unidad de Dolor Crónico y Unidad de Atención Primaria. Este sesgo a nuestro juicio, puede deberse a que las mujeres presentan una capacidad más alta que los varones para pedir ayuda cuando la necesitan.

Edad:

Como podemos observar, la media de edad de los pacientes ha sido de 51,57 años. De la de los enfermos que asistieron a la UP fue del 46,30, de los que asisten a

la UDC fue de 55,80 años y por último, de aquellos que asistieron a la consulta de AP, fue de 52,60. Sus desviaciones típicas se corresponderían con: UDC=12,403, UP=12,641 y AP= 18,591.

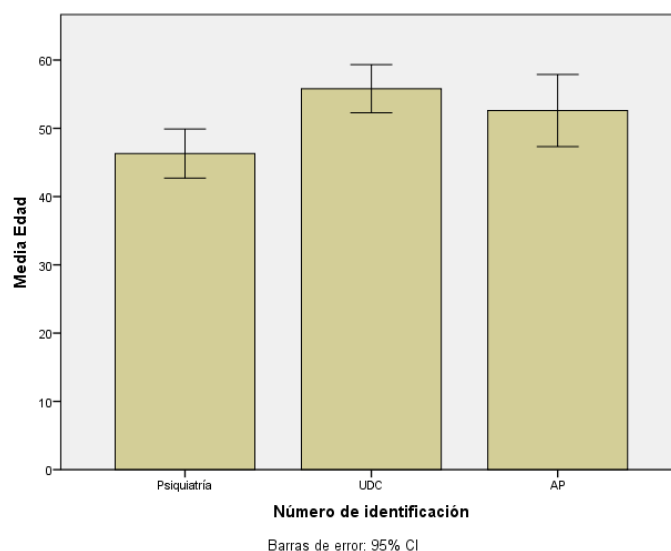
Tabla 3. Media de edad de los pacientes en las tres unidades de análisis.

Unidades	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Psiquiatría	50	46,30	12,641	1,788	42,71	49,89	24	77
UDC	50	55,80	12,403	1,754	52,28	59,32	28	83
AP	50	52,60	18,591	2,629	47,32	57,88	14	87
Total	150	51,57	15,248	1,245	49,11	54,03	14	87

Fuente: Elaboración propia

Al observar los resultados de las pruebas post hoc en la gráfica de barras, observamos que las diferencias estadísticamente más significativas se producen entre los pacientes que asistieron a la UDC y a UP. En concreto la edad de los primeros es significativamente más elevada que la de los segundos.

Gráfica 1. Media (+ETM) de la edad en las tres unidades de análisis.

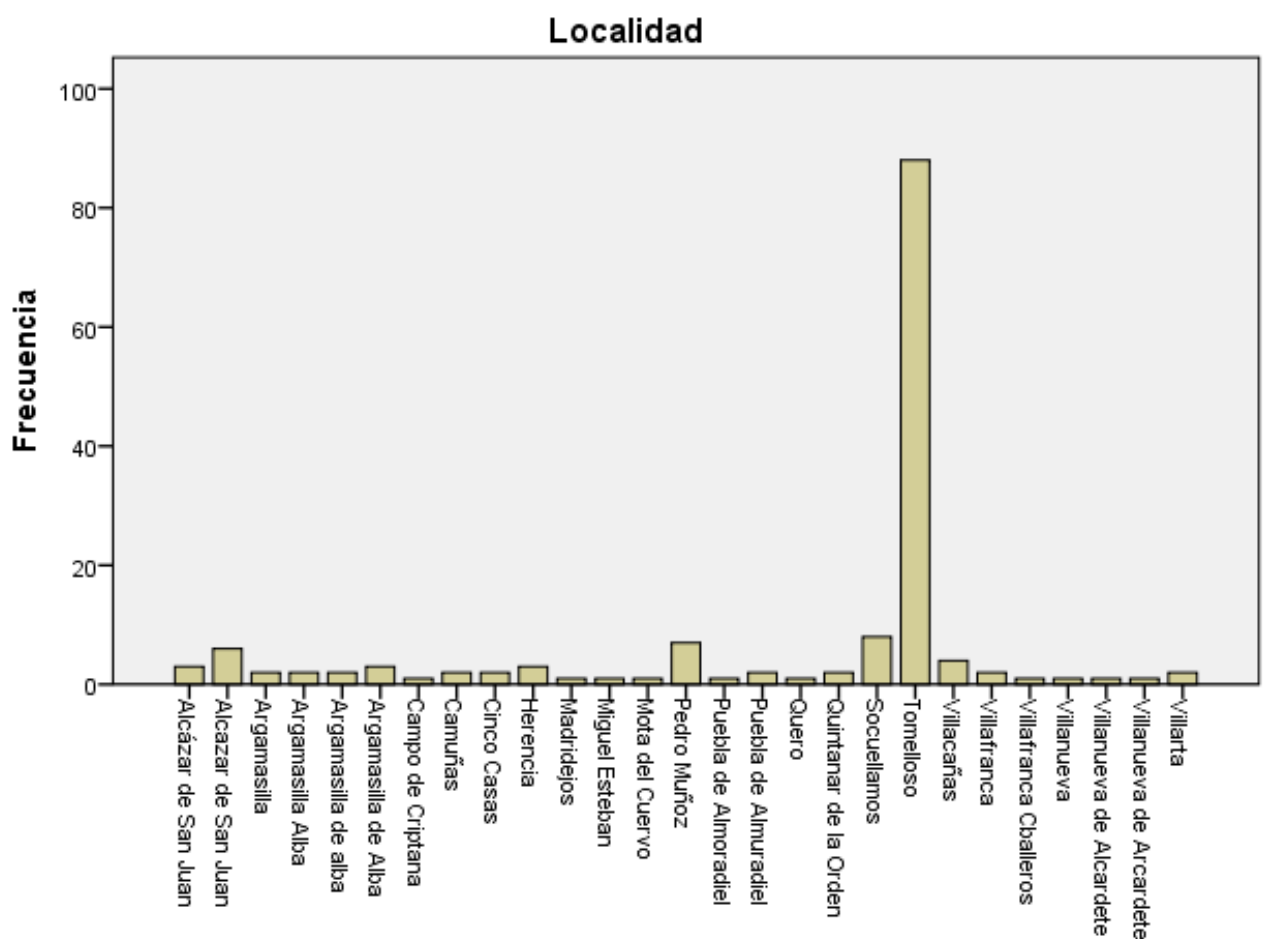


Fuente: Elaboración propia

Distribución por localidades:

Como podemos observar, se produce una distribución asimétrica de los pacientes por localidades que aparece representada en la en la Gráfica 2. Esta asimetría es debida a la gran diferencia del número de habitantes por localidades y sobre todo, a que los pacientes de AP lo eran únicamente de Tomelloso.

Gráfica 2. Distribución de las frecuencias de pacientes por localidades.



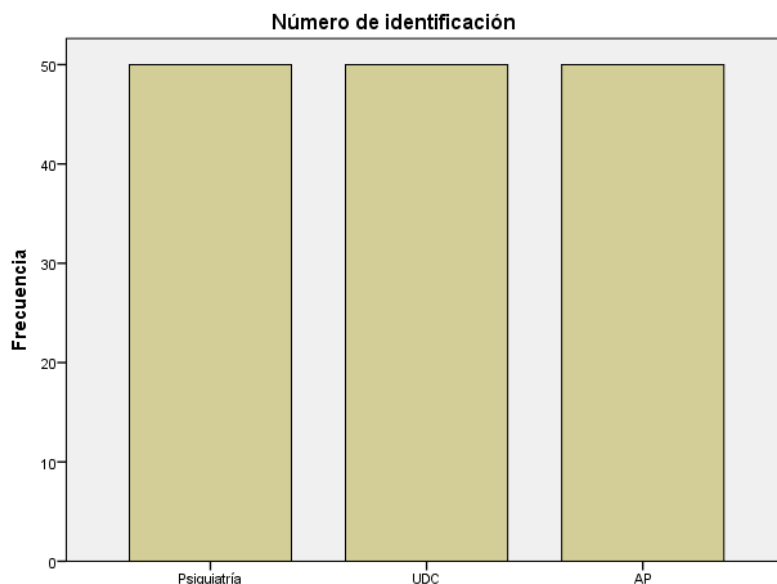
Fuente: Elaboración propia

6.2 Valoración y visibilidad del trabajo en las tres unidades de análisis.

- **Pacientes que consideraron que el trabajo realizado a lo largo de su vida influyó negativamente en sus dolencias actuales.**

Todos los pacientes seleccionados (N=150) han considerado que en algún momento de su vida, el trabajo ha influido negativamente sobre su salud (ver Gráfica 3).

Gráfica 3. Pacientes a los que en algún momento de su vida el trabajo les ha perjudicado la salud.



Fuente: Elaboración propia

La variable trabajo, la hemos obtenido con la agrupación de las siguientes sub-variables: precariedad, miedo a perder el empleo, número excesivo de horas, esfuerzo físico, trabajo con tóxicos, trabajo bajo presión, paro y otras circunstancias, como puede verse en el cuestionario, (ver anexo 5).

En nuestros análisis hemos contemplado cada una de las sub-variables indicadas de manera independiente, sin embargo muchos de los pacientes han seleccionado más de una de todas las opciones presentadas.

Precariedad:

De los datos se desprende, que de los 150 pacientes seleccionados, un 22,7% consideró que la precariedad laboral, en algún momento de su vida, había influido negativamente sobre su salud, mientras que un 77,3% desestimó la influencia de esta variable. A continuación mostramos la tabla que representan esta distribución.

Tabla 4. Precariedad laboral.

Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	34	22,7	22,7	22,7
No	116	77,3	77,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Miedo a perder el empleo:

De los pacientes seleccionados un 26%, consideró que el miedo a perder el empleo perjudicó su estado de salud, mientras que el 74% restante no consideró esta circunstancia. A continuación mostramos la tabla que representan esta distribución.

Tabla 5. Miedo a perder el empleo.

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	39	26,0	26,0	26,0
no	111	74,0	74,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Número excesivo de horas:

Un 26% de los pacientes de las tres unidades, consideraron que la extensión de la jornada laboral había perjudicado en algún momento en su salud, mientras que el 74% restante, no lo consideró un factor de riesgo para la misma. A continuación mostramos la tabla que representan esta distribución.

Tabla 6. Número excesivo de horas.

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	39	26,0	26,0	26,0
no	111	74,0	74,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Esfuerzo excesivo:

De todos los pacientes entrevistados, un 21,3% consideró que el esfuerzo realizado en el trabajo había contribuido al deterioro de su salud, mientras que un 78,7%, no lo consideró relevante. A continuación mostramos la tabla que representan esta distribución.

Tabla 7. Esfuerzo excesivo.

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	32	21,3	21,3	21,3
no	118	78,7	78,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente:Elaboración propia

Peligro:

Un 6.7% de todos los pacientes que participaron en el muestreo, consideraron que el trabajo con sustancias tóxicas había influido negativamente sobre su salud. El

93,3% no consideró esta variable relevante. A continuación mostramos la tabla que muestra esta distribución.

Tabla 8. Trabajo con tóxicos.

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	10	6,7	6,7	6,7
no	140	93,3	93,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Presión:

Podemos observar que el 21,3% de los pacientes encuestados, consideraron la presión en el trabajo, como un factor que influyó negativamente en su salud. El resto consideró que la misma no se vio afectada por este motivo. A continuación mostramos la tabla que muestra esta distribución.

Tabla 9. Trabajo bajo presión.

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	32	21,3	21,3	21,3
no	118	78,7	78,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Paro:

Un 20% de la muestra consideró que el desempleo afectó, en algún momento de su vida, de manera negativa sobre su salud. El 80% restante, o no lo consideró relevante, o no se encontraba en esa situación. Hemos de tener en cuenta que las cifras

han sido obtenidas a partir de N=150, de tal manera que podrían verse afectadas al restar a la totalidad de la muestra los pacientes jubilados. A continuación mostramos la tabla que representan esta distribución.

Tabla 10. Paro.

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	30	20,0	20,0	20,0
No	120	80,0	80,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Otras circunstancias:

Un 29,3% de los encuestados, se refirió a otras circunstancias relacionadas con su actividad laboral, cómo una causa que contribuyó al deterioro de su salud. El 70,7% no estableció esta relación. A continuación mostramos la tabla de esa distribución.

Tabla 11. Otras circunstancias.

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
sí	44	29,3	29,3	29,3
no	106	70,7	70,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

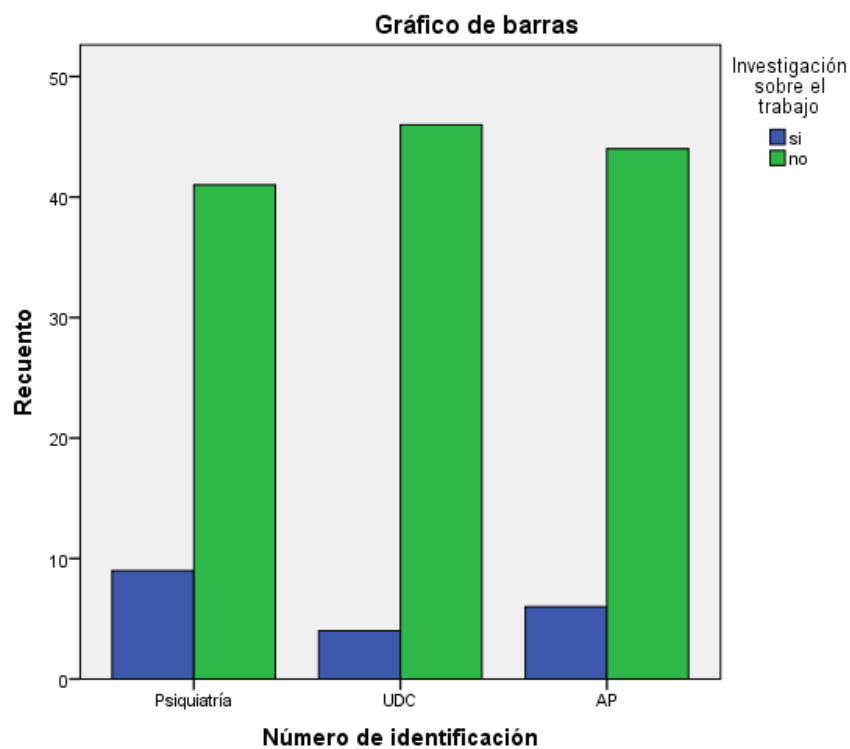
Fuente: Elaboración propia

- **De los pacientes que consideraron que sus dolencias actuales estaban directamente relacionadas con el trabajo realizado a lo largo de su vida, aquellos a los que algún médico les ha preguntó sobre su trabajo.**

Utilizaremos la prueba de independencia Chi-cuadrado de Pearson (χ^2), para la comparación de proporciones entre las tres unidades de análisis, referidas al interés del médico por la variable trabajo.

En la siguiente gráfica podemos comprobar cómo a un 18% (9) de los pacientes de la UP que consideraron que el trabajo había influido negativamente en su salud, el médico les preguntó sobre el trabajo, a un 8% (4) de los pacientes de la UDC que consideraron que el trabajo había influido negativamente en su salud, el médico les preguntó sobre el mismo y a un 12% (6) de aquellos pacientes de AP que consideraron que el trabajo había perjudicado a su salud, el médico les preguntó sobre su actividad laboral.

Gráfica 4. Investigación del médico sobre el trabajo.



Fuente: Elaboración propia

A continuación pasamos a ver los resultados obtenidos en la prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 12. Investigación del médico sobre el trabajo.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,290 ^a	2	,318
Razón de verosimilitud	2,291	2	,318
Asociación lineal por lineal	,808	1	,369
N de casos válidos	150		

Fuente: Elaboración propia

Al ser el resultado de Chi- cuadrado $> 0,05$, podemos concluir afirmando que el interés del médico por el trabajo de aquellos pacientes que consideraron que éste había influido negativamente sobre su salud, no es significativamente diferente entre las tres unidades de nuestro análisis.

➤ **Pacientes a los que el médico les preguntó por: el paro, si fuman, si toman alcohol y por su dieta.**

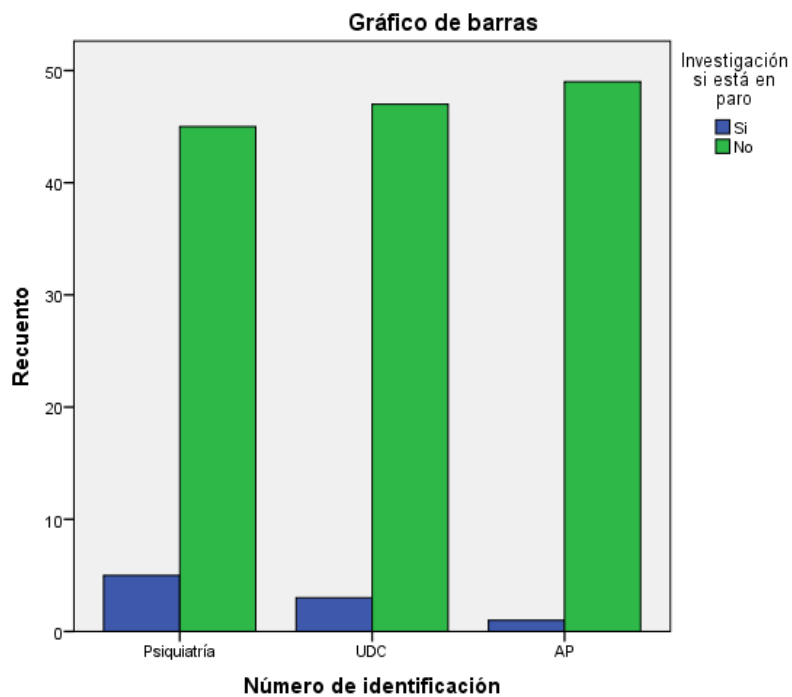
Una vez analizada la visibilidad del trabajo de los pacientes dentro de las consultas, pasamos a investigar a qué porcentaje de los mismos, el médico les preguntó por: el paro, el tabaco, la ingesta de alcohol, y sobre la dieta.

Paro:

En la siguiente gráfica queda reflejado que en la UP, la psiquiatra preguntó si se encontraban en situación de desempleo a un 10% de pacientes (5). En cuanto a la UDC encontramos que fue a un 6% (3) a los que el anestesista les preguntó si se encontraba en paro. Y por último en AP, un 2% (1) fue interrogado por esta circunstancia.

A continuación, la gráfica de barras nos muestra el recuento de los datos anteriores en las tres unidades de análisis.

Gráfica 5. Médicos que preguntan a los pacientes si se encuentran en situación de desempleo.



Fuente: Elaboración propia

A continuación, pasamos a ver los resultados obtenidos en la prueba de Chi-cuadrado:

Tabla 13. Prueba de Chi-cuadrado para averiguar si se existe diferencia en las tres unidades de estudio respecto a la indagación de los médicos sobre si se producen situaciones de desempleo en los pacientes.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,837 ^a	2	,242
Razón de verosimilitudes	3,081	2	,214
Asociación lineal por lineal	2,818	1	,093
N de casos válidos	150		

Fuente: Elaboración propia

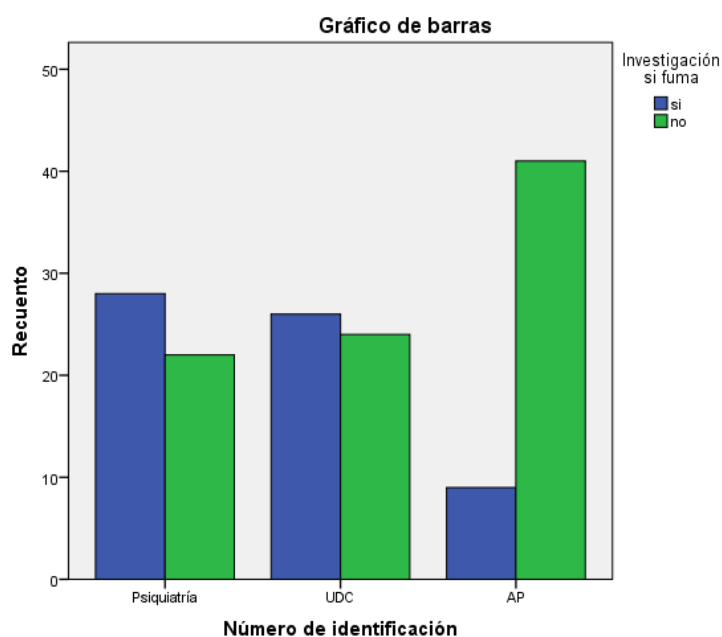
Al ser el resultado $> 0,05$, podemos concluir afirmando que las investigaciones de los médicos sobre el desempleo de los pacientes, no resulta significativamente

diferente entre las tres unidades de nuestro análisis, y ello a pesar de la diferencia en términos de porcentaje.

Si fuma:

A continuación, la gráfica de barras nos muestra el recuento de los datos en las tres unidades de análisis.

Gráfica 6. Pacientes a los que el médico les ha preguntado si fuman.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, pasamos a ver la prueba de Chi-cuadrado:

Tabla 14. Prueba Chi-cuadro para analizar si se producen diferencias en cuanto a la investigación sobre el tabaco entre las tres unidades.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,898 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	19,121	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,721	1	,000
N de casos válidos	150		

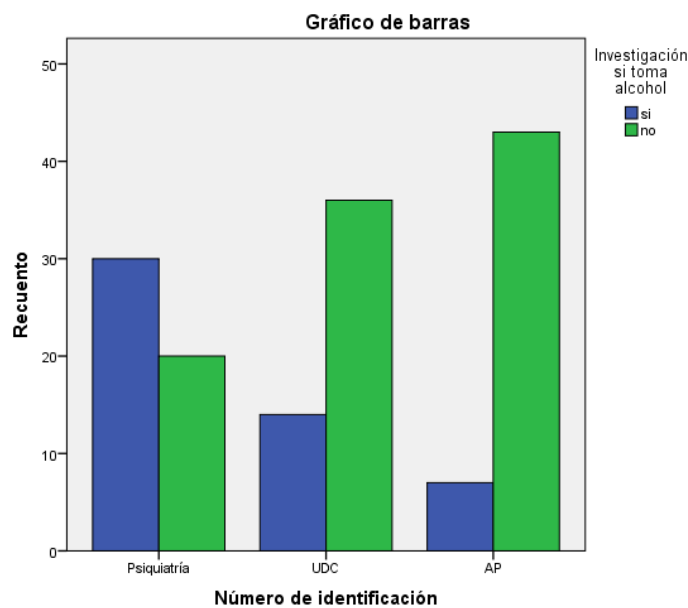
Fuente: Elaboración propia

A tenor de los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado, observamos diferencias significativas entre las tres unidades, en concreto entre la UP y AP.

Alcohol:

A continuación, la gráfica de barras nos muestra el recuento de los datos en las tres unidades de análisis.

Gráfica 7. Pacientes a los que el médico les ha preguntado si consume alcohol.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, pasamos a ver los resultados de la prueba del Chi-cuadrado:

Tabla 15. Prueba Chi-cuadro para analizar si se producen diferencias en cuanto a la investigación sobre al alcohol en las tres unidades.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,777 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	25,218	2	,000
Asociación lineal por lineal	23,417	1	,000
N de casos válidos	150		

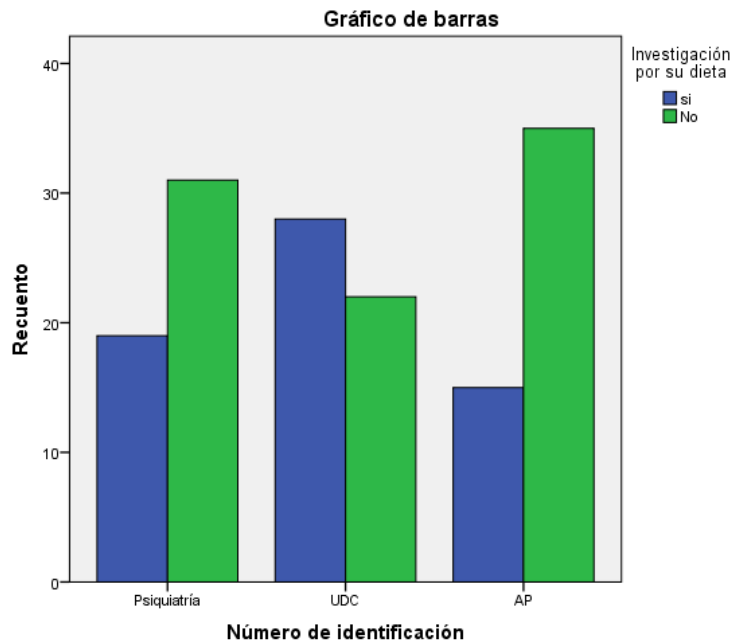
Fuente: Elaboración propia.

Mediante la prueba de Chi-cuadrado, observamos que se produce una diferencia significativa entre las tres unidades de análisis.

Dieta

A continuación, la gráfica de barras nos muestra el recuento de los datos en las tres unidades de análisis.

Gráfica 8. Pacientes a los que el médico les ha preguntado por su dieta.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, pasamos a ver la prueba del Chi-cuadrado:

Tabla 16. Prueba Chi-cuadro para analizar si se producen diferencias en cuanto a la investigación sobre la dieta en las tres unidades.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,313 ^a	2	,026
Razón de verosimilitudes	7,329	2	,026
Asociación lineal por lineal	,655	1	,418
N de casos válidos	150		

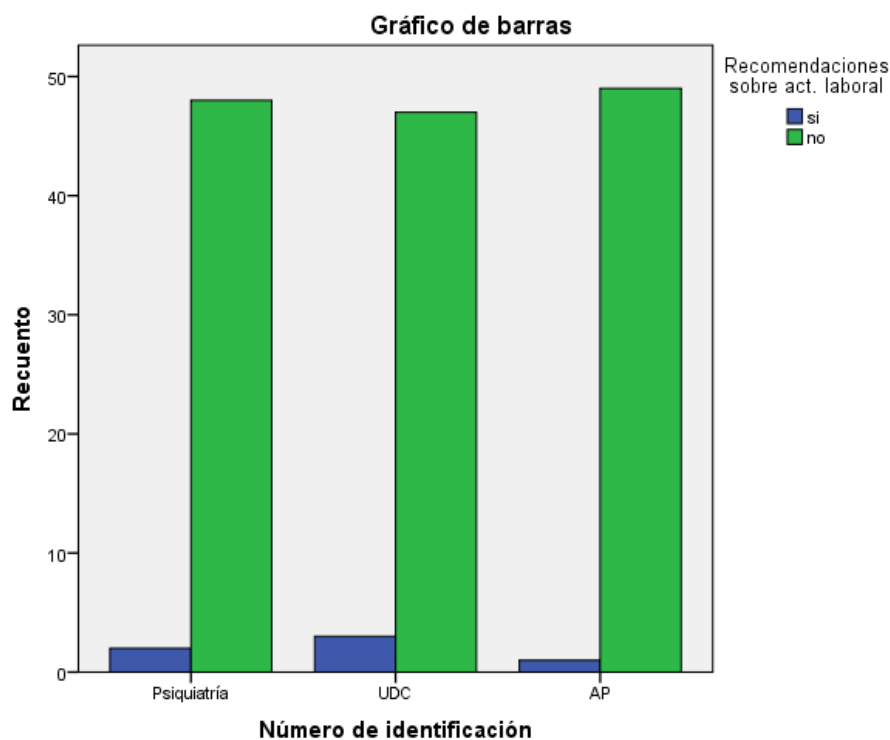
Fuente: Elaboración propia.

Como podemos observar a través de la prueba Chi-cuadrado, no se producen diferencias respecto a la investigación sobre la dieta entre las tres unidades de estudio.

- **De los pacientes que consideraron que su enfermedad se encontraba directamente relacionada con su trabajo, aquellos a los que el médico les recomendó introducir modificaciones en aquellos aspectos de su trabajo que pudieran perjudicar su salud.**

Los resultados nos muestran que a un 4% (2) de los pacientes que acudieron a UP, el psiquiatra les recomendó modificar algún aspecto relacionado con el trabajo. De los que asistieron a la UDC, el anestesista hizo recomendaciones en el mismo sentido a un 6% (3) de los pacientes, y de aquellos que asistieron a consulta de AP, a un 2% (1) le aconsejaron en el mismo sentido.

Gráfica 9. Recomendaciones sobre el trabajo.



Fuente: Elaboración propia

A continuación, pasamos a ver los resultados obtenidos en la prueba de Chi-cuadrado:

Tabla 17. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendaciones en aspectos de la actividad laboral que pudieran perjudicar la salud de los pacientes.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,042 ^a	2	,594
Razón de verosimilitudes	1,088	2	,580
Asociación lineal por lineal	,259	1	,611
N de casos válidos	150		

Fuente: Elaboración propia.

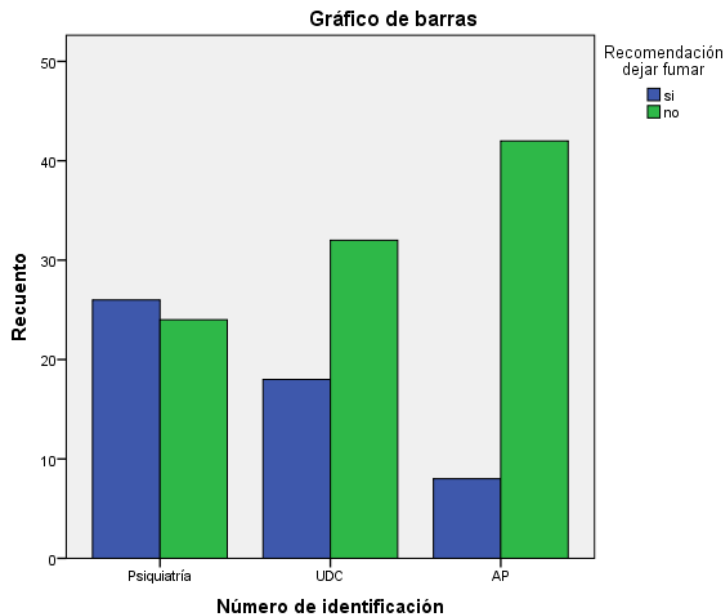
Al aplicar la prueba de Chi cuadrado, observamos que no se producen diferencias significativas entre las tres unidades.

- **De los pacientes que consideraron que su enfermedad estaba directamente relacionada con su trabajo, aquellos a los que se les recomendó: dejar de fumar, dejar de beber, hacer deporte/caminar y dieta.**

Recomendaciones sobre el tabaco.

En la gráfica 10, podemos observar que a un 52% (26) de los pacientes de psiquiatría, el médico les recomendó dejar de fumar, de los que asistieron a la UDC, estas recomendaciones se las hizo el anestesista a un 36% (18), y de aquellos que acudieron a la consulta de AP, a un 16% (8) les recomendó el médico dejar de fumar.

Gráfica 10. Pacientes a los que el médico les recomendó dejar de fumar.



Fuente: Elaboración propia

A continuación, pasamos a ver los resultados obtenidos en la prueba de chi-cuadrado:

Tabla 18. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendación de dejar de fumar.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,364 ^a	2	,001
Razón de verosimilitudes	15,064	2	,001
Asociación lineal por lineal	14,210	1	,000
N de casos válidos	150		

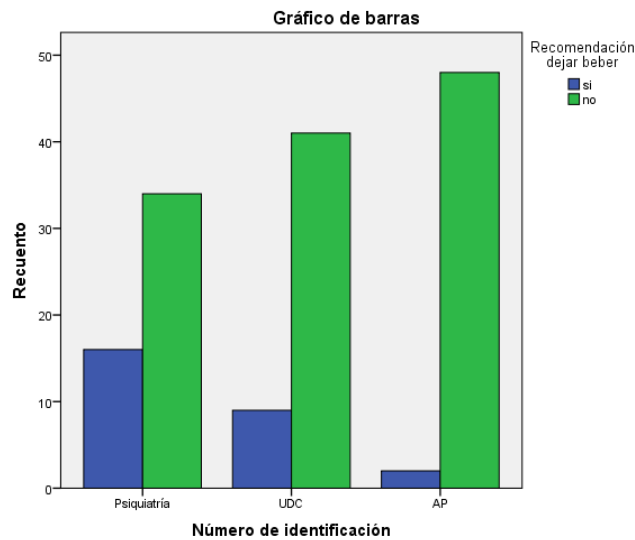
Fuente: Elaboración propia

Los resultados de Chi-Cuadrado, nos indican que hay diferencias significativas entre las recomendaciones de las tres unidades de estudio referidas a dejar de fumar.

Recomendaciones sobre el consumo de alcohol.

A un 32% (16) de los pacientes de UP, el médico les recomendó dejar de beber. En el caso de los que asistieron a la UDC, estas recomendaciones bajaron al 18% (9), y descendieron a un 4% (2) en AP. Estos resultados pueden observarse en el siguiente gráfico de barras.

Gráfica 11. Pacientes a los que el médico les recomendó sobre el consumo alcohol.



Fuente: Elaboración propia

A continuación, veremos los resultados obtenidos en la prueba de chi-cuadrado:

Tabla 19. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendaciones en aspectos de la actividad laboral que pudieran perjudicar la salud de los pacientes.

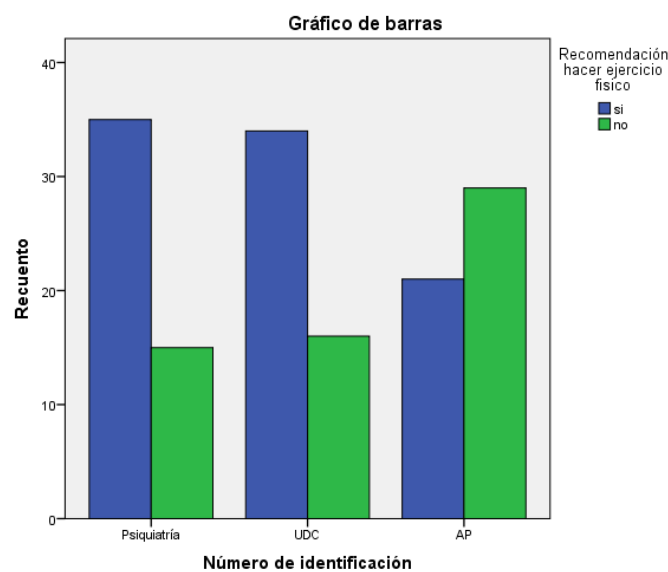
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,279 ^a	2	,001
Razón de verosimilitudes	14,797	2	,001
Asociación lineal por lineal	13,191	1	,000
N de casos válidos	150		

Fuente: Elaboración propia.

Recomendaciones sobre ejercicio físico.

De los pacientes que asistieron a la UP, a un 70% (35), el médico les recomendó realizar ejercicio físico. En cuanto a los que asistieron a la UDC, esta recomendación se la realizó el médico al 68% (34) de los pacientes y de todos los que asistieron a AP, a un 42% se les recomendó hacer ejercicio físico, como una forma de mejorar su estado de salud. Estos resultados pueden observarse en el siguiente gráfico de barras.

Gráfica 12. Recomendaciones sobre ejercicio físico.



Fuente: Elaboración propia

A continuación, pasamos a ver los resultados obtenidos en la prueba de Chi-cuadrado:

Tabla 20. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendaciones sobre el ejercicio físico.

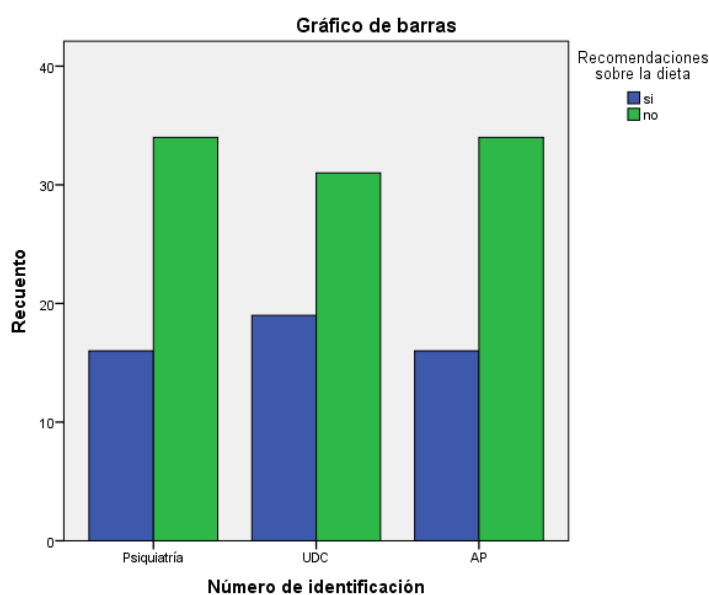
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,167 ^a	2	,006
Razón de verosimilitudes	10,101	2	,006
Asociación lineal por lineal	8,112	1	,004
N de casos válidos	150		

Fuente: Elaboración propia.

Recomendaciones sobre la dieta.

A un 32% (16), de los pacientes de UP, se les recomendó introducir modificaciones en su dieta. Estas mismas recomendaciones se las hicieron a un 38% (19), de los que asistieron a la UDC, mientras que en AP, el médico recomendó a un 32% (16) de los pacientes, introducir modificaciones en su alimentación. Estos resultados los podemos ver reflejados en la gráfica 13.

Gráfica 13. Recomendaciones sobre la dieta.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, pasamos a ver los resultados obtenidos en la prueba de Chi-cuadrado:

Tabla 21. Análisis Chi-cuadrado para averiguar si existen diferencias entre las tres unidades respecto a las recomendaciones sobre la dieta.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,535 ^a	2	,765
Razón de verosimilitudes	,530	2	,767
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	150		

Fuente: Elaboración propia.

➤ **Pacientes en situación de presentismo laboral.**

Ya quedó establecida la conceptualización del presentismo, como la permanencia en el puesto de trabajo fuera del horario establecido en el contrato (en el caso de que éste exista). También lo hemos considerando cuando los trabajadores siguen trabajando a pesar de requerir, por su estado de salud, un período de IT. Este fenómeno nos interesa, además de por su vinculación directa con el tema de nuestra investigación, por la luz que podrían aportar nuestros datos para valorar el impacto sobre la salud de la reforma laboral aprobada en España en 2012. Hemos de tener en cuenta que en la misma se establece que determinadas situaciones de IT, podrían ser consideradas como causas objetivas de despido.

➤ **Pacientes que asistieron, o han asistido al trabajo, sabiendo de la influencia negativa para su salud.**

Dado que todos los pacientes entrevistados afirmaron en algún momento, que la actividad laboral realizada incidió negativamente sobre su salud, tendríamos una muestra de 150 pacientes.

Tabla 22. Pacientes que asisten o asistieron al trabajo a pesar de que la actividad laboral incidiera negativamente sobre su salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Activo	42	28,0	28,2	28,2
	Parado	41	27,3	27,5	55,7
	Baja Laboral	16	10,7	10,7	66,4
	Jubilado	16	10,7	10,7	77,2
	Ama de casa	34	22,7	22,8	100,0
	Total	149	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
	Total	150	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Según los resultados, podemos afirmar que un 28% (42) de los pacientes que se encuentran en activo, acudieron al trabajo a sabiendas de que éste estaba perjudicando su salud. El porcentaje de los parados, fue de un 27,3% (41). Un 22,7% (34) de las amas de casa, consideraron que sus actividades domésticas han contribuido en el deterioro de su salud.

➤ **Valoración de los dispositivos de control puestos en marcha sobre pacientes en situación de Incapacidad Transitoria (IT): AP, Inspección médica, EVIs y mutuas.**

- **Comparación del grado de satisfacción obtenido en la relación médico- paciente entre SESCAM y de las mutuas.**

Como podemos observar, el grado de satisfacción con las mutuas, es considerablemente inferior ($p < 0,001$), al grado de satisfacción establecido en la relación médico-paciente en el SESCAM.

Tabla 23. Rangos. Grado de satisfacción entre el SESCAM y las mutuas.

Grado satisfacción con mutuas — Relación médico-paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	35 ^a	18,00	630,00
Rangos positivos	0 ^b	,00	,00
Empates	6 ^c		
Total	41		

Fuente: Elaboración propia

a. Grado satisfacción con mutuas < Relación médico-paciente

b. Grado satisfacción con mutuas > Relación médico-paciente

c. Grado satisfacción con mutuas = Relación médico-paciente

- **Comparación del grado de satisfacción obtenido en la relación médico-paciente entre el SESCAM y la inspección médica.**

El grado de satisfacción con la inspección médica también fue inferior ($P=0,001$), al obtenido en la relación médico paciente del SESCAM.

Tabla 24. Rangos. Grado de satisfacción entre el SESCAM y la inspección médica.

Grado satisfacción con la Inspección Médica – Relación médico-paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	21 ^a	13,48	283,00
Rangos positivos	4 ^b	10,50	42,00
Empates	7 ^c		
Total	32		

Fuente: Elaboración propia

a. Grado satisfacción con la Inspección Médica < Relación médico-paciente

b. Grado satisfacción con la Inspección Médica > Relación médico-paciente

c. Grado satisfacción con la Inspección Médica = Relación médico-paciente

- **Comparación del grado de satisfacción obtenido en la relación médico-paciente entre El SESCAM y los EVIs.**

El grado de satisfacción con la relación médico paciente de los EVIs fue inferior ($P<0,001$), a la presentada con los médicos del SESCAM.

Tabla 25. Rangos. Grado de satisfacción entre el SESCAM y los EVIs.

Grado satisfacción Equipo Valoración Incapacidades - Relación médico-paciente	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	29 ^a	15,60	452,50
Rangos positivos	1 ^b	12,50	12,50
Empates	3 ^c		
Total	33		

Fuente: Elaboración propia

a. Grado satisfacción Equipo Valoración Incapacidades <
Relación médico-paciente

b. Grado satisfacción Equipo Valoración Incapacidades >
Relación médico-paciente

c. Grado satisfacción Equipo Valoración Incapacidades =
Relación médico-paciente

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1. Conclusiones.

Como hemos podido apreciar a lo largo de nuestro estudio, la práctica médica se encuentra influenciada por complejas estructuras de significados y entramados culturales. A modo de síntesis, destacamos el cambio del paradigma médico-asistencial, por el de la medicina social, debido a que este nuevo modelo tomó impulso y se desarrolló bajo la doble influencia del positivismo y del modelo económico iniciado con la revolución industrial. Juntos contribuyeron al desarrollo de una medicina pragmática, biologicista, ahistórica y descontextualizada, en la que sus pretensiones de objetividad científica (disease), se impusieron frente al sufrimiento vivido por el paciente (illness). En este escenario socio-histórico, la medicina quedó estructurada en formas sociales de dominación que contribuyeron a determinar la intersubjetividad de los actores sociales, médicos y pacientes, y establecieron diferentes maneras de comunicar y diferenciar la causalidad y la relevancia de la enfermedad.

El trabajo lo hemos entendido como el combustible que alimenta el sistema económico capitalista en sus sucesivas variaciones históricas, de tal manera que el sufrimiento físico y psicológico que pudiera producir, es el ingrediente principal del que se nutre el modelo económico occidental. Para ser más precisa, con estos planteamientos apuntamos directamente a la medicina y a la subjetividad de los trabajadores, como parte de las estructuras que sostienen y alimentan la economía capitalista. En este contexto, se han producido numerosos cambios médico-tecnológicos, legislativos y sociales, que han contribuido a mantener la solidez y la estabilidad del orden económico establecido. Entre ellos destacamos: el desarrollo de un

marco legislativo de dudosa eficacia dadas sus limitaciones de aplicación, el crecimiento del individualismo, y un debilitamiento de las acciones colectivas en defensa de la dignificación de las condiciones laborales. Esta situación se ha visto acentuada con la crisis económica iniciada en 2008, debido al desempleo y a un aumento de la precariedad laboral alimentada con la Reforma Laboral de 2012.

Entrar en las consultas y tomar contacto con el sufrimiento laboral de los informantes, me situó frente a la historia laboral de mi propia familia: la de mis padres, la mía, y también las de mis hijos. En todas ellas se cruzó el sufrimiento en el trabajo con la actuación de la biomedicina en momentos históricos muy diferenciados. Estos períodos fueron los mismos por los que transitaron las tres generaciones de informantes que asistieron a las consultas en la Unidad de Dolor Crónico, Psiquiatría y Atención Primaria, en las que se desarrolló nuestra investigación.

Los resultados sacaron a la luz diferentes modos de subjetivar el sufrimiento laboral en tres períodos socio-económicos muy diferenciados. En el primero de ellos, los trabajadores agrícolas desarrollaron su actividad laboral en un marco económico pre-industrial y latifundista. Para estos obreros del campo la supervivencia propia y la del grupo fue un objetivo prioritario, por lo que, careciendo de derechos laborales y sin casi recursos sanitarios, vivieron con anhelo las posibilidades que les ofreció el desarrollo económico de los años cincuenta del siglo pasado. Estos trabajadores tuvieron conciencia de los sobreesfuerzos, la precariedad y la explotación, a la que sus cuerpos se vieron sometidos, pero a pesar de ello, poco pudieron hacer por remediarlo. Esta conciencia permanece en la memoria de nuestros informantes, conectada con el entramado social y económico que caracterizó al régimen de Franco.

Estos trabajadores, muchas veces acompañados por sus hijos, se incorporaron al nuevo orden fabril y a los destajos que caracterizaron al mercado madrileño de la construcción. Esta segunda etapa, trajo como novedad, la subordinación del sufrimiento laboral a las nuevas posibilidades de consumo, y si bien la sanidad pública experimentó un considerable desarrollo a partir de 1969, también es verdad que el proceso tecno-médico marcó un nuevo ordenamiento en la comunicación y en las atribuciones de los padecimientos. En esta situación, en la que los trabajadores pudieron alcanzar los logros a los que aspiraban en años anteriores, se produjo una naturalización del sufrimiento

laboral que terminó por neutralizarlo y normalizarlo. Mientras tanto las mujeres, ya en los talleres de confección, ya como empleadas del hogar, sufrieron los mismos procesos de subjetivación que los varones, de manera que el vencimiento de los plazos y la adquisición de bienes de consumo, se impuso sobre la salud y por encima de las relaciones con el grupo; el familiar y el social.

La sanidad desde la Medicina Basa en la Evidencia, dirigió la información de los pacientes hacia posiciones biologicistas y descontextualizadas, mientras que el nuevo escenario laboral imponía unas reglas sobre el uso del tiempo, que implicaban la vigilancia y el control de los trabajadores sobre su propio trabajo.

Si en la primera generación de informantes, las relaciones de amistad y de ayuda mutua fueron determinantes para preservar la supervivencia, la segunda se caracterizó por una quiebra relacional que afectó directamente al espacio emocional, social y personal, a favor del nuevo modelo socio-económico. Un modelo en el que los obreros podían tomar decisiones sobre el ritmo de su trabajo, sobre su lugar de residencia, y por primera vez, sobre sus inversiones en bienes y objetos de consumo. Sin embargo estas formas de comportamiento flexible, no determinaron que nuestros informantes prestaran mayor atención a la influencia del trabajo sobre su salud, sino que por el contrario, esta libertad de elección influyó en que el daño laboral pasara más desapercibido. Esta circunstancia se manifestó, en los tres escenarios de nuestra investigación, en lesiones osteoarticulares y trastornos mentales, entre otras muchas enfermedades. Los nuevos padecimientos psicológicos pusieron de relieve, que a las antiguas patologías físicas, debíamos sumar ahora, nuevos trastornos hasta entonces no asociados con el trabajo, como por ejemplo: los trastornos del sueño, los asociados a estrés y ansiedad, al desarraigo y a la inseguridad.

La tercera generación, la de mis hijos, está sufriendo las consecuencias de una crisis económica que ha abierto una brecha en el neoliberalismo postfordista y ha producido un cambio de reglas respecto a las cinco últimas décadas, en cuanto a derechos laborales se refiere. La inseguridad y la incertidumbre forman parte de un escenario laboral, en el que buen número de jóvenes se encuentran con empleos precarios o en situación de desempleo. La ineficacia del sistema, unida a sus retóricas sobre el emprendimiento y la actitud positiva, ha determinado que dentro de las

consultas, médicos y pacientes presentaran síntomas relacionados con la culpa y la falta de motivación, y también con el miedo, a no-ser-capaces-de; adaptarse a los nuevos escenarios laborales.

En las dos últimas generaciones se ha producido una transformación de la corporeidad respecto a la primera, en todo aquello que se refiere a las atribuciones de los padecimientos. Esto ha sido posible, en parte, al pensar que la tecno-medicina tiene un control *ad infinitum*, sobre la salud de las personas. Sin embargo nuestros estudios han demostrado, que las secuelas del sufrimiento laboral permanecen a lo largo de la vida con diferentes manifestaciones, como son: dolor crónico, ansiedad, insomnio, depresión, enfermedades somáticas, miedo, inseguridad y alteraciones del carácter y de la conducta.

Todo lo anterior explica que el trabajo, salvo en la Unidad de Psiquiatría, apenas tuviera visibilidad en el ámbito clínico-hospitalario, y ello a pesar de ser protagonista indiscutible en las respuestas que los informantes dieron a los cuestionario. De esta manera la totalidad de los médicos y de los pacientes, consideraron que el trabajo había influido negativamente sobre su salud en algún momento de su vida. Ello no fue un obstáculo para que también reconocieran sus beneficios potenciales. A pesar de lo expuesto, en ninguna de las tres unidades de análisis, UDC, UP y AP, el trabajo tuvo relevancia en el intercambio de información médico-paciente. Sin embargo debemos matizar que en el caso de psiquiatría, el médico investigó sobre su influencia en la salud de los pacientes, en un 18% de los casos, frente al 12% de los que lo hicieron en Atención Primaria y el 4% de la Unidad de Dolor Crónico. Estos resultados ponen de relieve, que a medida que aumenta la tecnificación clínica, disminuye el interés del médico por el contexto laboral de los pacientes. En ninguna de las tres consultas se tuvieron en cuenta las fábricas de fibrocemento instaladas en Alcázar de San Juan y en Herencia que dieron empleo a numerosos trabajadores de la zona durante décadas¹.

¹ Las placas de amianto y cemento son consideradas material tóxico por su capacidad para producir asbestosis. Esta enfermedad es una fibrosis pulmonar secundaria a períodos de exposición prolongados al asbesto. Sus alteraciones van, desde la disnea al cáncer de pulmón. En España entró en vigor la prohibición de fabricar productos con este material, el 15 de junio de 2002.

Del mismo modo también pasaron desapercibidas las consecuencias para la salud, del trabajo en la agricultura y en los destajos del mercado madrileño de la construcción.. El cuerpo ha sido un lugar de ocupación por la biomedicina, sirviendo ésta de coartada al modelo político-económico para silenciar sus consecuencias sobre la salud de los trabajadores. Al igual que la biomedicina, también el marco legislativo laboral, encubre la vulneración de los derechos que afirma proteger. Como ejemplo, hemos citado el Real Decreto 299/2006 de 10 de noviembre, por el que modificó la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Este marco legislativo, que hace que la sospecha o la confirmación de la influencia del trabajo sobre la salud sea de declaración obligatoria, no fue aplicado a ninguno de los pacientes que informaron de que el trabajo había perjudicado su salud. Consideramos que si esto es así, no es por negligencia médica, sino más bien el producto del poco control de la Administración en cuestiones relacionadas con la salud de los trabajadores, cuando estas van asociadas a prestaciones económicas. En sentido contrario apuntan las diferencias obtenidas, en cuanto al grado de satisfacción de los informantes con la relación médico-paciente, según se tratara del SESCAM, las mutuas, la Inspección Médica o los Equipos de Valoración de Incapacidades. En los tres escenarios de estudio, los pacientes se mostraron más satisfechos con la relación establecida en el SESCAM, destacando la poca satisfacción con las mutuas y con los Equipos de Valoración de Incapacidades. Respecto a estos últimos, un buen número de informantes refirió haberse encontrado en situación de indefensión, desprotección y confusión, respecto a sus dictámenes, diagnósticos e incluso con el trato recibido. El grado de satisfacción con la Inspección Médica, aunque inferior al obtenido en el SESCAM, ha sido más elevado que en los dos servicios anteriores. Estos resultados sólo pueden entenderse si consideramos que en el desarrollo de sus funciones de vigilancia y de control de las situaciones de IT, las enfermedades de los trabajadores no son contempladas en toda su magnitud, sino que por el contrario, quedarían subordinadas a las funciones de disciplina y control impuestas desde el modelo socio-económico. Por este motivo, y por el miedo al despido, un 28.2% de los pacientes en activo, acudieron al trabajo a pesar de no tener buenas condiciones de salud.

Nuestros resultados no entran en contradicción, a pesar las variaciones metodológicas, con los obtenidos por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en El

Trabajo, según resultados de la séptima Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VII ENCT, 2011), en la que entre un 50 y casi un 90% de los encuestados, dependiendo del síntoma incluido en la pregunta, consideraron que el trabajo había contribuido al deterioro de su salud.

Como hemos podido comprobar, la dieta, el tabaco, y el ejercicio físico, se encuentran en la base de las indagaciones y recomendaciones de los médicos, incluso de las realizadas a los pacientes que afirmaron que su dolencia se encontraba directamente relacionada con el trabajo.

En cuanto a la valoración del contexto, un 56,7% de los pacientes biologizó sus padecimientos, frente al 43,3% que no lo hizo. Por su parte, sólo un 18,7% de los médicos, estableció alguna relación entre la enfermedad y el contexto en que esta se había producido. Respecto a la influencia de las dificultades económicas, al 88,7% de los pacientes, el médico no les hizo ninguna pregunta en ese sentido, y ello con independencia de que los enfermos las señalaran como causa directa de su enfermedad.

Estos resultados han puesto de manifiesto cómo la sanidad, la legislación y los propios trabajadores, funcionan como dispositivos de control al servicio del poder económico. Estos dispositivos aparentemente aislados, se encuentran relacionados a través de la red invisible de las verdades incuestionables de la medicina. La protección indiscutible que ejerce sobre nuestra salud, su acción en las situaciones de mayor vulnerabilidad, y los mitos creados en torno a la ciencia y al progreso, hacen de la atención tecno-médica, una de las insignias sobre las que descansan los cimientos de la civilización occidental. Es por este motivo que la formación académica de los médicos pone el énfasis en los aspectos más técnicos de la relación médico-paciente, por ser los que determinen sus intereses, su formación y sus itinerarios profesionales. Si bien es verdad que todos ellos estuvieron de acuerdo en las grandes deficiencias de su formación en el manejo de las cuestiones humanas y sociales que rodean a los pacientes, también lo fue, que apelando a la importancia de la tecnología y a la presión asistencial, no consideraran entre sus prioridades, aumentar su formación en ese sentido. Sin embargo, como hemos visto, la historia de la medicina es la historia del modelo económico iniciado con la revolución industrial. En este sentido, la medicina social ha ido orientada desde sus inicios a proporcionar cuerpos sanos, o al menos útiles y con

capacidad para responder a los demandas productivas del momento. Desde entonces, los asuntos de salud fueron también asuntos de Estado, y como tales, han estado sujetos a las condiciones políticas, económicas y legislativas de las democracias occidentales. No debemos olvidar que el acento práctico de la medicina, surgió en Inglaterra y alcanzó su máximo desarrollo, en Alemania.

La globalización científica, financiera y tecnológica, ha contribuido a la biodesterritorialización de los trabajadores, médicos y pacientes, los cuales han terminado por naturalizar, tolerar e incluso, justificar su sufrimiento laboral.

7.2. Recomendaciones.

Esta tesis no pretende erradicar el desgaste físico o mental en el trabajo; sin embargo, no puede ser concluida sin realizar una aportación constructiva al tema de nuestro estudio. Con esta finalidad proponemos nuevas rutas y escenarios, que aprovechen los resultados obtenidos en estos cuatro años de investigación, y para ello invitamos a los que toman las decisiones sobre lo que debe o no debe incluir la anamnesis de las historias clínicas, a que figure en ellas información específica sobre el trabajo. Aquél que los pacientes realizaron en el pasado, el que realizan en la actualidad y aquél que piensan que podrían realizar en el futuro. Si hemos convenido en que el trabajo no es neutral para la salud, sería clínicamente relevante conocer el contexto laboral de los pacientes y recoger información sobre los posibles riesgos o beneficios que el mismo les pudiera ocasionarles.

En segundo lugar, proponemos que ante la sospecha o el conocimiento de enfermedad producida o agravada por el trabajo, se deje constancia por escrito en los datos epidemiológicos de notificación semanal, de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, dando así cumplimiento al artículo 5 del Real Decreto 299/2006.

Para terminar, consideramos necesario que se publiquen y se faciliten las condiciones de acceso a las cifras provinciales sobre la actuación de los Equipos de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social. Esto nos permitiría investigar, sobre la evolución histórica de los dictámenes y sobre las reclamaciones y los procesos judiciales interpuestos ante los órganos jurisdiccionales de lo social, así como, sobre los recursos de suplicación por comunidades autónomas, o sobre el número de recursos de

casación presentados ante el Tribunal Supremo. La dificultad de acceder a los datos de estos equipos, constituye un síntoma de opacidad que en nada beneficia a los derechos de los trabajadores, sobre todo cuando se encuentran envueltos en largos y costosos procesos judiciales.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abrams, P. (1988). Notes on the difficulty of studying the state (1977). *Journal of Historical Sociology*, 1(1), 58-89.
- Abreu, J. (1841). Correo Nacional. *Correo Nacional*. En De Francisco López, R (2006a). Corrosiones y quebrantos de la salud de los trabajadores en tiempos de globalización. *La Mutua*, (8), 92-123.
- Ackerknecht, E. H. (1985). *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal.
- Adorno, T. W. (1955). Zum Verhältnis von Soziologie und Psychologie, En Tiedemann y cols. (Ed.). *Gesammelte Schriften* (p.56) Frankfurt: Suhrkamp.
- Agamben, G. (1998). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos.
- Álvarez Munárriz, L. (2005). La conciencia humana. *La conciencia humana: perspectiva cultural*, 41,11.
- Álvarez-Blázquez, F. (2010). *Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria*. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. En: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/143518.pdf>
- Amable, M., Benach, J. y González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 4(4), 169-184.
- Amich Elías, C. (2008). El trabajo de los menores de edad en la dictadura franquista. *Historia Contemporánea*, 36(1), 163-192.

- Antón, J.M. (2012). Antropología del sinsentido. *Revista de Antropología Experimental*, (12), 349-371.
- Antón, F. y Martín-Consuegra, M.D. (2013). El papel silenciador de la biomedicina en la victimización por el trabajo. *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, (4), 153-172.
- Arsuaga, J. L. y Martínez, I. (2004). *La especie elegida*. Madrid: RBA.
- Asociación Agraria de Jóvenes Agricultores de Castilla y León (ASAJA). (2006). *Manual para la acogida de nuevos trabajadores. Prevención de riesgos laborales, agricultura y ganadería*. Valladolid: Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales. En: http://www.asajacyl.com/extras/prevencion/manual_asaja_castellano.pdf
- Babiano, J. (1993). Las peculiaridades del fordismo español. *Cuadernos de relaciones laborales*, 3, 77-94.
- Barley, N. (2012). *El antropólogo inocente*. Barcelona: Anagrama.
- Bascuñán Añoover, O. (2008). *Protesta y Supervivencia. Movilización y desorden en una sociedad rural: Castilla-La Mancha, 1875-1923*. Valencia: Fundación Instituto Historia Social-UNED.
- Benavides, F.G. (2009). Crisis económica y salud laboral. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 12(3), 113-114.
- Berardi, F. (2003). *La fábrica de la infelicidad. Nuevas formas de trabajo y movimiento global*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Beveridge, W. (2000). Social insurance and allied services. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 847-855. En: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v78n6/v78n6a17.pdf>
- Boix, P., Orts, E., López, M.J. y Rodrigo, F. (1997). Trabajo temporal y siniestralidad laboral en España en el período 1988-1995. *Cuadernos de relaciones laborales*, (11), 275-319.
- Bourdieu, P. (2012). Symbolic violence. *Revista Latina de Sociología*, (2), 1-4.
- Brigham, A. (1847). The moral treatment of insanity. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 11-15.
- Brown, P., Lauder, H. y Ashton, D. (2010). *The global auction: The broken promises of education, jobs, and incomes*. Oxford University Press.

- Browner, C.H., Ortiz de Montellano, B.R. y Rubel A.J. (1988). Methodology for Cross-cultural ethnomedical research. *Current Anthropology*, 29(5), 681–702.
- Campillo, D. y Piñero, J. M. L. (1983). *La enfermedad en la prehistoria: introducción a la paleopatología*. Barcelona: Salvat.
- Carpizo, J. (2012). El estado de los derechos de la justicia social. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, (14), 3-42.
- Castellano Arroyo, M. (2006). La medicina del trabajo en la España del siglo XXI, ¿Cambiar para progresar? *La Mutua*, (14), 31–42.
- Castro Orellana, R. (2006). *Ética para un rostro de arena Michel Foucault y el cuidado de la libertad* (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Castro Orellana, R. (2009). Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Revista de Ciencia Política*, (7), 7-25.
- Checa, J.C., Arjona Garrido, A. y Checa Olmos, F. (2010). El Ejido elegido: la convivencia como desafío. *Scripta Nova*, 315.
- Chirino, A. (1944). *Menor daño de la medicina*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Compilación del Instituto Nacional de Previsión (1932). *Apéndice XXI*, 322.
- Confederación Sindical Internacional (CSI). (2014). *Nuevo Índice Global de los Derechos de la CSI- Los peores países del mundo para los trabajadores*. Bruselas: CSI En: <http://www.ituc-csi.org/nuevo-indice-global-de-los?lang=es>
- Consejo Nacional de Especialidades Médicas. (1996). *Guía de Formación de Especialistas: Medicina del Trabajo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Cultura.
- Cosgrove, L. y Krimsky, S. (2012). A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, 9(3): e1001190. doi:10.1371/journal.pmed.1001190.
- Dalton, G. (1976). *Teoría económica y sociedad primitiva*. Barcelona: Anagrama.
- Dávila Quintana, C.D. y González López-Varcárcel, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261-265.
- De Francisco López, R. D. (2004). Notas y reflexiones sobre la arqueología de la medicina del trabajo en España. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 50(195), 3-12.
- De Francisco López, R (2006a). Corrosiones y quebrantos de la salud de los trabajadores en tiempos de globalización. *La Mutua*, (8), 92-123.

- De Francisco López, R. (2006b). Más allá del “mal de la rosa”. Riesgos y salud laboral de los trabajadores agrícolas en España. *La Mutua*, (16), 147-231.
- Deaton, A.S. y Paxson, C. (2001). Mortality, education, income, and inequality among American cohorts. En D.A Wise (Ed.), *Themes in the Economics of Aging* (pp. 129-170). Chicago: University of Chicago Press.
- Decreto de 26 de enero de 1944, por el que se aprueba el texto refundido del Libro I de la Ley de Contrato de Trabajo (BOE núm.55, 26 de enero de 1944). En: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/055/A01627-01634.pdf>
- Decreto, de 10 de enero de 1947, por el que se crea el Seguro de enfermedades profesionales (BOE, 21 de enero 1947).
- Decreto, de 22 de junio de 1956, por el que se aprueba el texto refundido de la legislación de accidentes del trabajo y Reglamento para su aplicación (BOE núm. 197, 15 de julio de 1956). En: <http://www.boe.es/boe/dias/1956/07/15/pdfs/A04614-04634.pdf>
- Decreto 1036/1959, de 10 de junio, por el que se reorganizan los servicios médicos de empresa (BOE, núm.148, 22 de junio 1967). En: http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/image_n_id.cmd?idImagen=1001896
- Dejours, C. (2009a). *El desgaste mental en el trabajo*. Madrid: Modus Laborandi.
- Dejours, C. (2009b). *Trabajo y sufrimiento: cuando la injusticia se hace banal*. Madrid: Modus Laborandi.
- Dejours, C. y Bègue, F. (2010). *Trabajo y suicidio*. Madrid: Modus Laborandi.
- Del Campo, S. (1994). *Tendencias sociales en España (1960-1990)*. Bilbao: Fundación BBV.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *El Anti Edipo: capitalismo y esquizofrenia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Demirovic, A. (2013). Crisis del sujeto. Perspectivas de la capacidad de acción. Preguntas a la teoría crítica del sujeto. *Constelaciones. Revista de Teoría Crítica*, 5, 18-43.
- Diallo, Y., Etienne, A. y Mehran, F. (2013). *Tendencias mundiales del trabajo infantil entre 2008 y 2012*. Ginebra: OIT. En http://www.ilo.org/ipecc/Informationresources/WCMS_IPEC_PUB_23776/lang--es/index.htm

- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- Dumont, L. (1987). *Ensayos sobre el individualismo: una perspectiva antropológica sobre la ideología moderna*. Madrid: Alianza Editorial.
- Durkheim, E. (1987). *Le Suicide: étude de sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Ehrenreich, B. (2012). *Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo*. Madrid: Turner.
- Elías, N. (1986). *El proceso de la civilización. Investigaciones psicogenéticas y sociogenéticas*. México: FCE.
- Engels, F. (1994). *Situación de la clase obrera en Inglaterra*. Madrid: Akal.
- Fantin, I. (2013). *Applicare il Problem Solving: Metodo, Applicazioni, Root Causes, Contromisure, Poka Yoke*, A3. Italia: Createspace.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) (2014). *Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2014 (XI Informe)*. Madrid: FADSP. En: <http://www.fadsp.org/>
- Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios (FAISS). (2014, julio). Comunicado emitido por la FAISS-CV. FAISSCV. En: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/faiss.pdf>
- Feijoo Cid, M. (2013). *"Mi sangre está enferma, yo no": narrativas del mundo sida y la gestión del tratamiento* (Tesis Doctoral). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Fire, A. (s.f.). *Reflexiones sobre humanismo y medicina*. Hacia la descripción de una nueva entidad nosológica: el síndrome de Hermógenes. En: <http://www.angelfire.com/il/ireneo/Hermogenes.html>
- Flores Martos, J.A. (2012). Incorporando el sufrimiento y las violencias cotidianas: del historial a las historias de vida en Veracruz (México). En Mariano Juárez, L. y Cipriano Crespo, C. (Eds.), *Medicina y Narrativas. De la teoría a la práctica* (pp.205-235). Almería: Círculo Rojo.
- Flores Martos, J.A. (2004). Una etnografía del año de provincias y de cuando no hay doctor: perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional. En *Salud e interculturalidad en America Latina: perspectivas antropológicas* (pp. 181-212). ABYA YALA; UCLM.

- Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. París: Gallimard.
- Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. y Varela, J. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- Friedman, M. (1966). *Capitalismo y libertad*. Madrid: Rialp.
- Gallego Huéscar, E. (2012) Aspectos éticos de la relación médico paciente. *Cuadernos de Bioética*, 7, 103-118.
- García Gómez, M. (2006). Enfermedades profesionales de los agricultores: del carbunco al cáncer; pasando por el dolor de espalda. *La Mutua*, (16) ,11-34.
- García-Alejo, R. H. (2008). *Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el estado liberal*. Barcelona: Octaedro.
- Gebhardt, V. (1880). *Los dioses de Grecia y Roma o Mitología greco-romana*. Barcelona: Espasa.
- Geertz, C. (1988). *Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura*. Barcelona: Gedisa.
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E. y Simón Talero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 561-575.
- Godelier, M. (1976). *Antropología y economía*. Barcelona: Anagrama.
- Gorz, Andre (1981). *Metamorfosis del trabajo*. Madrid: Sistemas.
- Greus, P.C., Sánchez, J.A., Vizcaíno, C.C. y Durá, P.S. (2008). Evolución epidemiológica de la fiebre reumática y cardiopatía reumática en España (1951-1986). *Revista Española de Salud Pública*, 65(1), 17-24.
- Groves, J. E. (1978). Taking care of the hateful patient. *The New England Journal of Medicine*, 7,103–118.
- Guenaga, A. (2013, 28 de abril). ¿Obrero bueno, obrero enfermo? *Diario El Norte*. En: http://www.eldiario.es/norte/euskadi/Salud_laboral-bajas-mutuas_0_125987652.html

- Gutiérrez, L. (2013). Las bajas por IT caen un 41% en la última década y su duración un 17%. *Diario médico*. En: <http://www.diariomedico.com/2014/03/10/area-profesional/sanidad/bajas-it-caen-41-ultima-decada-duracion-17>
- Hacking, I. (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 33(3), 277-302.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Happich, M., Schneider, E., Wilhelm, S., Zimmermann, T. y Schacht, A. (2012). (2012). Tratamiento de la depresión con duloxetina y reducción de la incapacidad laboral. *Depression Research and Treatment*. Doi: 10.1155/2012/264854.
- Hartness, J. (1900). *El factor humano. Consideraciones prácticas sobre la influencia en la organización del trabajo*. Barcelona: Feliu y Susanna.
- Hurtado García, I.(2010). *More to life. Envejecimiento, salud y cuidados en la migración internacional de retiro a la Costa Blanca (Alicante)*. (Tesis Doctoral). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Ibáñez, J. (1986). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI.
- Illouz, E. (2007). *Intimidades congeladas: las emociones en el capitalismo*. Madrid: Katz.
- Instituto Nacional de Estadística de Castilla-La Mancha (INE). (2014a, junio). *Encuesta de población activa*. Madrid: INE. En: www.ine.es
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014b). *Estadísticas Suicidio INE 2014. Resumen de los datos sobre muertes por suicidios en España durante 2012 publicados por el INE el 31 de enero de 2014*. Madrid: INE. En: <http://issuu.com/fsme/docs/estadisticas-suicidio-ine-2014/0>
- Instituto Nacional de Estadística de Castilla-La Mancha (INE). (2014c). *Padrón: Población Total*. En: <http://www.ine.es/FichasWeb/RegComunidades.do?fichas=49&buscador=&boto nFichas=Ir+a+la+tabla+de+resultados>
- Instituto Nacional de Estadística de Castilla-La Mancha (INE). (2014d, junio). *Variaciones residenciales exteriores*. Madrid: INE. En: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp307%2F%2Fa2014#2>

- Instituto Nacional de Previsión. (1932). *Apéndice XXI, a la Compilación del Instituto Nacional de Previsión*, nº322.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT). (2004). *Informe sobre el sector de la construcción (Periodo 1999-2002). Datos socioeconómicos, condiciones de trabajo y accidentes de trabajo*. Madrid: INSHT. En: <http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/EstudiosTecnicos/SectorConstr/Informe%20construcci%C3%B3n%202002.pdf>
- Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (INSHT). (2012). *Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. En : <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/VIGILANCIA%20DE%20LA%20SALUD/Tratado%20sobre%20las%20enfermedades%20de%20los%20trabajadores/tratado%20enfermedades.pdf>
- Jappe, A. (2011). *Crédito a muerte*. Logroño: Pepitas de Calabaza.
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM). (2014). *Vigilancia epidemiológica en salud pública*. Toledo: JCCM. En: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/ccm.pdf>
- Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM). (2014). *Plan Castilla-La Mancha+ Activa. Por un estilo de vida más activo y saludable*. Toledo: JCCM. En: www.castillalamanchaactiva.es
- Kaplan, H. y Sadock, B.J. (1996). *Sinopsis de psiquiatría*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Kuhn, T.S. (1980). Los paradigmas científicos. En Barnes, B. (Coord.). *Estudios sobre sociología de la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kleinman, A. (1978). What kind of model for the anthropology of medical systems?. *American Anthropologist*, 80(3), 661-665.
- Labrador, F.J. y López, M.C. (2012). *Psicología basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Lahire, B. (2001). *Les limbes du constructivisme*. Paris: ContreTemps.
- Lahire, B. (2005). *Lo que el trabajo esconde. Materiales para un replanteamiento del análisis sobre el trabajo*. Madrid: Traficantes de sueños.

- Lacalle (2013, febrero). *Trabajadores precarios, desempleados y coaccionados: victimización en el trabajo*. Sesión Plenaria-Seminario investigación sobre las víctimas como precio necesario: el trabajo como ámbito de victimización organizado por el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC, Madrid, 8 de febrero.
- Laplantine, F. (2010). *El sujeto, ensayo de antropología política*. Barcelona: Bellaterra.
- Le Breton, D. (2004). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad (BOE pág. 10592, 27 diciembre 1942). En: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1942/361/A10592-10597.pdf>
- Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social (BOE núm. 312, 30 diciembre de 1963). En: <http://www.boe.es/boe/dias/1963/12/30/pdfs/A18181-18190.pdf>
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE núm. 269, 10 noviembre 1995). En: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/10/pdfs/A32590-32611.pdf>
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 100, 26 abril 1997). En: <http://www.boe.es/boe/dias/1997/04/26/pdfs/A13449-13450.pdf>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, 15 noviembre 2002). En: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ministerio de Educación y Ciencia (BOE núm. 120, 17 de mayo de 1996). En: <http://www.boe.es/boe/dias/1996/05/17/pdfs/A16970-16975.pdf>
- Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera (BOE núm. 103, 30 de abril de 2012). En: <http://boe.es/boe/dias/2012/04/30/pdfs/BOE-A-2012-5730.pdf>
- Linares Rodríguez, P.J. (2010). Reflexiones en torno a la crisis y la salud laboral. *Revista de Estudios: Análisis, Reflexión y Debate de la Fundación 1º de Mayo*, 14,10-15. En: http://www.ccoo.es/comunes/recursos/1/doc18822_Reflexiones_en_torno_a_la_crisis_y_la_salud_laboral.pdf

- Lipovetsky, G. (2003). *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- Loeb, J. (1990). *Movimientos forzados, tropismos y conducta animal*. México D. F: Trillas.
- Lucas García, C. (2013). *El trabajo en equipo: un estudio de caso en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca* (Tesis Doctoral). Murcia: Universidad de Murcia.
- Madrid, A. (2010). *La política y la justicia del sufrimiento*. Madrid: Trotta.
- Maestro, A. (2013). *Crisis capitalista y privatización de la sanidad*. Madrid: Cisma Ensayo.
- Maiso, J. (2012). *Ante la descomposición del capitalismo. Sobre Crédito a muerte de Anselm Jappe*. Seminario Internacional sobre ¿Teoría crítica al capitalismo? organizado por el Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC, Madrid, 23 noviembre. En: <http://www.setcrit.net/wp-content/uploads/2012/10/Ante-la-descomposici%C3%B3n-del-capitalismo-Sobre-Cr%C3%A9dito-a-muerte-de-Anselm-Jappe.pdf>
- Malinowski, B.. (1986). *Los argonautas del Pacífico occidental*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Malinowski, B. (1989). *Diario de campo en Melanesia*. Oviedo: Júcar.
- Malinowski, B., Alier, J. y Alier, M.T (1978). *Crimen y costumbre en la sociedad salvaje*. Barcelona: Ariel.
- Mariano Juárez, L., Rodríguez Martín, B., & Conde Caballero, D. (2013). *Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia*. Index de Enfermería, 22 (1-2), 55-59.
- Martínez Hernáez, A. (2008). *Antropología Médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre los dones. Motivo y formas del cambio en las sociedades primitivas*. Madrid: Katz Editores.
- Medina, J. (2012). *Dirige tu carrera. No dejes que otros decidan por ti*. Barcelona: Alienta.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (MESS). (2012). *Siniestralidad laboral. Período abril 2011-marzo 2012*. Madrid: MESS. En: http://portal.ugt.org/saludlaboral/infor_acci_trab/informe_insht_abril2011_marzo2012.pdf

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). (2013). *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012*. Madrid: MSSSI. En: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional>
- Molina Benito, J.A. (2006). *Historia de la seguridad en el trabajo en España*. Valladolid: Consejería de Economía y Empleo y Dirección General de Trabajo y Prevención de Riesgos Laborales de la Junta de Castilla y León.
- Molinero, C. e Ysàs, P. (2003). El malestar popular por las condiciones de vida. ¿Un problema político para el régimen franquista? *Ayer*, (52), 255–282.
- Monlau, P. F. (1853). *Higiene del matrimonio o El libro de los casados*. Barcelona: Rivadeneyra.
- Monlau, P.F. (1856). Higiene industrial. ¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno a favor de las clases obreras? En Jutglar, A. (Ed.). (1984). *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*. Barcelona: Anthropos.
- Mounier, M. (1789). *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano*. Archivos parlamentarios de la Asamblea Nacional Francesa. En: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k495230/f282.image.pagination.langFR>
- Navales, C.(2010). Sumario Comentado. *La factoría*, 50. En: <http://www.revistalafactoria.eu/articulo.php?id=602>
- Oliva Serrano, J. (1995). Trabajadores manchegos en el mercado de trabajo de la construcción madrileña. La cristalización del commuting laboral rural-urbano de larga distancia en un contexto de reestructuración rural. *Agricultura y sociedad*, (75), 215-244.
- Oliva Serrano, J. y Díaz Santiago, M.J. (2005). Reestructuración productiva y móvil laboral: los “commuters” de la construcción en Castilla-La Mancha. En Castillo, J.J. (Dir.), *El trabajo recobrado. Una evaluación del trabajo realmente existente en España* (pp. 123-170). Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Orellana, R.C. (2009). Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Ciencia Política*, 7,7-25.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1944). *Declaración de Filadelfia*. En: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/DECLARACI%C3%93N%20DE%20FILADELFIA.pdf>

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1973). *Convenio sobre la edad mínima de admisión al empleo*, 138). En:
http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312283
- Organización Internacional del Trabajo. (OIT). (1999). *Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación*, 182. En:
<http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/com-chic.htm>
- Organización Internacional del Trabajo. (OIT). (2010a). *Lista de enfermedades profesionales (revisada en 2010). Identificación y reconocimiento de las enfermedades profesionales: Criterios para incluir enfermedades en la lista de enfermedades profesionales de la OIT*. Ginebra: OIT (Serie Seguridad y Salud en el Trabajo, núm.74).
- Organización Internacional del Trabajo. (OIT). (2010b). *Intensificar la lucha contra el trabajo infantil. Informe global con arreglo al seguimiento de la Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo*. Ginebra: OIT.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1946). *Declaración Universal*. Ginebra: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2010). *Gender dimensions of rural and agricultural employment: Differentiated pathways out of poverty*. Roma: FAO. En:
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_150558.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1957). *Comité Mixto OIT/OMS sobre Higiene del Trabajo. Tercer Informe*. Ginebra: OMS. En:
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_135_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Review of social determinants and the Health divide in the WHO European Region*. Symposium organizado por la OMS en Londres, 30 octubre.
- Otegui Pascual, R. (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En Perdigüero, E. y Comelles, J.M. (Ed.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 227-248). Barcelona: Bellaterra.
- Pascual Cortés, R. (2013,1 de julio). Empleo estrecha el control sobre bajas laborales de la sanidad pública. *Cinco Días*. En:
http://cincodias.com/cincodias/2013/07/01/economia/1372656370_929612.html

- Plataforma Mancha Centro. (2012, 8 de junio). *¿Nos merecemos esto?*. En: <https://plataformamanchacentro.wordpress.com/2012/06/08/nos-merecemos-esto/>
- Peñas, L. M. (2011). Los inicios de la legislación laboral española: La ley Benot. *Revista Aequitas: Estudios sobre historia, derecho e instituciones*, (1), 25-70.
- Perdigüero, E. (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18, 140-145.
- Polanyi, K. (2007). *The great transformation: the political and economic origins of our time*. Boston: Beacon Press.
- Popper, K. (2005). *Conocimiento objetivo: un enfoque evolucionista*. Barcelona: Tecnos.
- Principales modelos de seguridad social y protección social (s.a.). Recuperado el 12 de marzo de 2013 desde: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3120/4.pdf>
- Quintana Porras, L. (2006). De la nuda vida a la *forma-de-vida*: Pensar la política con Agamben desde y más allá del paradigma del biopoder. *Argumentos*, 19(52), 43-60.
- Radcliffe-Brown, A.R. (1986). *Estructura y función en la sociedad primitiva*. Barcelona: Planeta-De Agostini.
- Ramazzini, B. (2001). De morbis Artificum Diatriba (Diseases of workers). *American Journal Public Health*, 91(9), 1380-1382.
- Real Decreto 1300/1995, de 21 de Julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. (BOE núm. 198, 19 agosto de 1995). En: http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?dDocName=095271&C1=1001&C2=2010&C3=3032&C4=4006
- Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. (BOE núm. 21, 24 enero 1996). En: <http://www.boe.es/boe/dias/1996/01/24/pdfs/A02153-02158.pdf>
- Real Decreto 1299/2006, de 10 noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. (BOE núm. 302, 19 diciembre 2006). En: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/19/pdfs/A44487-44546.pdf>

- Real Decreto 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. (BOE núm.36, 11 de febrero de 2012). En: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/02/11/pdfs/BOE-A-2012-2076.pdf>
- Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. (BOE núm.98, 24 de abril de 2012). En: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- Real Decreto 625/2014, de 18 julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y el control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración (BOE núm.176, 21 de julio 2014). En: <http://www.boe.es/boe/dias/2014/07/21/pdfs/BOE-A-2014-7684.pdf>
- Revenga, R. (1904). *La muerte en España. Estudio estadístico sobre la mortalidad*. Madrid: Prensa de Madrid.
- Riechmann, J. (2013). *¡Peligro! Hombres trabajando. El trabajo en la era de la crisis ecológico-social*. Madrid: Catarata.
- Rodríguez, E. y Menéndez, A. (2005). Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8(2), 58-63.
- Rodríguez-Ocaña, E. (2007). Medicine as a social political science: The case of Spain c. 1920. *Hygiea Internationalis*, 6(2), 37-52.
- Roth, E. y Pinto, B. (2011). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Revista Ajayu*, 8(2), 62-100.
- Sahlins, M. (1974). *La Economía de la Edad de Piedra*. Madrid: Akal.
- Salarich, J. (1858). *Higiene del tejedor*. Madrid: Soler hermanos.
- Salarich, J. (1860). Higiene en el campo. *Revista de Agricultura Práctica*, 16, 62-63. En De Francisco López, R. (2006b). Más allá del “mal de la rosa”. Riesgos y salud laboral de los trabajadores agrícolas en España. *La Mutua*, (16), 154.
- Salas Reinoso, L., Suárez Ortega, S., Androver Nicolau, A., Artilles Vizcaíno, J., Jiménez Santana, P., Alfonso Déniz, J., Laynez Roldán, P. y Lorenzo Villalba, N. (2013). La hipertensión laboral en tiempos de crisis. *Revista clínica española*, 213 (Espec Congr): 736.
- San Miguel, J.A.H. (2003). Las pensiones 25 años antes y 25 años después. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (811), 193-202.

- Sánchez, I. y Franco, P. (2012). *La Cámara de Comercio e Industria de Ciudad Real (1912-2012). Cien años de actividad económica en la provincia*. Ciudad Real: Cámara Oficial de Comercio e Industria de Ciudad Real. En: http://www.camaracr.org/uploads/media/2012.100_anos_Camara.pdf
- Sánchez-Bayle, M. (2008). La privatización y los nuevos modelos de gestión en sanidad. *Revista de Economía Crítica*, 6, 103–118.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potencial for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter : las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Serrano, M. (1998). *Para que no me olvides*. Barcelona: Alfaguara.
- Smith, A. (1958). *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stern, W. (1912). *The Psychological Methods of Intelligence Testing*. Baltimore: Warwick and York.
- Stiegler, B. (2013). *De la misère symbolique*. París: Flammarion.
- Streeck, W. (2011). Las crisis del capitalismo democrático. *New Left Review*, (71), 5-29. En: http://pubman.mpdl.mpg.de/pubman/item/escidoc:1465252/component/escidoc:2030543/NLRse_71_2011_Streeck.pdf
- Sugimori, Y., Kusunoki, K., Cho, F. y Uchikawa, S. (1977). Toyota production system and kanban system materialization of just-intime and respect-for-human system. *The International Journal of Production Research*, 15(6), 553-564.
- Taussig, M.T. (1995). *Un gigante en convulsiones: el mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.
- Téllez Infantes, A. (2007). *La investigación antropológica*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Lisón Tolosana, C. (2005). La otra vía (Ciencia y razón antropológica). *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas* (82), 161-186.
- Torras, M. y Adrián, J. (2006). *Corporizar el pensamiento: escrituras y lecturas del cuerpo en la cultura occidental*. Pontevedra: Mirabel Editorial.

- Tratado de Estabilidad, Coordinación y Gobernanza en la Unión Económica y Monetaria firmado en Bruselas el 2 de marzo de 2012 (BOE núm. 29, 2 febrero de 2013). En: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/02/02/pdfs/BOE-A-2013-1118.pdf>
- Travanet, S. (1848). *Catecismo de agricultura universal*. Madrid: Imprenta de D. Santiago Saunaque.
- Triguero Cano, A. (2000). La persistencia del subdesarrollo agrario. En: Pardo M.R. (Coord.), *Historia económica de Castilla-La Mancha: (siglos XVI-XX)*, (pp.83-116). Madrid: Celeste Ediciones.
- Tocqueville, A. (2007). *De la democracia en América* (volumen 133). Madrid: Akal.
- Tylor, E.B. y Suárez, M. (1976). *Cultura primitiva: los orígenes de la cultura*. Madrid: Ayuso.
- Vaananen, A., Koskinen, A., Joensuu, M., Kivimäki, M., Vahtera, J., Kouvonen, A., Y Jappinen, P. (2008). Lack of Predictability at Work and Risk of Acute Myocardial Infarction. An 18-year Prospective Study of Industrial Employees. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2264.
- Vázquez González, M.C. y Camio Barrenechea, M. (2009). *Resultados de Atrium en las Islas Baleares 2008* (Trabajo Fin de Máster). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Velasco, H.M. (1995). *Lecturas de antropología social y cultural: la cultura y las culturas*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Velasco, H. y Díaz De Rada, A. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Trotta.
- Vera, J. (1962). Informe a la Comisión de Reformas Sociales 1 de diciembre de 1884. Paris: Tribuna Socialista. En De Francisco López, R. Corrosiones y quebrantos de la salud de los trabajadores en tiempos de globalización. *La Mutua*, (8), 92-123.
- Vilar-Rodríguez, M. y Pons-Pons, J. (2013). The introduction of sickness insurance in Spain in the first decades of the Franco dictatorship (1939-1962). *Social History of Medicine Advance Access*, 26(2), 267-287.
- Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvido y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, (1)1, 5-10.
- Wallerstein, I. y Balibar, E. (1991). *Raza, nación y clase*. Madrid: IEPALA.

- Watzlawick, P. (1992). *La coleta del barón de Münchhausen: psicoterapia y realidad*. Barcelona: Herder.
- Weber, M. (1979). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México D.F: Premia.
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica Grijalbo.
- Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of anthropology*, 257-285.
- Yourcenar, M. (1994). *Memorias de Adriano*. Madrid: Salvat Editores.
- Zamora, I. y Gómez Peña, I. (2012,18 de diciembre). Villacañas: la máxima expresión de la burbuja inmobiliaria que intenta levantar la cabeza. *ABC*. En: <http://www.abc.es/economia/20121202/abci-villacanas-burbuja-inmobiliaria-201212031059.html>
- Zamora Zaragoza, J. A. (2007). El enigma de la docilidad: Teoría de la sociedad y psicoanálisis en Th. W. Adorno. En Cabot, M. (Ed.), *El pensamiento de Th. W. Adorno. Balance y perspectivas* (pp. 27-42). Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- Zamora Zaragoza, J. A. (2012). El consumo como cultura: el imperio total de la mercancía. *Revista Crítica*, 62(980), 30-34.
- Zamora Zaragoza, J. A. (2013). Subjetivación del trabajo y captura total del individuo. *Revista de Teoría Crítica*, (5), 151-169.
- Zemelman, H. (2007). *El ángel de la historia: determinación y autonomía de la condición humana (Ideas para un programa de Humanidades)*. Barcelona: Anthropos.

ANEXOS

ANEXO Nº 1. CERTIFICADO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD
DE MURCIA

LUÍS ÁLVAREZ MUNÁRRIZ, Catedrático de Antropología Social de la Universidad de Murcia y Coordinador del "Curso de Doctorado" y del "Máster Universitario en Antropología: Cultura, Migración y Salud" que forma parte de la programación de Estudios Oficiales de Máster Universitario de la Universidad de Murcia

CERTIFICO: Que el proyecto de tesis titulado "Análisis antropológico de la victimación por el trabajo: del tylorismo a la subsunción del neoliberalismo", presentado M^a Dolores Martín-Consuegra Martín-Fontecha, bajo la dirección de la Profesora Dra. Fina María Antón Hurtado, ha sido aprobado por la Comisión Académica del Master el día 24 de Abril de 2013.

Para que conste, lo firmo en Murcia, a 24 de Abril de 2013




D^o Luis Álvarez Munárriz

ANEXO Nº 2. RESOLUCIÓN E INFORME DEL CEIC.



M^a Dolores Martín-Consuegra Martín-Fontecha.
Unidad del dolor.
Gerencia Atención Integrada de Alcázar.

Alcázar de San Juan, 02 de julio de 2.013

Adjunto le remito la resolución del CEIC, del estudio de investigación titulado: ***"Análisis antropológico de la victimación por el trabajo: del Tylorismo a la subsunción del Neoliberalismo"***, que fue valorado por el CEIC de Mancha Centro en la reunión del pasado 26 de junio de 2013, Acta núm. 06/13.

Atentamente.



Fdo.: Esperanza Segura Molina
Secretaria C.E.I.C.

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D^a Esperanza Segura Molina, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan.

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta para la investigación clínica del estudio titulado: **"Análisis antropológico de la victimación por el trabajo: del taylorismo a la subsanación del neoliberalismo"**, cuyo Investigador Principal es D^a. M^a. Dolores Martín Consuegra Martín Fontecha, de la Gerencia de Atención integrada de Alcázar de San Juan, en su reunión del pasado 26 de junio de 2013; Acta núm. 06/13 y en cuya valoración estuvieron presentes los siguientes miembros del C.E.I.C.:

Dra. Esperanza Segura Molina (Farmacóloga Clínica)
Dra. Concepción Villafañez García (Urgencias)
D. Alipio Lara Olivares (Técnico de la Conserjería de Agricultura)
Dra. Dolores Fraga Fuentes (Farmacia)
Dr. Francisco Pérez Roldán (Digestivo)
D^a Ana M^a Jiménez Ruiz (Suministros-Logística)
D. Ángel Arinero Arinero (Asesoría Jurídica)
Dr. Ramón Garrido Palomo (Pediatría)
Dr. Laureano Gómez González (Atención Primaria)
Dr. Juan Carlos Valenzuela Gámez (Farmacia)

EVALUACIÓN: FAVORABLE

Lo que firmo en Alcázar de San Juan, a 02 de julio de 2013


Fdo: Dra. Esperanza Segura Molina
Secretaria C.E.I.C.

ANEXO Nº 3. SOLICITUD CAMBIO DE TÍTULO.

María Dolores Martín-Consuegra Martín-Fontecha con D.N.I 6217897P y domicilio en C/Garnacha, 1 portal 7, 3ºB, C.P 13700 (Tomelloso).

Expone:

Que en la actualidad es alumna de doctorado de la Universidad de Murcia (Departamento de Antropología) en la línea de investigación Antropología del Estado y la Ciudadanía, habiendo presentado un proyecto de tesis con el título: *"La victimación por el trabajo en el neoliberalismo postfordista. El papel silenciador de la biomedicina como estrategia de contención"*. Bajo la dirección de la profesora: Josefa María Antón Hurtado.

Solicito:

Que debido a los cambios surgidos en el proceso de investigación, se cambie el título anterior por el de: *Estudio antropológico de la biomedicina en el sufrimiento laboral*

Tomelloso (Ciudad Real) , a 12 de marzo de 2015.



Firmado: María Dolores Martín-Consuegra Martín-Fontecha.

ANEXO Nº 4 GUÍA DE ENTREVISTAS (MÉDICOS).

Fecha:

Nº:

Contexto:

- Lugar: Hora: Situación:

Datos personales:

- Sexo: Edad: Tiempo de permanencia en el servicio:

Trayectoria profesional:

- Tipo de contrato:
- Años de experiencia:
- Años en la consulta (UDC, UP, AP):

Percepción sobre el trabajo:

Sobre su propio contexto laboral:

- ¿Qué importancia tiene para ti el trabajo, teniendo en cuenta el contexto global de tu vida?

- ¿Te gusta el trabajo que realizas?

- ¿Has pensado alguna vez que tu trabajo puede tener consecuencias positivas o negativas sobre tu salud?

- ¿Qué elementos de tu trabajo crees que pueden influir favorablemente en tu salud? ¿Y negativamente?

- ¿Cómo crees que tu salud se ve afectada en el primer caso? ¿Y en el segundo?

- ¿Si pudieras, qué cambiarías de tu trabajo para sentirte mejor?

Sobre el contexto laboral de los pacientes:

- ¿Alguna vez has pensado cómo puede haber influido en la salud de los pacientes su historia laboral?

- ¿Les has preguntado su opinión al respecto?

- ¿Por qué?

Organización:

- ¿Crees que la dinámica de las consultas facilita este tipo de preguntas?

- ¿Crees que en la formación que has recibido, se te recomendó contextualizar la enfermedad en la historia de los pacientes?

- A nivel económico: _____

- A nivel laboral: _____

- ¿Consideras que aportaría información relevante preguntar a los pacientes sobre su historia laboral?

ANEXO Nº 5 GUÍA DE ENTREVISTAS (PACIENTES).

U.D.C. HOSPITAL MANCHA CENTRO

Se adjunta conjuntamente con documento de información al paciente y consentimiento informado.

Fecha:

Sexo:

Localidad:

Situación laboral actual:

1. Motivo por el que asiste a consulta:

Causas orgánicas

Contextualiza

2. Tratamiento que toma habitualmente:

Nº de fármacos

Nº de ingestas

3. Valore el grado de satisfacción con su tratamiento de 1 a 5:

(Siendo: **1** nada satisfecho, **2** poco satisfecho, **3** satisfecho, **4** muy satisfecho, **5** totalmente satisfecho).

4. Tiempo que lleva con su padecimiento.

5. Limitaciones que le produce su enfermedad.

Laborales

Socio-afectivas

Actividades para
la Vida Cotidiana

6. ¿Por qué le ha dicho el médico que tiene esta dolencia?

Lo desconoce/no informa

Orgánico/no contextualizado

7. Algún médico le ha preguntado:

☐ Si fuma	☐ Si le cuesta dormir
☐ Si toma alcohol	☐ Por su trabajo
☐ Si está en paro	
☐ Por su dieta	☐ Si tiene dificultades económicas
☐ Por su sexualidad	☐ Si hace deporte/ camina

8. Algún médico le ha recomendado:

☐ Dejar de fumar	☐ Sobre su dieta
☐ Dejar de beber	☐ Introducir modificaciones en algún aspecto de su actividad laboral que pudiera perjudicar su salud
☐ Hacer deporte /caminar	

9. ¿Considera usted que ha habido alguna circunstancia que haya podido influir en sus dolencias actuales?

▪ **Relacionadas con su ambiente familiar o su situación económica:**

☐ Familiares a su cargo	☐ Dificultades económicas

▪ **Relacionadas con el trabajo.**

☐ Precariedad laboral	☐ Trabajar con sustancias peligrosas
☐ Miedo a perder su empleo	☐ Presión (<i>por cumplir objetivos de producción, por sus compañeros, por sus jefes,...</i>)
☐ Número excesivo de horas	
☐ Esfuerzo	☐ Otras:

10. Indique su grado de satisfacción del 1 a 5 sobre los siguientes aspectos de la atención recibida del SESCAM:

(Siendo: **1** nada satisfecho, **2** poco satisfecho, **3** satisfecho, **4** muy satisfecho, **5** totalmente satisfecho)

- | |
|--|
| ☐ Lista de espera |
| ☐ Duración de la consulta |
| ☐ Relación médico –paciente (<i>sobre su actitud hacia su enfermedad, sobre su cercanía, sobre su lenguaje ,sobre su empatía</i>) |

11. Valore de 1 a 4 la información recibida respecto a:

(Siendo: **1** ninguna, **2** poca, **3** suficiente, **4** mucha)

- | |
|--------------------------------------|
| ☐ Diagnóstico |
|--------------------------------------|

- ☐ Etiología
- ☐ Indicación de sus medicamentos
- ☐ Efectos secundarios de sus medicamentos

12. Indique su grado de satisfacción de 1 a 5 con:

(Siendo: **1** nada satisfecho, **2** poco satisfecho, **3** satisfecho, **4** muy satisfecho, **5** totalmente satisfecho)

- ☐ Medicina pública
- ☐ Medicinas alternativas – complementarias
- ☐ Medicina privada
- ☐ Curanderos
- ☐ Otros :

13. Indique su grado de satisfacción de 1 a 5 con:

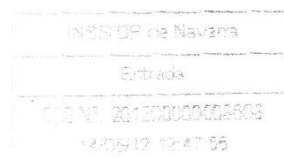
(Siendo: **1** nada satisfecho, **2** poco satisfecho, **3** satisfecho, **4** muy satisfecho, **5** totalmente satisfecho)

- ☐ Mutuas
- ☐ Inspección médica
- ☐ Equipo de Valoración de Incapacidades / Tribunales médicos

14. Comentarios que usted quiera añadir al cuestionario.

ANEXO Nº 6. CARTA DE LOS DELEGADOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (CGT Y LAB) EN VOLKSWAGEN NAVARRA S.A. AL DIRECTOR DEL INSS EN NAVARRA.





A/at de: Sr. _____, Director General del INSS en Navarra.

L@s abajo firmantes, delegad@s de prevención de riesgos laborales de las secciones sindicales de CGT y LAB en la empresa Volkswagen Navarra, S.A., queremos plantearle algunas cuestiones concernientes al organismo del que Ud. es máximo responsable en Navarra, y que están siendo motivo de reclamación por parte de l@s trabajador@s de la empresa. Son, los siguientes:

1.- Anulación de bajas laborales.

Desde la Inspección Médica del INSS vienen anulándose bajas laborales extendidas por l@s médicos de atención primaria del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea, alegando que se han incumplido los plazos legales a los que está sometida la concesión de dichas bajas por causa de las patologías que las originan (y los periodos de baja acumulados), o porque dichas patologías son coincidentes con las que han llevado a la declaración de una Incapacidad Permanente de l@s afectad@s, normalmente por la vía judicial.

La completa anulación de estos periodos de baja laboral, concedidos inicialmente por l@s profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea, supone para l@s trabajador@s afectad@s una situación de perjuicio e indefensión, pues durante un periodo de tiempo no han asistido al trabajo, resultando que finalmente no tenían una cobertura médica para ello; con lo que por otra parte, no solo no han percibido sus salarios, ni los van a percibir, sino que, además, la empresa procede al descuento de las prestaciones por baja laboral que les ha ingresado en nómina como pago delegado, ya que ha recibido una notificación del INSS que le emplaza a hacerlo.

No creemos que en la actualidad los y las profesionales de Atención Primaria estén dando las bajas con excesiva alegría, más bien al contrario, pero si hay alguna duda sobre la profesionalidad y honradez de los médicos de atención primaria en la gestión de las altas y bajas de l@s trabajador@s, desde el INSS se debería actuar (mejorando sus sistemas de control administrativo) para que en ningún caso desde el Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea se concedieran bajas indebidas; pero en todo caso, si esto ocurre, nunca deberían ser l@s trabajadores/as afectados/as quienes resultaran perjudicados por estos errores médico-administrativos, ya que la responsabilidad de los mismos es en última instancia de l@s profesionales sanitarios, y son los organismos sanitarios públicos quienes deben asumir todas las consecuencias.

2.- Altas a trabajador@s que no están en condiciones de trabajar.

Dejaremos aparte en este momento la consideración de que una persona que no se encuentra en un estado de salud adecuado para trabajar, debería estar de baja laboral por la patología de salud que le ocasionara tal situación, diga lo que diga la Ley sobre plazos y demás, aunque sí debemos apuntar que existe la posibilidad de extender o prorrogar las bajas laborales más allá de los plazos ordinarios establecidos, pero es una medida poco habitual en el comportamiento de la inspección médica del INSS, siendo frecuente la presencia en el trabajo de personas que no están en condiciones de trabajar.

Lo que sí es cierto es que en VW-NA, a día de hoy, son vari@s l@s trabajador@s que acuden diariamente a la empresa por haber recibido el alta de la inspección médica del INSS sin estar –con toda claridad– en unas mínimas condiciones de salud para trabajar. Esto ha llevado a que algún@s de ell@s hayan sufrido accidentes en la empresa que han supuesto un agravamiento de sus lesiones, lo que hace que nosotr@s estemos estudiando en este momento qué tipo de responsabilidad se puede imputar a quienes han sometido a l@s trabajador@s a dicha situación, causándoles daños personales, a través de la aplicación de decisiones de carácter político, que no médico.

3.- Comunicaciones del INSS.

De un tiempo a esta parte venimos observando que las comunicaciones del INSS no causan efecto a partir del día siguiente al del recibo de la notificación por parte del/a interesad@, sino que lo hacen en fecha preestablecida y sin previo aviso, con lo que los efectos de las resoluciones de este organismo muchas veces son comunicados por la empresa, que recibe la información (normalmente por vía informática) antes que los propios interesad@s, aunque no siempre a tiempo para evitar que surjan ciertas problemáticas.

Por ejemplo, se ha dado recientemente el caso de un trabajador que ha permanecido dos días de baja (según consta en el INSS), aunque esos dos mismos días en realidad estuvo trabajando (según puede acreditar el propio trabajador y también la empresa). Un error por parte del INSS que el trabajador afectado ha emplazado a corregir a este organismo sin éxito alguno.

4.- Dictámenes médicos contradictorios.

Hemos constatado como la inspección médica del INSS ha anulado bajas desde el mismo día en que un trabajador ha sido evacuado de la empresa por el Servicio Médico de la misma al Servicio de Urgencias del Hospital de Navarra donde se le ha atendido. Según la inspección médica del INSS ni siquiera esa situación de atención en Urgencias es motivo para estar de baja laboral al día siguiente, incluso tratándose de problemáticas de salud que condicionan enormemente la actividad de l@s afectad@s y así lo han valorado l@s médicos de atención primaria del Servicio Navarro de Salud /Osasunbidea,

expidiendo el correspondiente parte de baja laboral. Que llegue a producirse este tipo de casos es una barbaridad desde cualquier perspectiva razonable.

También hemos constatado que una baja laboral expedida por el/la facultativo del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea y que ha recibido el visto bueno del INSS en una primera inspección médica, ha sido revocada posteriormente desde su inicio por una segunda inspección médica del INSS. Siendo los dictámenes médicos de una y otra inspección contradictorios (constan distintas patologías), valorándose en el segundo caso, cuando la inspección médica del INSS anula toda la baja, una patología que no es la que motiva inicialmente la baja (que por cierto, se expidió por convalecencia de una intervención quirúrgica realizada el día anterior). Es decir, que, en este caso, a la trabajadora se le anula la baja concedida como consecuencia de una intervención quirúrgica que –obviamente– por las características de la patología tratada, le incapacitaba completamente para trabajar. La incongruencia entre los diversos dictámenes médicos resultantes de las inspecciones del INSS acaban creando un perjuicio y una situación de indefensión a la afectada. Otra barbaridad.

5.- Determinación de contingencias

En cuanto a las resoluciones que se reciben del INSS sobre determinación de las contingencias profesionales de las patologías y periodos de baja padecidos por l@s trabajador@s, nos encontramos frecuentemente con que basadas en dictámenes médicos que no tienen en cuenta los contenidos de los informes de las especialistas que han atendido a l@s trabajador@s, ni aunque est@s especialistas sean los de la mutua, con lo que el INSS asume muchos procesos de IT que no le corresponden; e incluso se llega al punto de que -de manera muy poco explicable- el INSS acaba asumiendo a todos los efectos bajas por recaída en patologías ya tratadas anteriormente por la mutua como contingencia profesional.

6.- Cargo de costes indebidos a la Seguridad Social.

Es de conocimiento público que la empresa Volkswagen Navarra, S.A. está incumpliendo toda la legislación vigente en materia de prevención, lo que se corrobora en distintas resoluciones de la Inspección de Trabajo y diversas sentencias judiciales, así como también en el informe técnico emitido por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), de 27 de abril de 2010, y el posterior del Instituto Navarro de Salud Laboral, de fecha de 24 de junio de 2010. Documentación que sin embargo, a la vista de sus actuaciones, el INSS parece desconocer, por lo que le adjuntamos copia de estos documentos a este escrito.

El principal incumplimiento de la legalidad vigente en materia de prevención por parte de esta empresa está en que lleva 15 años sosteniendo una incorrecta evaluación de los riesgos de los puestos de trabajo y dependencias de la fábrica. Las evaluaciones de riesgos existentes en la empresa no contienen factores de riesgo ergonómico fundamentales, y los que se valoran presentan unos resultados incorrectos pues se han

empleado métodos de evaluación también incorrectos, o se han empleado mal los que corresponde aplicar, o se desconoce qué métodos se han aplicado, según consta en los informes técnicos de los organismos competentes antes citados.

A fecha de hoy se desconocen el estado de una evaluación de riesgos de carácter psicosocial realizada por la empresa hace más de un año, cuando el número de trabajador@s afectad@s por patologías de salud de este orden es abultadísimo, tal y como se refleja en las memorias sanitarias que anualmente elabora y hace públicas la propia empresa, y cuya existencia se constata en sentencias judiciales que han reconocido el origen profesional de situaciones de IT denegadas por la mutua y por el propio INSS, de las que ya tienen conocimiento.

No reconocer los riesgos existentes en las correspondientes fichas de evaluación de la empresa, presentadas por ésta como correctas, supone la desvinculación del origen profesional de muchas patologías padecidas por l@s trabajador@s, su desvío al sistema sanitario público, y el sostenimiento de determinadas condiciones y aspectos del sistema productivo de la empresa que contienen factores de riesgo sobre los que no se toma ningún tipo de medida correctora para su eliminación o minimización. Lo que supondrá la aparición de más casos de trabajador@s que padezcan patologías creadas en el puesto de trabajo y que se desviarán al sistema sanitario público, accidentes, etc...

Hacemos este apunte porque también hemos constatado que desde este organismo (INSS) se ha determinado la contingencia común de una patología (y los periodos de baja habidos) de un trabajador de la empresa, argumentando que *"se comprueba en los riesgos ergonómicos que no existe riesgo de manipulación de cargas, ya que no hay manipulación mayor de 2 Kg. El riesgo de trabajos repetitivos es bajo, el nivel adecuado, no se usan herramientas manuales vibrantes, ni mantenimiento prolongado de cualquier postura ni contactos con superficies finas ni contactos prolongados con superficies duras"*.

Ante esta declaración del INSS sobre el caso debemos hacer las siguientes consideraciones:

- No se especifica a qué puesto de trabajo se refiere, y, por tanto, ni siquiera se puede saber si se está hablando del puesto de trabajo que tiene asignado en la empresa el trabajador afectado.
- En cualquier caso, y cualquiera que sea el puesto de trabajo de que se habla, desde el INSS se están haciendo unas valoraciones que no se ajustan en absoluto a la realidad de la empresa. Bien porque se han hecho en base a la incorrecta y fraudulenta documentación que pueda haber presentado la empresa (desacreditada por las autoridades laborales y los organismos técnicos competentes) o bien porque se ha hecho sin una correcta evaluación del INSS realizada sobre el terreno, visualizando directamente el puesto de trabajo asignado al trabajador. El resultado, como apuntamos, es que nos encontramos con una resolución del INSS cargada de afirmaciones realizadas de forma gratuita e incorrecta.

Esta actitud del INSS viene siendo enmendada, como Vd. sabe, en numerosas ocasiones por los tribunales de justicia que vienen reconociendo con asiduidad el origen laboral de incapacidades que previamente han sido denegado por el INSS.

7.- Judicialización de procesos (trabajador@s contra el INSS)

Hemos comprobado como las incapacidades permanentes (totales o parciales) de l@s trabajador@s de la empresa, en más de un 95% de los casos son declaradas en sentencia judicial, tras una denegación anterior de los EVIs.

Hemos constatado que la declaración de la contingencia profesional de los periodos de baja reclamada por l@s trabajador@s de la empresa es desestimada por el INSS en un 95% de los casos. No es razonable que, siendo de conocimiento del INSS cómo están las cosas en la empresa, y a la vista de los informes e incluso partes de accidente que aportan l@s trabajador@s, este organismo público asuma procesos que no le corresponden y obligue a l@s trabajador@s a demandarle ante los tribunales, que en un altísimo porcentaje de las ocasiones resuelven en sentencia a favor de la demanda de l@s trabajador@s. Si el INSS estuviera defendiendo los intereses que le son propios (y los de todo@s l@s contribuyentes) lo normal sería que resolviera una gran mayoría de los casos en el sentido que apuntan las reclamaciones de l@s trabajador@s, y que fuera la mutua quien se viera obligada a demandar judicialmente si estuviera en desacuerdo.

Conclusión

Para concluir este escrito le podríamos aportar multitud de documentación (reclamaciones efectuadas ante el INSS por trabajador@s de la empresa, resoluciones, partes de alta, informes médicos, dictámenes médicos de la inspección del INSS, sentencias judiciales, etc...) que demostrarían la veracidad de todas las afirmaciones que hemos hecho en los siete puntos anteriores, pero no lo vamos a hacer porque –como ya le hemos referido también- todos estos documentos obran en poder del INSS y son de su conocimiento.

Es tal la cantidad de casos que se nos vienen presentado constantemente dentro del colectivo de trabajador@s de la empresa VW-NA, S.A. (y entendemos que lo mismo está ocurriendo al conjunto de l@s trabajador@s navarr@s), que pensamos que no estamos ante hechos aislados, sino que todos ellos obedecen a la aplicación de políticas previamente determinadas.

Y estas políticas que se están aplicando causan dos efectos:

Por un lado, perjudican gravemente la salud y los derechos de l@s trabajador@s, sobre quienes se descargan responsabilidades que no les corresponden y consecuencias que no han provocado.

Por otro lado, estas políticas liberan de la responsabilidad que tienen en la generación y gestión de las problemáticas de salud de l@s trabajador@s a la empresa y la mutua, asumiéndola en muchos casos el INSS sin que le corresponda, y salpicando con sus decisiones al Servicio Navarro de Salud/ Osasunbidea, lo que supone un indebido cargo de costes económicos y recursos a ambos organismos públicos que perjudica y atenta contra los derechos e intereses no solo de l@s trabajador@s, sino del conjunto de la sociedad.

No es de recibo que en un organismo público como el INSS se desarrollen y apliquen políticas tendentes a su propia degradación, haciendo con ello un favor a quienes buscan argumentos para justificar la progresiva privatización de los organismos públicos de salud.

Como Director General del INSS en Navarra Ud. es el máximo responsable del funcionamiento de este organismo, y es por ello que le dirigimos este escrito esperando que pueda explicarnos que está sucediendo en esta institución en relación a los puntos que le hemos señalado, y con carácter general, pues una aclaración de la situación actual y la corrección de las deficiencias que hemos constatado -y le apuntamos de forma muy concreta- nos ayudará en la defensa de los intereses que nos son comunes al conjunto de la sociedad Navarra en la parte que atañe al funcionamiento del INSS.

Sin más asuntos que tratar, le saludan



Delegado de Prev. por CGT en VW-NA. S.A.

Atte.



Delegado de Prev. por LAB en VW-NA. S.A.



Delegado de Prev. por LAB en VW-NA. S.A.

Telefonos de contacto:

Sección Sindical de CGT en VW-NA, S.A.:
Sección Sindical de LAB en VW-NA, S.A.:

ANEXO Nº 7. CONTESTACIÓN DEL DIRECTOR PROVINCIAL DEL INSS DE NAVARRA.

 GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL	 SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL  INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DIRECCIÓN PROVINCIAL DE NAVARRA
O F I C I O S/REF. N/REF. DIRECCIÓN PROVINCIAL JSB / loi FECHA ASUNTO	D. Delegado de Prevención por CGT en VW-NA, S.A. Polígono Industrial de Landaben, s/n <u>31012-PAMPLONA</u>

En contestación al escrito presentado en esta Dirección Provincial con fecha 14 del corriente mes de mayo en el que figura Ud. como primer firmante, junto con D. y D. , tengo a bien informarles lo siguiente:

En primer lugar debo de rechazar las referencias que hacen en su escrito, a decisiones "de carácter político, que no médico" y a hechos que "obedecen a la aplicación de políticas previamente determinadas", cuando se está relatando situaciones referidas a Bajas y Altas de trabajadores, así como a la Determinación de Contingencia.

A este respecto, debo de indicarle que esta Dirección Provincial, en todas las cuestiones planteadas en su escrito, aplica escrupulosamente la normativa reguladora de cada una de las materias alegadas.

Es voluntad y norma de esta Dirección Provincial, el atender y facilitar cuanta información precisen tanto los trabajadores afectados por cualquier situación relacionada con las competencias que son propias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, como los propios Comités de Empresa o los Comités de Seguridad y Salud, y por ello es necesario que se confirme la petición de reunión como una actuación en representación del Comité de Empresa o de Seguridad y Salud en su conjunto, y en la que se incluyan los temas aportados en su escrito o cuantos deseen exponer relacionados con la gestión que esta Dirección Provincial tiene encomendada.

Esta Dirección Provincial agradece cuantas aportaciones se le puedan facilitar en aras a conseguir una mejor información hacia los trabajadores y una mayor coordinación entre todas las Entidades que intervienen en la gestión de todas las situaciones derivadas de las bajas por incapacidad temporal, o en cualquier otro aspecto relacionado con la Seguridad Social.

Le envío un cordial saludo y quedo a su disposición.

EL DIRECTOR PROVINCIAL,



AVDA. CONDE OLIVETO, 7
31003 PAMPLONA/IRUÑA
TEL.: 948 289 361

ANEXO Nº 8. DENUNCIA DE NAFARROA BAI POR EL FUNCIONAMIENTO DEL INSS, EN LA ATENCIÓN DE BAJAS LABORALES.



Nafarroa Bai 2011

NAFARROA BAI DENUNCIA EL FUNCIONAMIENTO DE INSS, EN LA ATENCIÓN DE BAJAS LABORALES

asegura que las practicas con las que actúa perjudican directamente a trabajadores y en muchos casos crean problemas a las propias empresas.

Nafarroa Bai denuncia la practica, que en Navarra esta llevando adelante el Instituto Nacional de la Seguridad Social en relación al control de las bajas laborales. Esta practica esta suponiendo decisiones graves que perjudican a trabajadores/as en baja medica bajo prescripciones medicas del Servicio Navarro de Salud.

De forma repetida el INSS esta revocando y enviando a trabajar a personas con bajas prescritas por sus médicos de cabecera, e incluso en algunos casos por atenciones producidas por ingreso en los servicios de urgencias. Estos hechos suponen un desautorización, con consecuencias graves, de los médicos del SNS.

En otras decisiones de este INSS, se están revocando bajas laborales con carácter retroactivo creando una situación de conflicto para el trabajador/a y la propia empresa en relación a las percepciones económicas cobradas por dicha baja. Incluso se han producido situaciones tan increíbles como que el propio INSS se contradiga así mismo, anulando en segunda visita, con carácter retroactivo desde el inicio de la baja, bajas ya inspeccionadas y aceptadas por ellos en primera revisión.

Según existen casos demostrables que se esta enviando a trabajar a personas que están realmente incapacitadas, generando este hecho un grave problema para el trabajador/a y para la propia empresa que tiene que poner a trabajar a una persona que no esta en condiciones y que si no lo hace tiene igualmente que pagarle el sueldo. Esta situación esta además generado un riesgo añadido de accidentes laborales.

Frente a esta política de acoso de los derechos a la salud laboral de trabajadores/as, resulta llamativo y denunciante como este mismo INSS es permisivo y complaciente con las Mutuas Privada, aceptando sin mas resistencia el desvío de bajas laborales pertenecientes a Mutuas al sistema de la Seguridad social, con lo que ello supone de ahorro para las Mutuas privados y importante costo para la Seguridad Social.

Nafarroa Bai, tomara diferentes iniciativas para aclarar y pedir explicaciones de estos hechos. Solicitaremos la presencia de Director General de INSS en Navarra y del Servicio Navarro de Salud, para que aclaran las consecuencias de este proceder.

ANEXO Nº 9. RESPUESTA DEL PARLAMENTO NAVARRO A LA DENUNCIA PRESENTADA POR NAFARROA BAI.

Parlamento de Navarra, REGISTRO ENTRADA 2128 01-08-2012 hora 13:00 8-12/POR-00115

EXCMO. SR.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 192.7 / 193.4 del Reglamento del Parlamento, le remito la **contestación por escrito de la pregunta oral** formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. [REDACTED] adscrito al Grupo Parlamentario "Nafarroa Bai" en relación con si se tiene conocimiento de las actuaciones que el Instituto Nacional de la Seguridad Social está realizando en relación a las bajas laborales (8-12/POR-00115), que quedó pendiente al finalizar el último periodo de sesiones.

Pamplona, 1 de agosto de 2012
EL CONSEJERO DE CULTURA, TURISMO Y
RELACIONES INSTITUCIONALES

EXCMO. SR. D. [REDACTED]
PRESIDENTE DEL PARLAMENTO DE NAVARRA

La Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, en relación con la pregunta para su contestación por escrito formulada por el Parlamentario Foral Ilmo. Sr. D. [redacted], adscrito al Grupo NAFARROA BAI en el Parlamento de Navarra "Si el Gobierno de Navarra desde OSASUNBIDEA o desde SALUD LABORAL o desde cualquier otro ámbito de su competencia, sobre las actuaciones que el Instituto Nacional de la Seguridad Social está realizando en relación a las bajas laborales e incluso a la situación de conflicto con la gestión que de dichas bajas realizan los médicos de los Centros de Salud de Osasunbidea" (8-12/POR-00115), tiene el honor de remitirle la siguiente contestación:

Se adjunta el Informe sobre actuaciones en el seguimiento y control de Incapacidad Temporal efectuada en el ejercicio de sus competencias por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Es cuanto tengo el honor de informar a V.E. en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 192 del Reglamento del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 31 de julio de 2012

LA CONSEJERA DE SALUD

[redacted]

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PARLAMENTO DE NAVARRA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Informe sobre actuaciones en el seguimiento y control de Incapacidad Temporal efectuada en el ejercicio de sus competencias por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

De conformidad con el artº 128 de la LGSS, la situación de Incapacidad Temporal se produce mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la S.S. y **está incapacitado para el trabajo** con la duración que en el mismo se determina.

Dentro del procedimiento contemplado en la Ley se faculta al INSS para efectuar el control de Incapacidad Temporal en las siguientes situaciones:

De acuerdo con la Disposición Adicional 52 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), según redacción dada por la Ley 35/2010, de 17 de Septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo:

- Hasta el cumplimiento de la duración máxima (365 días), los inspectores médicos adscritos al INSS tendrán la facultad de citar a los trabajadores cuantas veces consideren necesarios para evaluar su evolución médica y cuando su situación clínica lo permita, poder proceder a emitir el alta médica a todos los efectos y con las mismas competencias que la Inspección de los Servicios Sanitarios del Instituto Navarro de Salud Laboral.

- Así mismo serán **los únicos** competentes para emitir una nueva baja por recaída (misma o similar patología) si esta se produce en los siguientes 180 días desde la emisión del alta.

De todas las resoluciones correspondientes a estas actuaciones se da cumplida cuenta a la Inspección de los Servicios Sanitarios del Instituto Navarro de Salud Laboral.

De acuerdo al contenido del artº 128 de la mencionada LGSS, en su apartado A, párrafo 2º:

- A partir de los 365 días en situación de Incapacidad Temporal, las competencias en materia de seguimiento de estas situaciones, se reconoce **en exclusiva** al Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar las incapacidades, tanto para reconocimiento de la prórroga hasta un máximo de 545 días, como para la emisión de altas médicas y posteriores bajas por recaída (misma o similar patología) si esta se produce en los siguientes 180 días desde la emisión del alta.

Así mismo estas resoluciones son notificadas en tiempo y forma a todas las partes interesadas incluida la Inspección de los servicios sanitarios del Instituto Navarro de Salud Laboral.

Existen órganos de coordinación con representantes del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Navarro de Salud Laboral en la que se hace el adecuado seguimiento de todas las actuaciones que se producen en esta materia y de las competencias que cada uno de los organismos citados tienen encomendadas en materia de seguimiento y control de las situaciones de incapacidad temporal dentro del territorio de la Comunidad Foral de Navarra.

Pamplona, a veinticinco de junio de dos mil doce
El Director Provincial

AVDA. CONDUCENTIA, 2
31003 PAMPLONA / IRUN
TEL. 948 262 400
FAX 948 262 400

ANEXO Nº 10. CARTA AL DELEGADO PROVINCIAL DE CIUDAD REAL A MARÍA DOLORES MARTÍN CONSUEGRA RELATIVA A LAS BAJAS LABORALES.

FROM: C.P.R. de ALCAZAR

TO: 926505587

10-05-00 09:48

PAGE: 1



Consejería de Educación

FECHA
4-V-2000

SU REFERENCIA

NUESTRA REFERENCIA

ABUSO-PP/88

DESTINATARIO

D^a M^a Dolores Martín-Consuegra Martín-Fontecha
Centro de Profesores y Recursos
C/ Independencia, nº 8
13600-ALCAZAR DE SAN JUAN



En los partes de mensuales de faltas de asistencia del profesorado del C.P.R. de Alcázar de San Juan se constata una alta incidencia de faltas de enfermedad de la profesora D^a. M^a Dolores Martín-Consuegra Martín-Fontecha durante el presente curso y que ya se puso de manifiesto en el curso anterior.

La posibilidad de un quebranto de salud de la citada profesora, aconseja que en lo sucesivo se acompañe con dichas faltas un INFORME MÉDICO.

Asimismo se le da traslado al Inspector Médico, por si procediera su intervención.

EL DELEGADO PROVINCIAL,



Delegación Provincial

Avda. de Alarcos, nº 21 13001 CIUDAD REAL

**ANEXO Nº 11. CARTEL ALUSIVO A LA CRISIS EN UNA CONSULTA
DEL HOSPITAL GENERAL DE TOMELLOSO.**



ANEXO Nº 12. AUDIOS.

Testimonios de médicos

Especialista tratamiento del dolor crónico (anestesista) Audio 1 (25-10-2013). (E = Entrevistador; M= Médico).

M – Yo les digo a mis compañeros jóvenes que si van a trabajar en la sanidad pública, lo único que pueden esperar son humillaciones. Eso es lo que te va a ofrecer. Trabajar en malas condiciones, con un sueldo escaso, con una sobrecarga importante, con un contrato lo más cutre posible durante el mayor tiempo posible. Yo por ejemplo estuve en Madrid 22 años de interino. Creo que en 22 años les ha dado tiempo a convocar plazas o concurso. Quiero decir, que con la experiencia que tengo y los años que llevo, ya no espero nada de la Seguridad Social, ni de la Sanidad Pública. Como mínimo, lo único que espero es que me dejen en paz y no me puteen, porque encima se dedican a eso. Yo hago mi trabajo, lo hago lo mejor que sé y lo mejor que puedo con los medios de que dispongo. Evidentemente, no estoy en absoluto satisfecho con la situación que tengo porque aquí tenemos una lista de espera de más de 2 años para ver a un paciente en primera consulta. Es decir, si a ti te mandan ahora a la Unidad del Dolor, te podremos ver dentro de dos años, eso me parece una aberración y ahí no sólo influyen problemas de recursos, sino también otra serie de cuestiones que hacen también que esto sea el pozo sin fondo al que va todo aquel que no saben qué hacer con él. Para una población de medio millón de habitantes que tiene la provincia de Ciudad Real, sólo hay dos unidades del dolor, que yo sepa, una que está en Alcázar de San Juan, y nosotros. Para medio millón de habitantes, en este hospital tenemos sólo 2 médicos especialistas y una médico general.

E – 2 médicos especialistas y una médico general...

M – Y con eso tenemos que atender el dolor crónico de medio millón de habitantes. Evidentemente, es imposible. Yo vengo rebotado de otra Unidad del Dolor, donde me tuve que ir por otra serie de problemas y he venido aquí. Mi función aquí será formar a mi compañero, que es el que está ahora mismo aprendiendo y el que espero que siga. A mí me quedan 5 años para jubilarme, y yo ya no me planteo muchas cosas. Yo lo único que quiero es que me dejen tranquilo, que esto no me suponga un problema, que no tenga que tomar medicación para soportarlo, y poco más. Es decir, me quedan 5 años y los quiero llevar lo mejor que pueda. Si puede ser, espero que aquí se quede una Unidad del Dolor que funcione bien, y nada más. Se acabó, lo que estoy deseando a estas alturas es jubilarme y desaparecer de la Sanidad Pública lo antes posible, porque esto es un mata hombres. O sea aquí, todo es dificultad y todo son problemas.

E – ¿Si?

M – Se supone que tú lo que tienes que hacer es ofrecer tu trabajo y tus conocimientos y el sistema debe de facilitar tu trabajo para que el mayor número de pacientes se beneficien de él. Bueno, pues eso no es así, en absoluto. Aquí partimos de la base de que cada paciente que se ve y se atiende es un gasto más; por tanto, ahí empezamos mal porque se contempla la actividad como un gasto y no como un beneficio y por lo tanto, cuanto menos gastes, mejor y más en esta situación, aunque esto no viene de ahora, de la crisis, porque yo eso lo he vivido durante todo mi ejercicio profesional. Cuanto menos gastes, mejor; cuanto menos dinero, mejor. Aquí estamos tratando a pacientes con artrosis de 80 u 85 años, que es lógico que tengan dolor. Ese es el 60% de nuestro trabajo. Cuando nos llega un paciente, al que realmente nosotros deberíamos resolver o mejorar su problema, como es el caso de un paciente joven con espalda operada, pues para eso necesitamos una serie de recursos como son implantes, que están limitados porque económicamente no...

E – No...

M– Entonces estamos resolviendo, o medio resolviendo, problemas de pacientes de 80 años, haciéndoles tratamientos que tienen dudosa eficacia, y estamos dejando sin solucionar los que realmente tenemos que solucionar, que son esos pacientes con dolor complejo que necesitan una técnica un poquito más sofisticada y entonces te dicen que no hay dinero. No sé, al final tu cabeza te va diciendo: el trabajo que estás haciendo es bastante inútil.

E – Eso es duro para un...

M – Eso un año, otro año... Y si yo aquí viera a dos pacientes al día, pues bueno te hace poca mella; pero si aquí tienes una sobrecarga existencial brutal... Ahora mismo mi compañero se ha dado de baja porque se ha roto un hombro, y yo tengo que asumir mi trabajo y el suyo. No sustituyen a nadie, no... En fin, que llega un momento que lo único que me preocupa es cuánto tiempo me queda para jubilarme. Ya no me motiva nada más.

E – No puedo irme sin antes preguntarte si, a tu juicio, las distintas administraciones, de los distintos colores que han pasado por aquí, les interesa la excelencia del profesional en cuanto a la atención que pueda dar al paciente ¿Se cuida o se incentiva al profesional que trabaja, que le echa horas?

M – No, en absoluto. Al contrario, te estoy diciendo que si tú trabajas más, gastas más y por lo tanto, eso no interesa. A mí en 30 años nadie me ha incentivado para nada. Yo gano lo mismo que otro señor que pueda estar todo el día tocándose las narices. Aquí nadie te controla, salvo tus propios compañeros y tu jefe de servicio, si lo tienes. Y si te controla, porque a veces ni siquiera eso. Nadie controla la actividad de la gente, es decir, lo mismo cobra el que trabaja, que el que no trabaja y eso es una cosa conocida. Incentivarte en el sentido de que tú trabajes más, ya no digo económicamente...

E – Eso, eso. Yo me refiero también a...

M – Simplemente que te faciliten tiempo para formarte o tiempo en...

E – Un congreso en...

M – En este país la formación médica está en manos de las compañías farmacéuticas. No existe la formación médica. No hay fondos ni recursos, ni ningún tipo de medida. Lo máximo que te pueden dar es parte de tu tiempo asistencial para poder dedicarlo a eso, y ya lo están negando. Hasta ahora, dependiendo del sitio y de las personas, te daban más o menos facilidades...

E – Tú te lo pagas y...

M – Claro, tú te lo pagas, pero aun así, aunque tú te lo pagues, tú te lo gestiones o finances, pueden ser que no te den tiempo para irte. Yo por suerte, no he tenido ningún problema en ese sentido, pero conozco a otros compañeros que les prohíben asistir a congresos, no a asistir como escucha, sino a hacer una ponencia. Se supone que es una persona que interesa su opinión, bueno pues su hospital le niega... La formación en la Seguridad Social es cero. Tú te formas por tu cuenta y siempre en contra de la opinión del hospital o de la directiva del hospital, porque tú tienes un número de días para formarte al cabo del año, que ahora me parece que son 3 ó 4 días, una cosa así. Yo conozco cantidad de gente que tiene que dedicar cantidad de tiempo de sus vacaciones a formarse si quieren aprender algo. Aquí viene gente a aprender, a rotar 2 ó 3 días de sus vacaciones, porque su hospital no les da tiempo para formarse, y hay áreas especialmente la del dolor, que no interesan. Para un hospital, tener una Unidad del Dolor, es tener un grano en el culo, porque nosotros no curamos a nadie, no solucionamos nada, lo único que hacemos es paliar y encima, paliamos con un coste bastante elevado. Entonces, pues eso no es una buena solución. Aquí, lo que interesa es: la medicina técnica, soluciones técnicas. Usted tiene esto, yo le hago esto, se soluciona, le doy de alta, se cura y se va usted... Como nosotros no hacemos eso, que no tenemos soluciones técnicas... Por desgracia la medicina cada vez tiene menos soluciones técnicas. Aunque en la prensa lo que se predica es otra cosa, lo que más tenemos son pacientes crónicos, enfermedades que no se curan, pacientes con larga evolución de enfermedades crónicas que consumen mucho recurso sanitario. Eso es lo que se va a ver cada vez más; o sea, cuanto más envejezca la población, más pacientes de ese tipo vamos a tener. Lo de la medicina de agudos, como la neumonía, la apendicitis... va a ser un 5% de la asistencia, el resto van a ser enfermos crónicos, porque como ahora tienen más tratamientos, en vez de vivir 4 años, viven 12, pero durante esos 12 años van a consumir muchos más recursos. Quiero decir que hasta el año pasado no se estableció una definición de lo que es una Unidad del Dolor, una definición donde se concreta qué es esta unidad y qué cosas tiene que tener. Hasta el año pasado no había ni eso. Ese documento, cómo es del Ministerio de Sanidad, y el Ministerio de Sanidad ahora mismo ni pincha ni corta, ni hace nada, ni tiene ningún tipo de poder, ahí está, pero nadie le hace ni puñetero caso. Entonces, las Unidades del Dolor son unidades de lo más variopintas. En algunas es un anestesista el que pasa la consulta, otras donde un día a la semana se abre la consulta, en fin... Luego hay Unidades del Dolor que yo considero que son de verdad, buenas, pero hay poquísimas. A lo mejor 10 o 12 en toda España que tengan su quirófano, sus médicos dedicados a ello... Aunque a ti te parezca raro, la mayoría de las Unidades del Dolor son un apéndice del servicio de anestesia.

E – Ya, ya...

M – Las Unidades del Dolor independientes, como medio pudiera ser la de este hospital, son la excepción. Lo normal es que el anestesista un día esté en el quirófano, al día siguiente esté de guardia y otro día pase por la Unidad del Dolor a pasar consulta. Un 60% de esa gente no tiene ningún tipo de preparación, no saben nada de nada, pasan la consulta a su libre albedrío y a su buen entender, porque se supone que cuando te dan el título de anestesista, también te dan un título de tratamiento del dolor. Pero lo cierto es que sólo han hecho una rotación de 2 meses en una Unidad del Dolor durante la residencia, o sea imagínate lo que sabes del dolor. Yo calculo que para tener una idea mínima de las cosas que se hacen en dolor deberías de estar en una unidad de este tipo, unos 2 años. De dos años a dos meses, hay una diferencia... Esto es una rama de la medicina que está un poco apartada, probablemente porque dependemos de servicios que tienen otros intereses, como es el servicio de anestesia, al que lo último que le interesa es el dolor crónico, porque no va con su especialidad, esto no va con la anestesia, aunque ellos se empeñen en que sí. Estamos en una pelea de poderes por parte de las sociedades científicas, para ver quién se queda con esto del dolor. También es cierto que en situaciones como la de ahora, en la que estamos en crisis, hay menos puestos de trabajo y la Unidad del Dolor es un sitio más donde colocar a un individuo. En ese sentido, sí que puede llegar a interesar, pero en cuanto a dotarla, mantenerla, prestigiarla... Eso nada.

E – En ese juego de poderes del que forma parte el médico, me gustaría saber ¿cómo vives ese poder invisible de la administración, y sobre todo si la mirada médica se ve condicionada por un poder, al que tú estás representado ahora mismo, de alguna manera.

M – Probablemente nosotros somos la cara de la administración, es decir, el paciente no va a la dirección médica ni al gerente, vine aquí y sienta ahí. Nosotros tenemos que asumir toda la estructura del poder y de la administración, en definitiva. Nosotros estamos aquí representando a una institución que es la Sanidad Pública, en este caso el Sescam... ¿Cómo lo vives? pues mal, yo lo vivo mal porque yo tengo que dar malas noticias que no me corresponden por que yo sea médico, si no que me corresponden porque la estructura en la que estamos es así. Por ejemplo, yo le tengo que decir a un paciente que necesitaría ponerse un estimulador, que como no hay dinero, no le voy a poder poner el electroestimulador hasta dentro de 3 años, pues...eso se lo tengo que decir yo, no se lo va a decir el gerente ni el consejero de sanidad, y la cara del paciente la voy a ver yo, tampoco el consejero de sanidad. El consejero de sanidad, llamará de vez en cuando para preguntar por una paciente que ha puesto una reclamación. Aquí hace muy poquito hemos tenido el caso de una paciente que está en lista de espera para ponerse un electroestimulador. Cinco han sido el número de estimuladores que hemos podido poner al año, pero yo calculo que entre 11 y 15 pacientes al año necesitan un dispositivo de este tipo, así que como mínimos son tres años de espera para ponerse un aparatito de esos. Resulta que esta señora escribe a la página web de la consejería, debe ser que ha escrito más de lo normal, entonces recibimos en la dirección médica una notita diciendo si podemos atender la petición de esta señora, que es que se le adelante el electroestimulador. Claro, no solamente no te dan los recursos que necesitas, sino que también te ponen en esos dilemas...

E – Y supongo que también te condicionan...En este caso, si tú consideras que un tratamiento es el adecuado, te condicionan a utilizar otro, aunque tú no estés de acuerdo con él...

M – Tienes que utilizar alternativas que no son, evidentemente las mejores, ni las más eficaces. En definitiva, el médico es un instrumento del poder, no es un señor que está ahí al mismo nivel que el paciente. Nosotros estamos en una estructura que lo que hace es sustentar una situación social o un sistema político, no sé cómo decirlo, pero las contradicciones de ese sistema las tienes que sufrir tú cara a cara con el paciente.

Especialista en medicina laboral. Audio 2 (28-10-2013). (E= Entrevistador; M= Médico).

M: Yo siempre digo que es importante que el médico de familia tenga algún conocimiento de medicina del trabajo. Por otra parte a lo mejor es que tienen demasiadas obligaciones y no pueden entretenerse, que también puede ser. Se me viene a la cabeza el caso de un trabajador, al que ahora llamo trabajador, pero que antes lo llamaba paciente, porque representa a muchísimos otros como él. Cuando yo era médico de familia, vino un día Rafael diciéndome que era fumador, vino con un catarro muy grande y yo le pedí una placa de tórax. Cuando volvió, vi una imagen que no me gustó nada, hasta tal punto que se la enseñé a mis compañeros. Mis compañeros, bueno, me dijeron: “mándalo al neumólogo”, pero a mí no me gustaba ni la placa ni su auscultación, luego resulta que su hija estaba embarazada a punto de dar a luz y ella no quería que los mandara al hospital, pero es que yo veía que para cuando le viera el neumólogo ya habrían pasado por lo menos cuatro o cinco meses y que Rafael no mejoraba con la medicación. No me gustó y les insistí para que fueran a urgencias. Una vez allí, le descubrieron un cáncer de pulmón, el caso es que este trabajador falleció. En el transcurso de la enfermedad yo lo fui conociendo, y un día me contó que era carpintero. Pues sólo ahora, cuando he terminado mi especialidad de medicina del trabajo, me acuerdo muchas veces de él y se lo digo a todos los compañeros de entonces y a mis amigos médicos de familia: “hay que preguntar a los pacientes en qué trabajan”. Fíjate, este señor era carpintero y probablemente el cáncer que padeció podía estar, o al menos habría que haber investigado, si estaba relacionado con su profesión. Posiblemente sí, por la edad, porque ahora tendría 70 años y por la edad no habría usado ni mascarillas, ni nada de nada, seguro. Y, bueno... pues ahí, es una obligación de cualquier médico declarar la enfermedad, la sospecha de la enfermedad profesional. Si yo lo hubiera hecho, le habría quedado a su familia, que además era muy pobre, de verdad muy, muy pobre, le habría quedado una pensión mucho más digna.

...

M: A ver, que yo sepa, en lo que yo he rotado hasta ahora, lo que más saben los neumólogos y no todos, es que ellos tienen la obligación de hacerse cargo de aquellos procesos en los que se sospecha de asbestosis y de neumoconiosis o de cualquier patología laboral relacionada con lo suyo, pero salvo eso, yo no creo que

ninguno se haya planteado, cuando se encuentra con una neumoconiosis, ni siquiera preguntarle al paciente por su trabajo. Aquí hay lo que hay, se hacen las pruebas y se pone el tratamiento, punto.

.....

M: A ver, yo llevo cuatro años rotando en distintos servicios: cardiología, medicina interna, alergia, derma....En la mayoría les tienes que explicar en qué consiste tu especialidad y para qué sirve la medicina del trabajo. A quiénes les dedicas tú tus conocimientos, porque ellos ni siquiera como trabajadores lo saben. Entonces los neumólogos, que algo deberían saber, no son conscientes de que los pacientes pueden padecer una enfermedad por contingencia laboral y no común. Los alergólogos, los traumas... es que ninguno, salvo una vez que vi a los dermatólogos rotar en el servicio de dermatología laboral del pabellón 8 de Madrid, que por cierto lo han cerrado, con lo cual la única unidad de dermatología laboral que había en España, ha desaparecido, lo mismo que la única unidad que había de neumo laboral.

M: Es que no se ha molestado el sistema en crear, en mantener los servicios específicos laborales, porque a ver, una cosa es que tú seas neumólogo y otra es que seas un neumólogo especialista en enfermedades laborales, o como yo he visto al dermatólogo del pabellón 8, que es una eminencia y sobre todo, que tiene la batería de todos los productos que se pueden encontrar en el mercado y normalmente da con la alergia que tiene ese trabajador. Entonces, todo eso se está cerrando.

M: En neumo se pregunta más, en qué trabajas, pero luego no saben qué hacer con lo que han encontrado. No saben cómo derivarlo, ni cómo gestionarlo. Lo saben los que por alguna causa les haya querido informar el paciente, pero formación específica, no. Lo que tú notas es que todos están formados en la misma línea, que todos saben de EPOC y todos saben lo que es asma y todos tienen el mismo concepto, pero lo que es neumo laboral, no todos tienen el mismo concepto. Yo creo que no están formados, vamos, seguro. No están formados en alergia, no están formados en derma, en cardio tampoco. Yo creo que un poquito más...sí que debería tenerse en cuenta el trabajo. Yo no estoy diciendo que ellos no sepan que esas patologías pueden ser laborales, lo que yo dudo, es que ellos cojan y digan: vale, este paciente deja de algún modo de ser mío porque se lo voy a pasar a la mutua, porque ya no es una enfermedad común, que es una enfermedad profesional, ese es el concepto. O sea, en el momento en que la contingencia cambia y pasa a ser contingencia profesional, el paciente ya pasa de la Seguridad Social a la Mutua. Y ese concepto supone muchas cosas, pero es que yo te voy a decir, es que la mutua, fundamentalmente lo que tiene, son traumatólogos. No tiene neumólogos, si hay algún neumólogo, está contratado, ¿vale?.

.....

M: A ver, yo creo que me preguntas por la parte más difícil de la especialidad de medicina del trabajo, que es la psiquiatría, porque hay que, a ver, todo lo que es el tema del acoso, todo ese tema, es el más difícil desde el punto de vista laboral, porque no se puede demostrar con una radiografía o una analítica. El estrés se ha multiplicado en todos los trabajadores y todos los trabajadores están mucho más presionados, porque hora están despidiendo a mucha gente. O sea, yo creo que eso forma parte de la vida, pero es que todos, todos... aunque tú tengas un puesto de trabajo fijo, tú sin querer, estás presionada y entonces... La crisis en la que estamos metidos... ésta crisis tan grande, que tiene a todo el mundo bajo presión. ¿Qué pasa? que antes tú tenías algo de presión y de alguna manera, hasta te podías pedir una baja por depresión o ansiedad. Ahora no, ahora la gente no se pide una baja aunque esté medio muerta. Antes la gente abusaba, o sea. A lo mejor, no tiene que ser ni una cosa ni la otra. Entonces, ¿eso cómo se puede mejorar? Eh... pues yo creo que desde el punto de vista del médico del trabajo, yo lo que intentaría en mi empresa, si estuviese pasando esto, es intentar de alguna manera, tener a los trabajadores informados. Yo creo que la formación y la información para un trabajador, es lo más importante. Si tú a un trabajador le tienes informado y le dices: estamos en esta situación mala, pero mira, tal y como vamos, pensamos que nos podemos mantener, o no, pero por lo menos os lo decimos para que lo sepáis. Así sabrían a qué atenerse y tendríamos menos angustia. Por otro lado yo intentaría que en los puestos de trabajo de más estrés, tuvieran más pausas, que pudieran rotar, que pudieran descansar...

...

M: A ver, lo que hace la Mutua, te lo explico, esto lo tiene que saber cualquier médico, por eso te digo que no nos forman, es que eso tiene que estar en la carrera, no sé dónde tiene que estar pero es parte de nuestra formación, La mutua atiende la contingencia común y la contingencia profesional, y no lo sabemos nosotros como médicos. Yo lo sé, porque he hecho la especialidad, pero qué triste, que no sepamos cómo funciona como médicos [...] entonces, cuando el médico de familia lo tiene 15 días de la baja, viene la Mutua y al trabajador le dice, oiga, venga a verme que quiero saber qué le pasa. La Mutua no tiene autoridad para hacer altas y bajas, de momento el médico de la mutua es un médico general, ni siquiera de familia, ¿vale? entonces, éste médico cuando ve los informes, pues puede adelantar pruebas, porque claro, si tú estás pendiente de un escáner porque tú tienes un dolor de espalda, la mutua que los tiene ahí, que le compensa hacer un escáner, pues te adelanta el escáner, la analítica, y te va vigilando para ayudarte. Pero en esa ayuda siempre hay un motivo económico, ¿vale? es lógico. Y la mutua ve que cuando el médico de familia te tiene, que te está mareando la perdiz, te hace un informe y se lo lleva al EVI.

...

Unidad del Dolor Crónico (UDC).

Audio 1 (26-04-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Me estabas hablando de tu trabajo...*

P – Pues... mucho tiempo haciendo esfuerzos muy fuertes... y yo creo que es de eso, que todo viene a raíz de eso.

E – *¿Sí?*

P – Sí. Y además eran trabajos repetitivos.

E – *¿Cómo de repetitivos?*

P – Pues... Estaba fabricando traviesas.

E – *ya...*

P – Sí. Trece años fabricando traviesas. Mi padre murió allí en la fábrica, de silicosis.

E – *¿Se consideró accidente de trabajo?*

P – Si, yo creo que sí. No lo sé. Pero llegaron a un acuerdo entre mi padre y la empresa y tal, para que no dijera nada.

E – *¿Y qué hacía tu padre?*

P – Pues trabajando en el mismo trabajo que hago yo

E – *¿Sí?..*

P – Sí, estaba en Fabricaciones y Contratas. S.A.

E – *Una fábrica muy grande, creo.*

P – Si, era una fábrica grande y el hormigón que utilizaban tenía silicio. Entonces el silicio...pues eso. Estuvo en Asturias haciéndose el tema psicológico porque aquí no había, digo en Castilla-la Mancha, por eso se tuvo que ir a Oviedo a hacérselo. Tuvimos que buscarnos abogados y tal, y mover papeles y de todo

E – *¿Estás contento con tu trabajo?*

P – No.

E – *Francisco, me has dicho que has pasado por tribunales médicos. ¿Me puedes contar tu experiencia, contarme un poco?*

P – Si, Me han atendido bien. Lo que pasa es que el último día me dijeron que me iban a dar unos papeles y tal para que los mirara. Yo ya pensé que me iban a dar de alta y otra vez al trabajo sin poder con mi alma.

E – *¿Y te dieron de alta?*

P – Si, hace un tiempo ya me dieron el alta, porque yo fui al abogado a ver si podía reclamar y me dijo que faltaban 15 días para esto, y al final no reclamé ni hice nada. Y ya está. Y a raíz de ahí ya me mandaron al paro en la empresa.

E – *Me has comentado que fuiste al abogado, ¿fue por el ERE...?*

P – Si, primero dijeron en la empresa que era un ERE y luego me enteré de que era un despido puro y duro, o sea, que no había nada de esto.

E – *¿Te dijeron que era un ERE?*

P – Si, me dijeron que era un ERE, que eso lo iban a hacer en todas las empresas. Si, despidieron en algunas empresas por esto, pero cuando fui a la Seguridad Social me preguntaron que si era un ERE, y yo dije que si, y me dijeron: “pues aquí no viene puesto como ERE”, y entonces no podía reclamar porque ya me habían pagado y tal, y ya no podía reclamar, como firmé el finiquito... y firmé todo engañado, sin saber lo

- que firmaba. Unos sinvergüenzas. Después de estar mi padre 35 años allí.. y yo trabajando otros 20 años, encima que hagan esto con la gente. Para ellos no somos más que...repuestos, como una rueda. No somos humanos, para ellos no somos humanos.
- E- *¿Así te sentías?*
- P – Me sentía y me siento un mierda. Menos que nada.
- E- *Entonces, ¿cómo quedó tu situación en el Tribunal? ¿Te mandaron notificación o algo?*
- P - Si, me mandaron una notificación diciendo que...que ya estaba dado de alta.
- E - *¿Te atendieron bien?*
- P – Sí.... bueno, que no me insultaron ni me hincharon a hostias, porque en realidad ellos iban a lo que iban desde que entré por esa puerta. Lo de menos era yo.
- E - *¿Cambiarías algún aspecto de la atención que te han prestado los médicos del SESCAM?*
- P - Si, sobre todo la lista de espera. Últimamente está la cosa muy mal. Estoy esperando todavía a que me operen de una hernia que me ha salido.
- E - *¿Una hernia?*
- P.- No lo sé. De la barriga
- E-*¿Qué tal con tu médico?*
- P - Pues no lo sé tampoco, algunas veces bien y otras veces mal.
- E - *¿Entiendes el lenguaje que usa cuando te habla? ¿Sientes que están cercanos, que puedes hablar de lo que te preocupa con ellos?*
- P – No. Bueno, hay algunos que sí y otros que no, porque he cambiado muchas veces, porque primero me vio una doctora, luego un doctor, luego otro... Y entonces, pues no....¿sabes? Al no seguir tu caso una sola persona pues no sabes lo que se transmiten unos a otros, y si ese hombre se fija en lo que han hecho los otros, ¿sabes? En los expedientes de los otros y ya no te miran a ti, miran los expedientes y eso es lo que va a misa. Yo es que no... ¿Entiendes?
- E - Sí.
- P - Si es una sola persona la que sigue tu caso sabrá mejor que si se lo pasan tres personas. Yo pienso que sería mejor así, vamos digo yo.
- E - *Si, lo sería. ¿Hay algún médico que te siga desde hace tiempo?*
- P - Sí. El médico de cabecera sobre todo.
- E - *¿Puedes acceder a él con facilidad?*
- P - Si, incluso tengo para hoy a las 11.
- E - *¿De dónde eres?*
- P - Soy de Alcázar de San Juan.
- E - *... Pues si tienes a las 11, le voy a decir a Mari Carmen que te pase porque si tardas se te va a pasar la hora.*
- P - Pues sí, mejor. Porque como me han mandado esto y estoy cobrando el 50% del paro, y son 40€ lo que vale, lo mejor es que me lo recete, porque si no, yo no puedo comprarlo y me dijo que no lo dejara de golpe.
- E - *¿Has consultado alguna vez con algún curandero?*
- P - No, nada. Bueno, mi madre me llevó una vez a una... a una de estas que... para mirarte los tendones y todo eso. Como tuve caídas y todo eso...para...los tendones, para que me dijera de los tendones. De las manos y eso.
- E – *¿A algún pastor?*
- P – Es que una vez me escayolaron y no era de eso, y al contado que me quitaron la escayola me llevó mi madre, cuando era pequeño. Que todavía me dolían mucho y tal, y me colocó los tendones la señora. Tres días tardé, o sea que a la semana, yo ya estaba bien ...Sí, si ellos tenían ovejas y sabían mucho de huesos.
- E - *Te fue bien entonces..*
- P – Sí, si.. con el aceite y tal se me fue colocando.
- E - *Eso se ha hecho toda la vida en esta zona.*
- P - Si, como algunos médicos en aquella época, pues... como que no sabían más o menos sobre tendones y todas esas cosas. En medicina general...se creían que era roto, o se creían que...
- E - *Francisco, muchas gracias. Si te parece bien le voy a decir a Mari Carmen que te coja, ¿vale? Espero que todo se te vaya arreglando.*
- P – Pues, muchas gracias a usted por interesarse por lo del trabajo.
- E – *Bueno, por mi parte yo creo que ya hemos terminado. Muchas gracias.*

Audio 2 (26-04-2013). (E = Entrevistador; P = Paciente; A = Acompañante).

- P – Es lo que le digo yo a usted, que ya una cuando va siendo mayor, ya no se acuerda ni de la mitad de las cosas.
- E – *Hábleme usted de lo que quería hablarme.*
- P – Como dice usted, de los trabajos y eso... Que digo, que he estado siempre en el servicio doméstico y en el campo. Ese ha sido mi trabajo. Como entonces había tantas necesidades, pues me iba a servir en el invierno, y

en el verano empezaban los trabajos del campo y me iba al campo. Por ganar un poquito más para los padres y para una también, que yo iba siendo ya mocica y tenía que ir ahorrando.

E – *¿Cuánto tiempo estuviste trabajando?*

P – Pues muchos años. Muchos años.

E – *¿Sí...?*

P – Pues mire usted, me casé de 25 años y... empecé de criada...pues cuando tenía 11 años. Si, entonces fue cuando empecé en una casa a servir. Y ya ahí, ya estuve... pues toda la vida, hasta que me casé. Y me casé y ya, al campo. Ya empecé con el campo y ya, al campo pa siempre.

E – *¿Hacía muchos esfuerzos?*

P – Pues sí. Porque entonces tenía que coger los azadones, ir descubriendo las cepas, amorterándolas,... Por eso digo, que usted eso no lo sabrá, pero eso...y vendimiar, vendimiar mucho, cargar los capazos a los remolques,... pues... esfuerzos muchos, esfuerzos muchos. Venirte andando desde la finca al pueblo... Todo eso... Te pillaba una nube, pues te pillaba en el camino y te ponías chorreando. Y así, así, así ha sido la vida.

E – *Bueno...*

P – Muchos años.

E – *¿Usted piensa que tiene que ver algo su enfermedad con el trabajo del que usted me habla?*

P – Pues claro que sí, hermosa. Lo que pasa es que no se podía hacer otra cosa porque teníamos que comer. Yo pienso que entonces hacía muchos esfuerzos y muchas cosas... que... te mojabas muchas veces, porque llovía y te mojabas mucho... y todo eso, porque... ibas a vendimiar y estaba cayendo una nieblecilla y allí la aguantabas.... y así se te pasaba lo mejorcito de la vida. Por eso le digo, que... Y cuando me fui a servir, nada más que de rodillas... me tuvieron que operar una vez de una rodilla porque se me infectó, porque entonces no habían mopas y fregábamos el suelo de rodillas y enjabonando los pisos con jabón y un estropajo, y todo eso...eso lo hemos hecho todas... Esa ha sido mi faena de toda la vida.

E – *¿Trabajaba usted muchas horas?*

P – Pues sí. Cuando estaba en el campo, de sol a sol. Y cuando estaba sirviendo pues todo... todo el día, porque las mañanas toda la mañana y a la tarde pues librabas una tarde, pero... no era tampoco...porque igual resulta que tenías que echar cal en el corral de tu casa esa tarde.

E – *¿Tenía usted Seguridad Social?*

P – No, nada, nada, nada, nada.

E – *...derechos de nada...*

P – De nada, de nada, hija mía.

E – *Ahora no cobra usted pensión ni nada.*

P – No, nada, no cobro nada. Entonces no había de nada. Mire usted, y no le dejo de hablar... Que tomé la comunión con 18 años. Así que fijese usted (se ríe). Siempre sirviendo. O sea que... trabajos muy fuertes y mucho yiempo. Y eso, entonces no había ni Seguridad Social ni nada. Nada de nada.

E – *Por lo que me cuenta, usted ha sido muy trabajadora.....*

P – Como todos en la época. Muchísimo.

E – *...sin ningún derecho de nada.*

P – Sin ningún derecho de nada.

E – *¿Alguna vez, Carmen, le ha preguntado el médico por el trabajo?*

P – Pues.. no, nunca me ha preguntado.

E – *y usted...¿ le ha contado a alguno de sus médicos todo esto?*

P – Nunca, nunca. Estas son cosas de la vida, no de los médicos, ¿me comprende usted lo que le digo? A los médicos les hablo de la rodilla y de los huesos.

E – *Eh...¿Cómo se encuentra ahora?*

P... Pues mal con los huesos y... que me tiemblan mucho las manos y la boca cuando estoy...

E – *¿Sí?...?*

P – Cuando estoy hablando. Con las manos llevo ya muchísimos años, pero ahora, ahora es que se me ha quedado en la boca. Y estoy acostada y usted no sabe lo que me tiembla la boca

E – *¿Está usted contenta con sus médicos?*

P – Pues sí, donde voy sí estoy satisfecha de los médicos, de eso sí. Ahora, del médico del que no estoy yo satisfecha es del médico de cabecera.

E – *¿No?...?*

P – Pues no, con ese, ese es el que no estoy muy... muy contenta con él, porque...bueno, no quiero hablar

E – *Pues fíjese usted y eso seguramente que es al que más tiene que visitar*

P – Pues... sí, sí.

A – Antes sí, porque yo me acuerdo del médico, de cuando Don José y todo eso, que es que era como de la familia.

P – Como de la familia.

A – Pero ahora, estos que hay ahora no...

P – Porque es que me ha tocado, a ver, si es usted es de Tomelloso a lo mejor lo conoce.

E – *No, vivo allí, pero no soy de allí.*

P – Por eso le digo, que le dicen Luis Miguel. Y él dice que es de Tomelloso, pero cualquier cosa que le preguntas te dice: “pregúntale al ATS”. Y a la ATS vas, y la ATS dice que qué me va a decir ella a mí, que es él el que me lo tiene que decir. Cualquier problema que tengo... es que no te lo soluciona él.

E – *¿Cree usted, Carmen, que la atienden bien?*

A – El de cabecera no, pero este de los huesos sí le ha puesto mucho interés, porque le han hecho muchas pruebas y muchas cosas.

P – Y tenía una doctora, la del corazón, que esa se preocupó de mí, porque empecé con arritmias y este médico de cabecera me decía que eran... me daba aerosoles pensando que era un catarro y luego lo que yo tenía eran unas arritmias que por poco si me manda al otro mundo.

E – *Carmen, ¿Entiende usted lo que le dicen los médicos?*

P – No, porque siempre que voy así a los médicos se viene mi hija y lo que yo no entiendo, ella lo... porque hay muchas cosas que te las dicen los médicos y tú no las entiendes. (Silencio) Pero yo desde luego, los médicos estos de Tomelloso, con el que vaya se portan muy bien y me atienden muy bien. (Silencio) ...porque esa señora del corazón, ésta me citaba a las 8 de la mañana antes de tener consulta. Cuando empecé con las arritmias quería verme tranquila, y todas las semanas me citaba a las 8 de la mañana para irme controlando antes de empezar ella su consulta, que decía luego la mujer que se le juntaba mucho.

E – *O sea, que era muy accesible*

P – Sí. Luego la echaron a la mujer, luego la han echado.

E – *¿Por qué?*

P – Por la crisis. Dijo la mujer eso, que se iba por eso.

A – Dijo ella: “me voy por la crisis. No sé yo si me echarán a otro sitio”

P – Pero era una mujer encantadora, porque es que te citaba por las mañanas antes de empezar consulta y lo decía: “Esto no crea que es que lo puedo hacer con todo el mundo”. Pero la mujer, bueno, se portó conmigo muy bien, muy bien.

E – *¿Y está usted satisfecha con la medicina pública...?*

P – Pues yo al que quiero mucho es al... al Dr. Juan Monedero o Juan Adanero, o algo así.

A – Yo creo que es un médico de todo, porque cuando vas de urgencias y eso, casi siempre está ahí.

A – Pues es que hemos ido con mi padre y... eso... que las 2 ó 3 veces siempre ha estado allí de guardia.

P – Pues a ese mismo fuimos de pago, ¿eh? Fui a su casa y dice: “Vete ahora mismo a Tomelloso porque te vas muriendo, porque llevas unas arritmias...” Y llevaba unas pulsaciones con 190. Y entonces él mismo dijo: “Vete, que yo te estaré esperando allí en la puerta para que entres directamente”.

E – *¿Desde cuándo tiene usted dolores?*

P – Muchos años, porque era yo mocica. Y luego me casé e igual, porque como le digo he tenido siempre dolores de todo.

E – *¿De moza también tenía dolores?*

P – Sí, de mocica... Y de moza venía a Criptana, que había una mujer curandera, y venía yo porque entonces estaba del estómago y de todo, con unos dolores que tenía...

E – *¿Y por qué le dolía tanto? ¿Qué le explicaron?*

P – Pues yo que sé, me dolía. Pero es que me dolía por todo. Y otra mujer que también era curandera, que también fui porque es que tenía unos dolores por todo el cuerpo, y me dijo que me tenía que operar de la vesícula, que tenía la vesícula mal. Y efectivamente, fui a Ciudad Real, a los médicos de Ciudad Real y me operaron allí de la vesícula

E – *Acertó entonces*

A – (Ríe) Sí, acertó a eso.

E – *Carmen, si tuviera que cambiar algo para que le doliera menos, ¿qué cambiaría?*

P – Uy, yo que sé, yo no sé qué le diría. Todo, porque por no tener estos dolores... todo. Porque es que me acuesto y no puedo dormir del dolor de espalda que tengo y de pierna. Se me lía un dolor de espalda, y la pierna entera hasta el dedo gordo, que es que no duermo de noche. No duermo, así que... Y con la manta eléctrica puesta, que ya de tantas veces que me la puse hasta me quemé la espalda... Ya le pregunté a la médica esta de... al médico este del dolor, de que... de allí de Tomelloso, le digo: “Mire usted, yo es que... me tengo que poner la manta... ¿cuánto tiempo la tengo que tener?”. Y me dice la mujer: “El tiempo que quieras”. Le digo: “Es que... me dicen que 10 minutos, pero yo 10 minutos no me hace nada a mí eso. Yo la tengo que tener porque es que...”. Dice: “Pero no se la ponga usted fuerte porque se puede usted quemar”, pero es que... efectivamente, que yo me la ponía al máximo de los dolores que tenía... pero es que ni duermo de noche ni duermo de día de los dolores que tengo. La espalda, lo que es la espalda y la pierna...no se puede usted ni figurar. Y andar, andar es que con tanto dolor... nada.

E – *¿Pero.... porqué cree usted que le empezaron los dolores, Carmen?*

P – Mire usted, que no quiero recordar...pero es que me acuerdo todos los días. ¿Sabe usted lo que llevo yo pasado desde niña? Pues sí, mucha necesidad, mucha. Y trabajo, todo el que usted quiera y más. No quedaba otra, mire usted...

Audio 3 (26-04-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – [...] me estabas comentando algo relacionado con el trabajo.

P – Si, pues que el trabajo no ha cambiado, pero sí que han cambiado las condiciones y las circunstancias. Yo trabajaba en otro instituto distinto durante todos estos últimos años... Bueno pues desde que me ocurrió eso, siempre he estado en un instituto distinto al que estoy en la actualidad. Entonces, ese instituto no tenía nada más que la planta baja, no había necesidad de subir escaleras ni de bajar y sobre todo no tenía que cargar con peso. También, mmm... nos han aumentado el número de horas laborales, eso por supuesto. Pero aquí en este instituto son dos plantas y todo el día ando que subo y que bajo continuamente, como poco 4 ó 5 veces al día, y cargada con peso. Claro, el primer mes, en Septiembre o en Octubre yo iba tirando, pero en Noviembre, en Diciembre, yo empecé a notar a partir de eso, de 3-4 meses, pues que iba teniendo más molestias y más dolores, es decir, llegaba a casa mucho más cansada. Se acababa el día y cuando llegaba el fin de semana estaba más cansada que años anteriores, que cursos anteriores, pero bueno, pues... sí que es cierto que al subir el número de horas de trabajo y todo, pues... bueno. Pero claro, luego me he dado cuenta que efectivamente, que las escaleras también son un problema, un hándicap para mí. Subir y bajar todos los días, y no una vez sola, sino a lo largo de la mañana, y con peso, porque llevas los libros,...

E – ¿No se ha establecido una organización diferente del espacio atendiendo a tu enfermedad?

P – No lo he dicho, o sea, en el centro yo no he comentado nada de todo esto, y esto es una conclusión que he ido sacando a lo largo de estos meses. Pero yo no lo he propuesto todavía porque es simplemente lo que a mí me parece que ha podido repercutir en que ahora esté con más dolor. Estoy con más molestias, me encuentro distinta a como me encontraba el año pasado o el anterior. De todos modos, cada uno tiene lo suyo y por mi enfermedad no se va a mover ninguna clase.

E – Y tú piensas que influye el trabajo

P – Yo creo que una parte, una parte, puede ser esa, una parte. Luego imagino que habrán confluído también otras cuestiones... y que... bueno, que habrá otras cosas de otro tipo de patologías que a mí se me... se me escapan. Yo, desde luego, sí que es cierto que durante estos últimos meses me he encontrado excesivamente cansada, cansada por eso, porque eh... las molestias se hacen ya dolor y el dolor, claro, pues te merma. Y entonces como te duele vas huyendo, pones otras partes del cuerpo, haces más fuerza... Distinta, me encuentro distinta y no a mejor, sino a peor. Entonces, mm... he tenido que dejar de andar, que andaba, si no a diario siempre que podía, con mucha frecuencia vamos. Quizá de los 7 días de la semana, pues 5 seguros, andaba. He tenido que dejar de andar, he cogido peso, que también repercute de forma negativa en la espalda...

E – pero...tú estás bien de peso.

P – Ya, pero he cogido unos kilos... He cogido unos kilos más. Entonces todo eso... y es eso, cuando llegan ciertas horas del día yo estoy... machacada, machacada.

E – ¿Sigues yendo a trabajar?

P – Si, si, estoy trabajando. No me he dado de baja en ningún momento. Unos días mejor, otros días peor.[...] Siempre he criticado a esa gente que se da de baja así como así, porque el trabajo es sagrado. El médico de Ciudad Real ya me aconsejó la baja laboral, porque dijo que el reposo es lo que hace que...junto con la... ésta...la rehabilitación, pueda mejorar, y de hecho lo noto, yo el lunes no voy al trabajo igual que cuando salgo el jueves o el viernes, al final de semana quiero decir.

E – Has tenido antes bajas.

P – Sí que tuve una baja por la espalda hace unos años.

E – ¿Has pasado alguna vez Tribunal Médico?

P – No, no.

E – ¿Has hablado con el médico del problema que te supone subir escaleras cargada con peso?

P – No, no, no. Es que el médico poco puede hacer por los temas de mi trabajo. Ellos van a lo que van, claro. Y que conste que no lo digo como una crítica

E – [...] Todo bien.

P – Todo bien, todo bien. Yo... me ocurrió... solamente he estado de baja por éste motivo cuando me dio la crisis. Cuando me dio en el 2005, que estuve durante 3 meses... pues... desde Octubre hasta Enero estuve de baja y... mmm... no tuve ningún problema, al contrario. A mí me la dio... vamos, en cuanto me vio el médico de cabecera me la dio pensando que iba a ser algo sin importancia... Yo, yo pensaba que era una cosa de unas semanas o así, la cosa se fue complicando muchísimo, muchísimo, muchísimo. Y, bueno, pues hasta que no estuve un poco mejor y acabé el primer tratamiento, el primero, el de... de fisioterapia, no me dieron el alta.

E – Amparo, eh...sintiéndote así ¿porqué sigues trabajando?

P – No, no. No me la pido la baja, o sea, no he cogido la baja en estos días por el alumnado. No por mis compañeros, que... hombre, también repercute, pero bueno, hay sistemas para poder canalizar todo eso, pero repercute directamente en el alumnado. No sustituyen absolutamente a nadie y menos para una baja que el médico te puede poner como mucho la evolución de una semana o 15 días y aunque te la ponga para 15 días no te van a poner sustituto. Entonces, los alumnos de bachillerato, pues es un peso importante. Yo hoy, precisamente hoy, para poder estar aquí en la consulta del dolor, he cambiado unas clases. Sin ningún

problema, pero que he tenido que hacer cambalaches, y he preferido hacer esos cambios antes de que no tuvieran clase los de bachillerato conmigo. Lo hago por eso, por esa razón, sinceramente, por esa razón, porque las remuneraciones que ahora nos van a quitar y todo lo demás no me influyen. De verdad que cuando no se puede trabajar no se puede trabajar... y ya está, y no hay más. A pesar de lo que le digo, he ido muchas veces al instituto renqueando, así de contradictoria soy yo, o es mi trabajo, bueno...no sé.

E – *Eh... mira, una cosa que quería preguntarte: si tú no le hablas al médico de tus problemas de trabajo... ¿te ha preguntado alguna vez él, si consideras que tu trabajo ha influido directa o indirectamente en tu salud?*

P – No, no. O sea, preguntármelo así, directamente no, pero... por ejemplo, sin ir más lejos, el viernes pasado... el viernes pasado, yo estuve en la consulta del médico de cabecera, del médico de familia y fui a por recetas, y como... mmm... eh... aquí el proceso que ha habido es que yo tenía que ir a la consulta del especialista en Ciudad Real en Junio, el 7 de Junio, y como estaba francamente mal, llamé por teléfono después de hablar con el médico de cabecera y de que me hubiera dicho “pues tómate Nolotil, pues haz esto”... pero esa pregunta, a mí en la vida me la han hecho.

E – *Quería preguntarte si cambiarías algo en la atención del SESCAM*

P – Sí. Sí, sí, sí, sí. Ya... ya le he comentado que en enero tuve un problema ginecológico y me dieron consulta para Abril del 2016.

E – *Dos años. Espero que lo puedas solucionar y que te adelanten la cita y te dediquen el tiempo que necesites.*

P – Yo sinceramente, habrá sido mi experiencia personal, tanto para mí como para familiares, me ha parecido siempre, o yo es la sensación y la intuición que he tenido, que nos han dedicado el tiempo que hemos necesitado, y que no ha habido ningún problema.

E – *¿La relación médico-paciente?*

P – Buena, buena, buena.

E – *Ahora mismo, aparte de las medicinas que me has dicho que tomas, te preguntaría: ¿con la red del SESCAM cómo estás de satisfecha del 1 al 5?*

P – Pues estaba. Estaba satisfecha, y no quiero dejar de estarlo, pero está cambiando, está cambiando, esa impresión. Ahora mismo un 2.

E – *[...] ¿Has utilizado medicina privada?*

P – Sí, pero la verdad es que tengo muy poquita experiencia en...con ella. Con MUFACE casi siempre preferí medicina pública.

Audio 4 (14-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Lo primero, he tenido cinco hijos que criar, además de cuidar a mi madre y a una tía. Me he juntado con nueve personas a mi cargo, que ya era bastante. Después teníamos un almacén de materiales y todo era cargar peso a mano. Cargar y descargar cemento, yeso y de todo. Yo digo que los brazos los tengo así de mal de todo ese trabajo. Ha sido muy duro, ¿sabe usted?

E – *¿Usted piensa entonces que el trabajo le ha influido en estar cómo está?*

P – Sí, sí, mucho.

E – *¿Muchos años cargando peso?*

P – Sí, muchos años.

E – *[...] No se preocupe, si tiene ganas de llorar, lllore.*

P – La vida era así, y ya está. No es como ahora que hay carretillas para descargar y cargar, pero antes era cargar todo con las manos.

E – *No había para llevar...*

P – No, no había nada. Tenían que cargarse los sacos y ya está. Y luego tirar de la casa...

E – *¿Alguna vez te ha preguntado el médico por el tipo de trabajo que hacías?*

P – No, ¿es que eso se pregunta? No, porque yo accidentes, así...más allá de golpes y eso, yo no he tenido, vamos que no era para irme corriendo al hospital. Era el día a día lo que me venía perjudicando.

Audio 5 (14-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Me estabas diciendo que habías estado trabajando en un taller de confección.*

P – Sí.

E – *Recuerdo que en mi pueblo cuando yo era pequeña había tres o cuatro talleres.*

P – Se trabajaban muchas horas y no ya las horas, sino que tú tenías que hacer la misma cantidad todas las horas al día. Y eso influye bastante, si estás mal o si estás con dolor, luego si vas al servicio te miran mal, y por más inspecciones que ha habido, al final levantarían la mano o la pondrían, porque allí todo seguía igual.

E – *¿Has estado muchos años?*

P – Sí, desde que nos despidieron a todas... habré estado desde que tenía 16 años hasta hace 2 años...pues...veintitantos años.

E – [...] *me estabas hablando de la postura...*

P – Sí, porque además, como digo yo: tienes que apretar el culo para hacerte la misma cantidad todas las horas. O sea, llega un modelo, te cronometran, ven lo que tardas en esa operación, y ya hasta que se termine ese modelo tienes que repetir la misma operación: tanta cantidad en tantas horas.

E – *Como me lo estás contando, debió resultar muy duro.*

P – Sí, muy duro. Ya te digo que yo he intentado suicidarme porque había médicos que ni me entendían. Yo tenía un médico de cabecera muy bueno, cogió cáncer, le dieron de baja y metieron a otro. Mi enfermedad no la entendía, y yo ahí ya me caí para bajo. Yo, llegaba a mi casa y mi marido me decía: es que tú le tienes que decir a tu jefe... Y yo le decía: sí, yo le digo a mi jefe, pero es que hay otras veinte chicas que no le dicen nada.

E – *Que dijeras algo, ¿podía hacer que te miraran mal...?*

P – Claro... Si iba al médico, las primeras 18 horas del médico anuales no te las quitaban, las siguientes sí.

E – *¿Cómo que te las quitaban?*

P – Sí, te las quitaban de tu sueldo. Yo, si estaba con la fecundación in vitro o a lo mejor me llevaba a mi padre, que empezó también con cáncer y duró 6 meses hasta que se murió... Todo eso me lo he tragado yo. Aparte de mi enfermedad, me han pasado muchas cosas que me han acabado más. Antes tenía un dolor de cabeza, me tomaba una pastilla y se me iba; pero ahora, no se me va. Es decir, no es que tenga un rato bueno o un día bueno... Sí, tengo un rato bueno, a lo mejor tengo un rato de decir “está el dolor como calmado”, pero el peso éste, el cansancio, el agotamiento, no, no se va. Y ese dolor está ahí y no se me va. Hay médicos que me dicen, es que tú lo tienes en la mente, psicológicamente, y a mí es que me da lo mismo si es psicológico o no es psicológico, porque a mí me hace sufrir mucho[...] Es que tanto tiempo con el cronómetro aguantándote y tal, que a día de hoy cuándo tengo ganas de mear, de hacer de vientre, de comer... yo todavía soy consciente de eso y a veces me aguanto como si tuviera que hacerlo como antes.

E – *¿Estabas dada de alta?*

P – Sí, gracias a Dios, sí.

E – *¿Y ahora, estás en el paro o estás jubilada?*

P – Ahora estoy en el paro. Estoy intentando que por lo menos me reconozcan que mi trabajo no me beneficiaba y me lo han denegado. Ahora a ver si puedo conseguir un abogado para recurrir lo que me han hecho.

E – *O sea, que tú has pasado por una Inspección Médica, por un Equipo de Valoración, por un Tribunal Médico...*

P – Sí.

E – *¿Estás contenta con ellos?*

P – No, no, no... Porque mi enfermedad no me la reconocen. Se creen que estoy ahí por cuento. Además hubo un médico que me dijo que era psicológico, que era como si yo decía que me dolía mucho, mucho, mucho la cabeza, que lo digo muchas veces y que de ahí no me bajo. Me decía que yo no podía demostrar nada, que eso dependía de lo que saliera en las pruebas. Esa fue su respuesta, y yo dije: ¡esto es increíble! Entre los recortes, la crisis, las circunstancias que hay... y que llegues allí y te des contra un muro... Digo: ¡pero bueno, esto qué es!, te lo digo de verdad.

E – *Entonces, estás en el paro porque no te han reconocido una minusvalía.*

P – Sí.

E – *Se acabó el periodo de baja... y simplemente, al paro.*

P – Ahora estoy en el paro y ya no tengo nada de nada.

E – *Ahora mismo según el EVI, estás para trabajar a pesar de los informes de la UDC, ¿no?*

P – Sí, estoy apta. Estoy perfecta.

E – *Estás perfecta*

P – Sí, estoy perfecta. Le lleve el informe psicológico, el informe del reumatólogo, el de dermatología, el de la UDC... Les lleve lo que les lleve, les da lo mismo.

E – *Me has dicho que te habías buscado un abogado.*

P – Sí, estoy intentando. Porque con los recursos que tengo...

E – *¿Te han recomendado ya alguno?*

P – Sí.

E – *Quería preguntarte: ¿Te ve el psicólogo?*

P – Sí, gracias a Dios...y gracias a la psicóloga, la intención de suicidarme se me ha quitado. Por lo menos tengo la esperanza de decir que esto sé que es así y que hay cosas peores.

Audio 6 (14-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – [...] *Estábamos hablando que fue un médico el que te habló de su intención de dar altas.*

P – Sí, sí, en la mutua. Vino y me dijo: “buenos días” y después me dijo que su misión era dar altas. A mi hija no le dio tiempo ni a sentarse. Yo le dije: “¿a darme el alta?” y ella me contestó: “sí, porque yo soy reumatóloga, tu doctora se ha ido a Guadalajara y como comprenderás aquí no van a traer a otro reumatólogo, y yo vengo a dar altas, así que te voy a derivar al traumatólogo”. Entonces, yo le contesté: “¡ah! ¡Pues muy bien!, me viene mejor porque el traumatólogo lo tengo en Quintanar.”

E – Ya...

P –Entonces mi hija le dijo: “pero bueno, ¿el alta por qué?” Ella dijo que la habían mandado de Tomelloso para dar altas a todos los pacientes que tenía hoy. Y a los siete pacientes nos dio el alta, porque luego dio la casualidad que vi fuera a dos que nos juntábamos casi siempre en reumatología, me acerqué a preguntarles si les habían dado el alta y me contestaron que sí. Ella dijo siete, pero a tres estoy segura de que nos dio el alta y nos derivó a otro médico.

Audio 7 (14-05-2013). (E = Entrevistador; P = Paciente; A = Acompañante).

E – *¿Has hecho muchas vendimias?*

A – Pues sí. Empecé de soltera, también de casada hice algunas...

E – *Cuénteme usted un poquito. Me decía que ha trabajado usted mucho en el campo...*

P – Hombre, mucho mucho...no. En la casa sí. He dao mucha cal, he barrio mucho el parador y en toas esas cosas así, he trabajao... he vendimiao, como dice mi hija, y de to...

A – Ella ha vendimiado muchos años más que yo. Claro...

E – *¿Le ha hablado usted a algún médico de sus trabajos?*

P – Pues no, la verdad. Les he hablao a mis hijos y a mis nietos y eso.

A – Ahora hay mucha gente joven que no ha trabajado ni la mitad que antes y ya están quejándose de huesos, de espalda... por lo que sea, lo decimos siempre, sea por lo que sea...por las comidas o por... eso lo oyes mucho. Empiezan con una edad muy temprana a estar con la espalda, con hombros y con...con depresiones y todo.

E – *¿Ha tenido usted familiares a su cargo?*

A – La abuela...pero tampoco era una carga de peso para ella. Era...estar en la casa... pero no...

P – Pero en la casa me crie con unos tíos míos... allí he trabajao mucho, mucho...

E – *¿No se crio con su madre y su padre?*

P – Hombre, los tenía a mi padre y mi madre, pero... una hermana de mi padre no tenía familia y estuve con ellos. Y era una casa de mucho trabajo...

A – Pero no de señorita. No la tenían de hija de señorita... (risas).

P –No, no, no...estaba de trabajo... trabajar mucho en la casa.

E – *Y allí no era sólo barrer...*

A – Lo que te dice, paradores.... eran casas del campo, con vehículos y eran... patios grandes... y a base de escoba y de cal...

P – De to, de to... Qué te voy a decir...madrugar mucho y trabajar mucho. Ahora es de otra manera, ni mejor ni peor.

E – *Bueno, pues yo le explico: ahora vais a esperar un poquito fuera y le va a llamar el médico. Yo por mi parte he terminado. Muchísimas gracias.*

P – Gracias a usted. Que graciosa, la primera vez que me preguntan por mi trabajo. Lo que yo le contaría...

Audio 8 (14-05-2013). (E = Entrevistador; P = Paciente; A = Acompañante).

E – *Me comentabas que habías trabajado en la construcción*

P – Sí, en la construcción.

E – *¿Cuántos años?*

P – Pues... desde que empecé a trabajar... en Madrid, he estado 25 años.

E – *¿En algún aspecto, crees que tu trabajo ha podido influir en tu salud?*

P – Pues hombre, no lo sé. Yo...he trabajado mucho, desde luego. Y...los dolores que tengo son de columna... que estoy operado...de una hernia discal, de la L5-S1, pero aparte de eso, ahora me duele también, la...Me hicieron una resonancia y también tenía una hernia en la L3...no sé...por ahí. Llevo un tiempo que me duele mucho. Y luego también...las rodillas...las rodillas... también estoy operado de las dos rodillas...

E – *¿Ah, sí...?*

P – Creo yo que también viene del trabajo, porque en el trabajo de la construcción te dejabas el pellejo... Y luego me operaron también de la cadera, que eso también era de la construcción... de subir muchas escaleras. De osteocondritis me operaron...

E – *[...] y tienes 56 años, [...]¿Te ha preguntado algún médico por tu trabajo?*

P – ¿A mí?, en la vida [...] y ahora también me tienen que operar del hombro. A ver que tenemos que hacer, porque estuvimos el otro día en Toledo para una segunda opinión; me vieron, y me dicen que sí, que me tienen que operar del hombro pero que me tienen que operar aquí. No sé... a ver...

E – *¿Qué hacías en tu trabajo? ¿Cuál era tu función?*

P – Pues mi función era...poner ladrillo, poner mucho ladrillo.

E – *¿Ibas a destajo?*

P – Claro...

E – *¿Cuántas horas trabajabas al día?*

P – Pues...nueve, algunos días diez, pero bueno...nueve.

E – *Diecisiete años...*

P – No, no. Veinticinco. Veinticinco años..., pero bueno, a nadie le importó nunca lo de mi trabajo.

E – *Pues a mí, para mí, sí es importante. ¿Has pasado por el Tribunal Médico?*

P – Sí, he pasado dos veces.

E – *¿Y, bien?*

P – Sí.

E – *Buenos, pues...*

P – Sí. Lo único que la primera vez me dieron la Incapacidad y la segunda vez que pasé el tribunal, pues me volvieron a dar lo mismo. Me siguieron con el mismo grado de Incapacidad y lo recurrí y ahora a los dos años salió el juicio. Según el juez no me pueden dar la absoluta porque me están haciendo infiltraciones de la columna, del hombro y de todos sitios...y dicen que a ver si puedo mejorar... Las infiltraciones me las están haciendo aquí en la Unidad del Dolor...Ya no sé si mejoraré o no mejoraré...El problema que tengo ahora son las rodillas, porque me iban a operar también ahora otra vez y me iban a poner una chapa, pero dije yo que primero me operasen del hombro y después de las rodillas, para no hacer las dos cosas a la vez. Y luego... me mandó la doctora al que ya me tenía que operar... y resulta que el que me tiene que operar dice que no, que ya no me opera ni nada. Comenzó con el rollo de los recortes en las prótesis y...por eso me mandó al reumatólogo.

E – *¿Le has hablado a algún médico de tu trabajo?*

P – No, yo no, ¿para qué? además entonces estábamos en hacer dinero. [...] No sé si será de mi trabajo o porque tengo los huesos muy defectuosos... A lo mejor es que tengo una enfermedad en los huesos...o algo...aunque nunca me han dicho nada de eso y de calcio estoy bien.

E – *A mí me interesa tu opinión.*

P – Yo pienso que son las dos cosas. Vamos, no sé...

E – *¿Algún médico te ha preguntado por tu trabajo?*

P – En mi vida.

E – *¿Y ahora mismo de ánimo, cómo andas?*

P – Mal. Mal...por el problema ese. Tenemos dos hijas pequeñas, de 18 y 15 años, y se necesita mucho.

E – *¿Están estudiando fuera?*

A – Eh...todavía no. La mayor termina el bachillerato este año, ahora. Está con los exámenes.

E – *O sea, que ya se marcha. ¿Qué va a hacer?*

A – Pues la verdad es que se quiere meter en el ejército.

E – *¡Ah!*

P – Pero hasta que no se vayan...yo no estoy tranquilo. Se lo digo por la cosa económica.

Audio 9 (14-05-2013). (E = Entrevistador; P = Paciente; A = Acompañante).

E – *Hemeterio, me está usted diciendo que el tratamiento ahora mismo tampoco le va muy allá...*

P – El tratamiento por lo que sea, tampoco me hace mucho.

E – *Me estaba diciendo que ha trabajado en la construcción y en el campo.*

P – Sí, fuerte...fuerte.

E – *Me puede usted decir qué empezó antes: ¿la construcción o el campo?*

P – El campo.

E – *¿Cuánto tiempo estuvo?*

P – En el campo estuve hasta que me fui a la mili.

E – *O sea, que empezó jovencico.*

P – Sí, mu jovencico. Empecé en el campo, luego...me fui a la mili... y ya después de la mili...me fui a la construcción.

E – *¿Cuánto tiempo estuvo usted en el campo, Hemeterio?*

P – Estaría por lo menos.... desde los ocho o nueve añejos... hasta los veintitantos.

E – *con ocho o nueve añejos, y ya se trabajaba...*

P – Me llevaron ...se necesitaba.

A – (risas).

E – *[...] No pasa nada Hemeterio, llore usted si eso le ayuda.*

P – Me llevaron a una casa y allí estuve hasta los veintiún años. Y luego, ya me fui a la construcción. Y así es la vida...

E – *¿Y en la construcción qué hacía usted?*

P – Pues...Allí...poner ladrillos, hacer tabiques y to eso...Lo que saliera.

E – *¿Estuvo muchos años?*

P – Pues sí, hasta los 60... Hasta el 2000-2001, que me operaron de la rodilla. Y luego ya fue, cuando ya no podía.

A – A los 61 años...

E – Cuarenta años, más o menos.

P – Sí, entre el campo y la construcción... De cuarenta pa arriba.

E – ¿Cree que ha influido el trabajo en su salud?

P – La construcción sí, porque era más fuerte. El trabajo en el campo era un poco más duro pero era más llevadero porque estaba uno ya acostumbrado. Pero luego ya en la construcción... había días que trabajaba uno más al levantar peso (bordillos de 100 kg que tenías que ponerlos)...y...todo eso.

E – ¿Bordillos de 100 kilos?

P – Sí, de 100 kg también había.

E – ¿Y los tenía que levantar usted?

P – Entre dos...Llevamos unas... de estas... y las cogíamos...y teníamos que llevarlo. Claro...pa las calles. Y esto es el esfuerzo de to esto.

E – ¿Usted lo piensa así?

P – Sí, y que luego también...teníamos que levantarnos a las 5 de la mañana pa coger el autobús pa Madrid.

E – ¿Iba usted a Madrid?

P – A Madrid, y luego... salías de allí, un suponer a las 7, y llegabas aquí a las 9 o las 10 de la noche. No te daba tiempo de na...na más que cenar y acostarte. Y otra vez a la mañana...y venga...y venga. Y eso machaca mucho, a mí y a mis hijos también, que ni me daba tiempo pa verlos siquiera.

Audio 10 (14-05-2013). (E = Entrevistador; P = Paciente; A = Acompañante).

E – [...]os veo muy desanimados...

A – Pues sí...porque llevamos ya un montón de tiempo con esto y cada vez...pues...cada vez está peor y cada vez como que se pasa mal...No sé...

P – Luego también, nosotros lo que queremos es eso...Como fuimos a Toledo...pues que viera, que valorara el informe de Toledo y a ver a dónde tenemos que ir ahora para ver si me operan aquí, o qué me hacen.

E – Preguntadle al médico todas vuestras dudas...

A – Claro, como ya el traumatólogo le dio el alta...

E – ¡Ah! ¿Le dio el alta el traumatólogo?

P – Sí.

E – Pero ¿no me dice que quedó muy mal de la operación de columna?

P – Sí, pero me dio el alta y me pasó a reumatología. Me pasaron al reumatólogo y el reumatólogo me vio y me dice que para qué me manda al reumatólogo si ya me había visto antes; o sea, hacía ya dos años que me había visto. Y entonces me hizo este pequeño informe...Estoy que voy que vengo de una consulta a otra, porque saben que lo mío no tiene solución.

E – Entonces...

P – Claro, están lavándose las manos. Uno te manda al otro, el otro te manda al otro...y dicen, a ver si ya se cansa y se aburre y no vuelve. Y eso es lo que está pasando aquí en Alcázar.

E – Y al final...¿te cansas y te aburres?

P – Te aburres, o...yo no sé...o te da por ahí algo a la cabeza. Y luego dicen: joder, ha pasado uno a un hospital y ha matado a diez. No me extraña.

E – Debe ser muy duro convivir con dolor.

P – El reumatólogo me mandó la morfina. Y a ver si con morfina se calma, claro. La morfina lo que te deja es atontao pa to el día. Eso es lo que te deja la morfina.

E – ¿Tienes muchos dolores?

P – Muchos, muchos. Empezando por la rodilla, luego me viene a las caderas...Ahora estoy yendo a rehabilitación, o sea a un fisioterapeuta por mi cuenta pa las caderas y los dolores que tengo. O sea que ya...no sé qué pasará.

E – ¿Consideras que ha podido influir algún aspecto de tu trabajo en tu salud?

P – Y que más me da. Trabajar había que trabajar en lo que se podía y luego que la verdad, es que en Madrid se hacía dinero. Y si ha influido como si no, pues lo mismo me da. El daño ya está hecho y ya está, no hay vuelta atrás.

A – Pues sí que ha influido, porque cuando estás bien haces tonterías que luego a la larga...pues cuando pasan los años, se nota y salen los esfuerzos que has hecho antes. A lo mejor no te crees que...pueda pasar o no te das cuenta, pero haces tonterías que luego se pagan con la salud.

Audio 11 (16-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – [...] Te estaba preguntando, ¿a qué atribuyes tú los padecimientos que tienes?

P – Bueno...algunos, sobre todo los del cuello, al ritmo de trabajo. Y luego, en general, en cuanto a la fibromialgia...Yo he llegado casi a convencerme o puedo relacionarla con...porque yo voy al psicólogo y a la psiquiatra... con mis problemas en el matrimonio. Y a mí me han dicho que pueden desencadenar el que nosotras nos creamos nuestras propias enfermedades. Tal vez me lo quiero creer así, no quiero pensar, porque a mí no me dan resultados de por qué en un momento dado yo empiezo a tener tantas enfermedades, porque no sólo tengo esto.

E – Podemos hablar de ello, si te apetece.

P – No sólo tengo esto. Tengo más enfermedades que me han ido brotando. Entonces, yo creo que psicológicamente...no sé... es por darme la explicación, por intentar convencerme. Es que llegado un momento, yo me he visto muy limitada. Yo podía hacer un montón de cosas y ahora no puedo hacer casi nada. Y a nivel de juventud, como digo yo, a mí me tuvieron entre algodones, no tuve ningún tipo de problema.

E – ¿A qué edad empezaste a trabajar de administrativa?

P – Estuve estudiando...pues... con 25, 26 ó 27, más o menos. Yo antes estuve estudiando, dando clases particulares, en otros trabajos...

E – ¿Considera que ha habido algunas circunstancias relacionadas con el trabajo que hayan podido influir en tus dolencias actuales?

P – Lo del cuello, sí por la postura del ordenador...ahí empecé con el problema. Me dijeron que lo tenía muy recto. Puede ser que sí... A ver, cuando empecé trabajábamos 12 horas diarias... Luego pasamos a 11, y ahí nos quedamos ya.

E – ¿Y por qué tantas horas?

P – Porque había mucho trabajo. Luego a veces piensas, qué infeliz...no vale la pena. Pero bueno, es que iba condicionada.

E – ¿Condicionada?

P – Sí. Pero bueno, no había muchas más opciones que ahora. Entonces había más trabajo, y piensas...Bueno, yo también he sufrido un cambio, no soy de Tomelloso, yo soy de Barcelona y me vine a Tomelloso porque me casé. Es que había una larga historia...

E – ¿Historia? ¿Detrás de todo esto?

P – Sí. Una historial de emigración y de trabajo que nos condicionó a toda mi familia.

Audio 12 (16-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P - Me preocupo. Yo noto que cada vez voy a peor y los médicos no le dan importancia. De hecho, cuando he ido a pasar el Tribunal Médico me decían que el dolor no se podía medir. Y claro, todo esto me ha creado una... Estoy también con el psiquiatra, porque el dormir... aparte de que por los trabajos que he tenido no duermo bien. Es que no duermo pensando también que me veo en una situación de que no puedo trabajar por los dolores y teniendo un trabajo en los tiempos que estamos, para mí es una bendición de Dios. No quiero estar de baja y perder el trabajo, que mis jefes me esperen (que me han estado esperando)... Mi mente por las noches no para...no concilio el sueño porque me preocupa, y... bueno...sí me operan sí, pero si mis jefes ya no me necesitan... ¿dónde voy luego yo?

E – [...] ¿Por qué te echaron de tu anterior trabajo?

P – Pues porque no podía incorporarme por los dolores, además estaba pendiente de la operación, de las infiltraciones...y es que en casa, no estoy bien ni sentado y en la cama me levanto, me...bueno, un suplicio. Y el trabajo no se puede dejar...Claro, los médicos allí, en Ciudad Real... porque es que yo estaba de vigilante en una funeraria, pero es que lo que menos hacemos es eso. O sea, yo estoy de turno de noche, siete días de noche a la semana echando 14 horas, y hacemos de todo. O sea, recoger fallecimientos en las casas, en el hospital, accidentes, ayudando en las autopsias, a subir, en fin...pero claro, ponía vigilante y me dijeron: es que usted de vigilante puede trabajar. Pero digo yo, que además ni para vigilante. Yo por las noches me tenía que poner en un sofá, en una silla...

E – ¿No te hicieron caso?

P – No.

E – ¿Te perjudica tu trabajo?

P – Sí, constantemente. Aparentemente estoy en la conserjería...eso es, estar allí, pero claro... luego si hay un accidente, sobre todo por las noches, o venir aquí al hospital cuando fallece una persona, o cuando vamos a los pisos sin ascensor y hay que bajar al fallecido. Y todo eso... yo he ido notado que he ido empeorando, porque cada vez he ido tomando más calmantes por el miedo a dejar de trabajar, pero al final... ya no he podido más.

E – ¿Qué ocurrió en el Tribunal Médico?

P – El Tribunal, hace diez años más o menos, me dijo lo mismo...que para trabajar yo estaba bien. He estado trabajando estos años, pero a base de calmantes y calmantes... hasta que ya no podía más.

E – *¿Y ahora has vuelto a pasar por Tribunal?*

P – He vuelto a pasar el Tribunal Médico y según ellos, me dicen que las pruebas radiológicas dan casi lo mismo o lo mismo que antes. Como les he dicho yo, si yo no vengo buscando la jubilación... es la situación que tengo, que no me puedo incorporar al trabajo.

E – *¿Y qué te dijeron ellos?*

P – Que eso no era cosa de ellos. Que la cosa está en lo que digan las pruebas y que ya me lo mandarían por escrito.

E – *¿Has reclamado?*

P – Sí, se lo comenté a un abogado y me dijo que tenía que denunciar. Pero a mí todo esto me crea una...yo que sé...una intranquilidad, porque... yo no estoy diciendo nada que yo no tenga y ya me hago mil cuentas en la cabeza. Serán las cosas así, porque me veo en el paro y el paro se terminará... y... a ver...qué solución...Me encuentro un poco entre la espada y la pared. Además con la situación de casa, porque no puedo ayudar a mi esposa...porque es una situación...que después de barrer y fregar me tengo que acostar porque ya empieza el dolor a apretarme más. Y esa es la situación del día a día.

Audio 13 (16-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *[...] Me comentabas que me querías hablar de los problemas de tu columna.*

P – El problema también me viene de familia porque mi madre también tenía hernias discales. De hecho, mis hermanas también tienen hernias discales las dos. Lo que pasa es que son mayores que yo y no están operadas, no han tenido que llegar a operarse, no se lo han aconsejado en ningún momento como a mí me han aconsejado los médicos que me vieron.

E – *¿Consideras que hay alguna circunstancia relacionada con el trabajo, que haya podido influir en tus dolencias actuales?*

P – Pues hombre...cuando tienes un padre agricultor...Porque antes, a los 12 años o así empezabas ya a vendimiar y a ayudar en el campo en todo lo que podías. Todos los hijos así, antes de que se nos cuajaran los huesos.

E – *Y luego comenzaste en el taller de confección...*

P – Sí, entre medias, porque yo estaba en el taller, pero también en el campo los fines de semana.

E – *¿Cuántas horas echabas en el taller?*

P – Éramos cooperativistas, imagínate... había veces que trabajabas ocho y otras, diez o doce, depende de cómo estuvieran las cosas. ¿Puedo hablarle del taller?

E – *Claro que me puedes hablar del taller.*

P – Yo trabajaba sentada, claro. De hecho, a mí siempre se me han hinchado mucho las piernas. Me mandaron las medias de circulación y las tuve que dejar porque las rodillas me mataban. Era horroroso cómo me dolía. No me merecía la pena el cambio por cómo se me hinchaba y el dolor que tenía luego en lo que eran los huesos. Y las rodillas siempre han sido un punto flojo en mí. Pero en fin...ahí aguanté como pude, hasta que terminé así de tanto forzar y forzar. Es que era lo que había...

E – *¿Cuántos años estuviste?*

P – Estuve catorce. Cerró estando yo ya casada. Y al otro mes de cerrar, me quedé yo embarazada y ya no me planteé trabajar porque tenía a mi madre con cáncer. Cuando yo me casé le diagnosticaron un cáncer y otra vez tuve que forzar, porque cuando una es joven puede forzar y luego cuando ya tienes una edad, pues eso, que revientas porque te sale todo, todo lo de antes.

Audio 14 (16-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Bueno, yo nací en el 56. En aquella época en el pueblo, había muy pocas calles con luz, poco después, ya pusieron la luz. Yo lo que recuerdo es que, como mi madre estaba así, pues tenía que subir los cubos de agua y bajarlos porque no había desagüe. Nosotros vivíamos en un primer piso, entonces ella no podía y yo tenía que subir el agua y bajarla... la que se utilizaba en la casa. Vivía mi abuela, pero mi abuela ayudaba poco a mi madre. Bueno, pues yo cogía peso y...desde entonces. Luego...una mujer me dijo que si quería vendimiar en su casa, ahí yo tendría 10 años. Les dije a mis padres que si me dejaban irme a vendimiar y ellos me dijeron que si, así que me fui a vendimiar con 10 años... y ya, desde entonces hasta los 22 echaba la vendimia y el azafrán. Pero no veo que la rosa pueda influirme en todo esto, yo creo que más...la vendimia. La vendimia sí, porque estaba un mes entero y era mucho peso. Éramos dos agarrando de una espuerta, y a veces cogíamos 2500 kg de uva entre dos.

E – *¿Entonces piensas que ir a vendimiar ha influido en tus problemas de espalda?*

P – Pues claro. Es que a mí ya me dolía la pierna vendimiando con 14 años. Yo cuando vendimiaba ya notaba que me dolía mucho la pierna, pero entonces...claro, no se sabía lo que era. Ahora mismo, puedo decir que llevo con esto... igual desde hace 20 años. Sí, pero así fuerte, fuerte y con esta amargura, desde hace 8 años, desde la segunda operación de columna o quizás desde la tercera. Las limitaciones que me produce es que puedo caminar muy poco, pero sobre todo, el dolor a veces me deja muy cansada. No puedo hacer bien las cosas de mi casa, pero mi marido y mis hijas me ayudan mucho. Prácticamente lo hacen ellos todo. [...]. A mí, nunca me han preguntado por mi trabajo... de mi trabajo, nunca me han preguntado los médicos. Yo mis problemas los achaco a que he trabajado mucho en el campo y en la casa... a que he hecho muchos esfuerzos...muchos kilos...Además mi padre me llevaba alguna vez a la viña...y yo era pequeña todavía y no estaba hecha. He hecho muchos esfuerzos. Sí...

E- ¿muchos?

P- Sí, pocas veces, pero alguna vez tuve que cargar espuelas de arena. Aquí las mujeres hemos trabajado mucho.[...] porque creo que los médicos cuando ya presentas cosas que no son las que ellos esperan, pues...no quieren verte, les incomodas y entonces...no quieren verte.[...] Recuerdo que la primera vez que me operaron me llamaban de la empresa y me preguntaban que cuándo me iba a incorporar. Entonces a mí me daba apuro y empecé a trabajar muy pronto, porque hace poco me decía una persona: “es que yo te veía que te pusiste a trabajar y llevabas en el coche unas tablas porque decías que te dolía mucho”. Y ahora se ha operado un chico de columna y dice que le dicen que no se ponga a trabajar. [...] Yo problemas con la baja, aparentemente no tenía, pero luego sí los tenía. [...] Tuve problemas cuando pasé por el Tribunal, porque yo me arreglé lo normal cuando vas a una consulta del médico. Fui sola y pasé sola...entonces pasé...yo entonces lo estaba pasando muy mal, llevaba dos cirugías de columna...Cuando entré por la consulta me desorienté mucho porque noté algo raro. No me escuchaba bien, me hizo quitarme la camisa y todo. Yo estaba allí en sujetador sentada en la silla... nunca había estado antes en sujetador delante de un médico de la espalda, pero me dijo que me quedara en sujetador y despues me puso a saltar a la pata coja y a andar de puntillas. Yo me moría de la vergüenza, luego le conté lo que me pasaba. Pensaba que tenía que decirle la verdad y le dije la verdad. Luego él me dijo: al trabajo tienes que ir con dolores. Yo no le contesté. Cuando llegó a mi casa el papel yo ya sabía lo que iba a poner, porque cuando él me dice:” al trabajo tienes que ir con dolores”, yo ya sé a lo que él se refiere. Yo llevaba dos operaciones, y me ponía que podía coger peso, que no tenía limitaciones de ningún tipo; con dos operaciones de columna.[...] ¿ Que si lo achaco al trabajo?...pues claro que lo achaco al trabajo. Todo, porque no puedes coger un cuerpo con 10 años y machacarlo a trabajar en el campo. Luego cada cuerpo será de una manera: unos serán de una manera, otros serán de otra, pero yo creo que en mi caso sí, sí que tuvo que ver. Mucho trabajo y echarme a la espalda muchas cosas, mucho. Yo trabajaba en la casa, trabajaba fuera de la casa, pero...estaba contenta siempre. Claro, eras una cría y no lo pasabas tan mal como ahora. Ahora estoy contenta, tengo mi familia, tengo mis chicas...y estoy muy contenta, pero tengo que convivir con dolores muy fuertes. Y ver que te tienen que hacer las cosas de la casa porque tú no puedes hacerlas es muy duro, ¿que si me han preguntado los médicos por el trabajo? Hay qué cosas que tiene usted. En la vida

Audio 15 (16-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – [...] Nuria, lo que hablábamos de tu trabajo y de lo que tú quieras decirme.

P – Pues mira, yo trabajo en la limpieza y el problema que hay es que si no puedo hacer las labores de mi casa...pues tú me dirás. Yo trabajo en un albergue juvenil donde van chavales de campamento y tal... entonces la limpieza, quieras o no. Allí, sobre todo en invierno, en la sierra de Madrid...es duro... y a parte yo sirvo comedores donde hay que coger tanques y tal... Y yo cada vez tengo menos fuerza. Entonces...pedí una adaptación del puesto y se me concedió...

E – Bueno...

P – Sí, pero la cosa es que ahora como he tenido que darme de baja, ahora me han dicho por teléfono que si no puedo realizar mi trabajo, trabajando como estoy para la Comunidad de Madrid, que si no tienen la facilidad de poder reubicarme, seré despedida. Yo soy interina y ellos han sembrado el precedente de hacerle a otra persona la reubicación en mi misma situación. Entonces...yo, está claro que voy a luchar por todo, porque yo no quiero que me jubilen. Estoy cansada de decirlo en el Tribunal Médico, yo lo único que quiero es que me incapaciten para los trabajos de limpieza. Y lo pueden hacer, pero ellos me dicen que no, que sólo lo hace la gente que te da el grado de minusvalía. Tengo un 45% de minusvalía, pero me dicen que ellos no son los que incapacitan para un trabajo, que es la Inspección Médica. Bueno, pues la solución que me dan es que soy muy joven y que aunque estoy para jubilarme represento mucho gasto para la Seguridad Social; por otro lado que tengo que entender que ha habido mucho robo, y eso, te lo juro por mis hijos que no los vuelva a ver, eso me dijeron y que alguien tiene que pagarlo. Eso es lo que me han dicho, que por eso no me jubilan. Yo no quiero la jubilación. Jolín, ponme incapacitada para trabajos de limpieza y esfuerzo...Es lo único que necesito...y a mí me ponen en una recepción. Si yo no quiero dejar de trabajar, si para mí el dejar de trabajar es sentirme inútil.

E – Quiero preguntarte, Nuria, ¿ tú crees que la enfermedad que tienes se debe a que hayas hecho muchos esfuerzos o a que hayas trabajado mucho desde pequeña?

P – Yo llevo trabajando desde los 15 años.

E – *¿En qué trabajabas?*

P – Pues he trabajado en la limpieza, haciendo mudanzas, repartiendo las guías de las páginas amarillas, en la hostelería... Yo creo que he trabajado de todo.

E – *¿Crees que eso ha influido en tu salud actual?*

P – Mucho, mucho. Yo me fui con 17 años de mi casa a Canarias, sin conocer a nadie, y... salí... me busqué la vida. Me separé con dos hijos, uno de un año y otro de medio año, y me busqué la vida... me he buscado la vida siempre.

E – *Trabajando...*

P – Sí. Y lo que peor llevo es no poder trabajar. Es lo peor que llevo. O sea, no poder atender a mis hijos como a mí me gusta, no poder mantener mi casa como yo quiero, no poder trabajar... Porque la gente dice: ¡qué guay, en tu casa cobrando un sueldo! ¡Mentira! No sabes lo que es que con 34 años te digan que prácticamente no vales para nada en cuestiones laborales cuando he sido una persona que me ha gustado trabajar. Yo he estudiado y he estado trabajando a la vez. O sea, el verme ahora mismo que no puedo cumplir con mi trabajo... No, no me gusta cargar a nadie con mi trabajo.

E – *Pero tú no cargas a...*

P – Ya... ¿y qué? Tengo 34 años... ¿Qué hago? Todavía esto te pasa con 50 o yo qué sé, más cerca de... El problema es que tengo días, meses, temporadas, que no me puedo levantar de la cama, pero de no poderme...

E – *¿Y cómo lo resuelves de cara a tu trabajo para no machacarte?*

P – De cara a mi trabajo... No lo resuelvo de ninguna manera.

E – *¿Bajas? ¿Alguna vez, tu médico de cabecera te ha levantado alguna baja?*

P – *¿Cómo?*

E – *Se llama levantar bajas cuando llega la Inspección y no permite que tu médico de cabecera te dé bajas.*

P – Sí, han llegado y me han quitado la baja, pero luego él me ha dado unos días... o lo que sea, para poder...

E – *Y así has ido tirando...*

P – Sí...

E – *¿De ánimo y eso, cómo estás?*

P – Uff... De eso ni le hablo. Gracias a la psiquiatra y al tratamiento que tomo.

Audio 16 (16-05-2013). (E = Entrevistador; P = Paciente; A= Acompañante).

P – Pues... empecé a trabajar en las vías, en el ferrocarril.

E – *¿A qué edad?*

P – A los 15 años. A los 15 años empecé aquí en Alcázar de San Juan, luego estuvimos haciendo los anclajes del Talgo pendular cuando salió en Chamartín (al otro lado de correos), también estuve en las calles haciendo hormigón a mano un verano entero con la pala y la hormigonera...

E – *Mucho esfuerzo.*

P – Sí. Y así sucesivamente. Luego empecé en la construcción y luego, estuve en el ejército 18 meses... Intenté reengancharme pero tenía una lesión lumbar y no me dejaron volar de paracaidista... Ya no me volvieron a admitir y luego seguí trabajando en la construcción, a destajo siempre. Éramos un grupo... bueno, mis hermanos y yo, muy avariciosos. Siempre intentábamos ser los primeros. Éramos los que más ganábamos, pero también los que más metros hacíamos... hasta que dejé de trabajar a los 40 años que ya no podía ir al ritmo de mis hermanos... y como sé de planos y tengo bastante experiencia, pues estaba de encargado: replanteando, llevando a la gente de un lado a otro... hasta que ya el conducir era insufrible, porque ir dos horas en una furgoneta o sentarme a comer después de andar por la obra y luego tener que estar un rato agachado luego hasta que me ponía de pié... me moría. Y así aguanté hasta que ya no pude hacer nada.

E – *¿Ibas a trabajar con dolor de espalda?*

P – Siempre. Supongo que parte de la culpa se ha debido a la mentalidad de antes. No te curabas nunca ningún desgarre muscular de los esfuerzos y seguías, porque si no, no ganabas apenas nada y entonces te ibas con el dolor. Yo siempre en mi mochila llevaba Voltaren y Nolotil. Siempre...

E – *¿Y trabajabas tomando Voltaren y Nolotil?*

P – Sí, sí, casi siempre.

E – *No eres el único. Me has dicho que luego empezaste con bajas, ¿te pusieron algún problema en algún momento?*

P – Con bajas llevo ya mucho tiempo. Cuando llega la primavera nos machacan mucho. Y... estaba a lo mejor 15 ó 20 días de baja y luego cuando llegaba el calor, ya estaba algo mejor, pero cuando llega septiembre, ya llegaba un momento que... 3 meses, 4 meses... cuando cambia el clima bruscamente de hacer calor de día al frío de por la mañana (tal como hoy), es muy drástico... entonces es lo que más me machaca.

E – *¿Has tenido problemas por las bajas con Tribunales Médicos, Mutuas...?*

P – No. La única vez, fue a los 45 años... Digo, ya no puedo más.

E – *¿Te vio en Toledo el Tribunal?*

P – Sí

E – *¿Te jubilaron sin ponerte problemas?*

P – No. Me dieron una prueba de 6 meses y luego ya me mandaron la media paga...

E – *¿Y ahora qué problema te han puesto?*

P – Yo solicité que me dieran la absoluta porque no podía hacer nada. Si yo pudiera conducir de repartidor...

E – *Ya, ya...te entiendo.*

P – Porque estudios no tengo. Estudios tengo 8º EGB, lo que se hacía antes a los 14 años y luego a trabajar normalment... Incluso, los primeros días hice un curso de celador por internet en casa, por si me llaman para ir... pero siempre con el tratamiento y siempre...así.

E – *Y ahora, me dijiste que habías solicitado una absoluta y te la habían denegado...*

P – Sí. Me lo tomo a broma porque no es para tomárselo...Me dan la denegación antes de haber pasado yo por el Tribunal... Luego fui allí y me dijeron que hubo un error...Yo me quedé de piedra porque antes de verme ya me habían denegado...A mí lo que más me molesta, aunque sea fuera de contexto, es que hay gente que tiene un menisco y que no han trabajado prácticamente nada, que tienen tierras y capitales y viven como un rey y cobran media paga. Yo tengo las dos rodillas, los dos hombros y la columna y no puedo hacer nada. No tengo ningún sustento y tengo que aguantar.

Audio 17 (16-05-2013). (E = Entrevistador; P = Paciente; A=Acompañante).

P – A mí en ningún momento me llegó a tocar la señora del Tribunal Médico. Me dijo que ella sólo recababa datos, que no necesitaba...vamos, ni mirarte

E – *¿Estás satisfecha con la valoración que te hizo?*

P – Ni rastro. Porque según ella tenía que haber ido al centro base a que me dieran una minusvalía. Yo fui, pero me dijeron que no tenía nada más que un 14% en la mano. No digo yo que tenga más, que yo lo entiendo...Lo que no puede ser es que una tía fuera a pillarme... Porque como es normal, yo ya después de 6 años me tengo que buscar la vida. De tal manera, que si tengo que desabrocharme una camisa, no le puedo decir a mi madre que me desabroche la camisa, me tengo que buscar la vida para hacerlo.

A – Le tengo que ayudar a veces a peinarla y lavarle el pelo...

P – Yo me pongo así la mano y me voy desabrochando la camisa. No es que utilice la mano, pero sí que tengo que hacer algo con ella...porque si no la tendría muerta. Pues eso ellos no lo entendieron. Me hizo que me desabrochara una camisa y me la volviera a poner y...me dijo: ya no tengo que ver mucho más, es que veo que la mano la mueves. Eso fue lo que me dijo.

A – Eso fue una trampa. Fue a pillar.

P – Y claro...

E – *¿Eso fue en el Tribunal?*

P – No, en el centro base (en lo de la minusvalía).

E – *¿En Ciudad Real?*

P – No, nosotros pertenecemos a Toledo.

E – *Sí, es verdad.*

P – Y entonces me comentó que no tenía minusvalía, que tenía una pérdida de movilidad, pero no una minusvalía como tal, puesto que yo la mano la utilizo.

E – *A nivel laboral, ¿tú ahora mismo eres demandante de empleo?*

P – Sí.

E – *¿Qué trabajo crees que podrías desempeñar?*

P – Pues yo creo que muy pocos, sinceramente. Estando de baja, yo me reincorporé a mi trabajo...Yo trabajaba en dos cosas: de administrativa en una empresa a media jornada y de comercial en otra. En la de comercial a mí no me afectaba para nada, porque yo dentro de lo que cabe puedo hablar perfectamente; pero de administrativo, sí. Yo empecé a trabajar y se me hinchaba la mano muchísimo. Era cuestión de llegar al trabajo y tenerme que ir. Me parece que estuve 8 días...No me pudieron dar la baja y me tuvieron que despedir. Para poderme dar la baja y seguir cobrando la incapacidad, me tuvieron que despedir.

Audio 18 (16-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Lo que me estabas comentando antes del trabajo...*

P – En mi trabajo, mi jefe no se portaba bien conmigo...las cosas como son. Estaba en quirófano y como no podía porque tenía una contractura siempre (de hecho, todavía la tengo)... Y para que me cambiaran de puesto de trabajo me tuvieron que dar una minusvalía. Eso me parecía muy fuerte, pero bueno...son así las cosas. Me pusieron en la puerta principal. En ningún hospital pasan las camillas por la puerta principal, nada más que por este. Yo le decía a mi jefe que los de la ambulancia vienen con muchas prisas, que luego había que cambiarlos a otra camilla...Y le decía que hacía más esfuerzo aquí que en el quirófano, porque en quirófano te ayudan,

pero aquí es que no me ayudaba nadie. Allí sola yo... porque siempre había alguien, pero cuando me hacían falta no había nadie. Cámbialos de camilla, llévalos a dónde vayan... No me quiero acordar de todo eso, porque es lo que me ha hecho estar peor. El día que me pasó esto, hasta les puse una reclamación... Claro, yo tengo una cara que es el espejo de mi alma, cuando estoy alegre o triste se nota... Llevo un año y pico sin... es que también tengo otras dos hernias en las lumbares.

E – *¿Mucho trabajo con esfuerzo?*

P – Mucho esfuerzo. Yo soy una persona que me doy mucho, pero claro... cuando ves que te están puteando, hablando mal...

E – *No pasa nada, llora si así te sientes mejor.*

P – Les dices las cosas y... por un oído les entra y por otro les sale. Ves que no hay arreglo... Vas al jefe de gestiones y le da igual... Mi jefe pasaba de mí. Cuando me acuerdo de todo eso, me entra hasta temblor, porque me da mucha pena que... si me ponen en un sitio que tengo que... pero en el informe de salud laboral me pone que no puedo coger más de 3 kg... ¿por qué me haces esto? Viene una señora que está peor que su marido y el marido va en silla de ruedas y me dice: ayúdame, ¿cómo no le voy a ayudar? si aparentemente no me pasa nada, ¿cómo no le voy a ayudar? Luego nos pusieron la Ley de Protección de Datos, pero la gente pasaba como Pedro por su casa, y cuando ya les dices que no les puedes dar información de nadie, hasta te quieren pegar y todo y te dicen cosas muy feas.

E – *¿Has pasado Tribunal médico o algo?*

P – No, porque me dieron la prórroga de 6 meses. Eso es otra, tengo tres hijos, los dos mayores no trabajan, el otro estudia, mi exmarido no trabaja. Sí, que quiere mucho a sus hijos, pero pasa de... o sea que no me da un euro, ¿sabes...? Y con una hipoteca... A ver, cómo me jubilo si no me puedo jubilar? Ni puedo trabajar ni me puedo jubilar, a ver, ¿qué hago? Es que es una situación... es... para tirarme de un puente, la verdad.

Audio 19 (20-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Pili, ¿por qué ves normal que te hayan echado del trabajo por tu enfermedad?*

P – Normal no lo veo. Yo he estado en la oficina de la ferretería del Arenal y me iban a hacer indefinida. Justo les dije: me han llamado para operarme, pero no sé cuánto tiempo voy a estar de baja, me dijeron: tú no te preocupes... no va a pasar nada... pero cuando llegó la hora de la operación el traumatólogo me dice que voy para largo. La ferretería me obligaba a ir a trabajar, pero yo no iba a ir a trabajar hasta que no me viera el traumatólogo... es que no iba a ir, es que tenía que subir unas escaleras encima. Y cuando me di cuenta estaba en la calle porque ellos lo vieron así y me echaron.

E – *¿Por tu enfermedad?*

P – Sí, por el tema de los pies. Vamos a ver, ahora me han dado una discapacidad. Me gustaría alguna vez encontrar un trabajo a mi medida. Mi padre ha trabajado mucho tiempo en la Once y yo conozco ese mundillo... pero vender cupones es muy duro y hay que estar mucho tiempo de pie, así que lo más seguro es que no me dejen ni entrar. A lo mejor para otros trabajos sí puedo valer, pero para eso no. Y eso me ha encantado a mí, pero claro, vender cupones se trata de ir ofreciéndoles... La gente no viene a ti, tienes que ir tú a ellos. Y claro, muchas veces digo que no sirvo para nada.

E – *¿Eso ha podido influir en tu decisión de quitarte la vida? De decir, acabo con todo...*

P – Sí... sí, el levantarte día a día con dolores... Yo me casé hace 7 años con muchas ilusiones, como la de tener familia... y llevo 7 años que no puedo tener familia por las operaciones. Yo voy a operarme de los pies para quedarme bien, pero me he quedado peor. Esto, quieras que no, para una persona que estaba bien... y de golpe y porrazo te viene todo esto... Que no solamente es la fibromialgia, que es el tema de los pies...

E – *Sí, sí...*

P – Luego encima... voy a lo de la discapacidad y me dan un 38%, pero no me dan el baremo de movilidad y se lo dan a personas que están con un menisco de una pierna... se lo dan a ellos, sin embargo a mí no me lo dan. Pero he pensado en parar, me han dado un 38%, porque como tengo que ir a peor... Hombre, yo intentaré no ir a peor... ¿Pero por qué no me dan la tarjeta de movilidad?

E – *¿Qué te ha dicho el médico que te ha visto?*

P – Nada, si siempre me ve el mismo tonto, con perdón. Pero vamos a ver, hijo mío, de los pies, ¿cómo me vas a dar una incapacidad de un 15 si yo no puedo estar de pie y encima no solamente es un pie, sino que son los dos...

Audio 20 (20-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Dime, ¿para ti que es lo que pasó?*

P – Pues mire usted, yo estaba trabajando en la gasolinera, en la empresa Top Oil...

E – *Sí...*

P – Entonces...yo estaba con los tanques abiertos midiendo el gasoil, la gasolina...Y llegó una señora a por gasolina 98, pero estaba en otro sitio...Yo tenía el tanque abierto... ella se bajó y le dije: espérese usted, señora, que voy a tapar el tanque porque si no se va a caer usted dentro. Entonces, yo no sé qué es lo que hizo la señora que dio marcha atrás con el coche y me pegó un empujón...Me quedé debajo del coche y se ve que me quedé inconsciente porque me hice hasta pis. A raíz de entonces, unos dolores de hombro, unos dolores... que me tuvieron que operar dos veces.

E – *¿Fue accidente laboral?*

P – Sí. La primera vez me operaron en Toledo, la segunda en Coslada por la mutua. A raíz de entonces yo tengo dolores, dolores y dolores. Con tratamientos, infiltraciones... Ahora estoy con corrientes. Las corrientes es lo que más me dura... son unos 20- 25 días.

E – *¿Cuántos años llevas?*

P – Así llevo ya...9 años.

E – *¿Y luego volviste a la gasolinera a trabajar?*

P – Estuve...unos días, pero no podía. No podía porque me dolía muchísimo el brazo. Luego estuve trabajando 6 meses en los ajos pero era llegar a mi casa y acostarme, porque yo tenía un dolor de espalda y un dolor de hombros...impresionante. He estado 3 meses en el ayuntamiento barriendo, imagínese como he estado. Me acostaba todas las noches llorando del dolor que tenía.

E – *Eres una luchadora*

P – Me dejaron hecha una mierda. Y pusieron que estaba apta para trabajar...pero yo me siento una inútil. La única solución que a mí me daban era dejarme el brazo fijo.

E – *¿Pasaste Tribunal Médico?*

P – Tres veces he ido. Cuando me atropellaron, dos veces...Y que estaba apta para trabajar.... Y ahora he ido para conseguir la paga no contributiva porque veo que no puedo ni llevar mi casa...Y que estoy apta para trabajar, comía de dolores. Ahora me ha salido fibromialgia, tengo esclerosis y... según ellos estoy apta para trabajar.

E – *¿Cómo has vivido todo ese proceso?*

P – Pues con una depresión de caballo. Se me ha pasado por la cabeza de todo.

Audio 21 (20-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Trabajé haciendo la vendimia, escardillando, en la remolacha...En los trabajos que había del campo he trabajado porque mi marido cayó enfermo, mi hijo tenía 11 años y mi hija 6...He sido yo el puntal de la casa y así estoy...que no valgo ni un duro. Me se ha dañado to la columna. En las lumbares...me se baja un dolor aquí debajo de los molletes, que paece que me están serrando con una sierra.

E – *no te preocupes, llora si te sientes mejor.*

P –Yo en la cama estoy bien, pero de contino no puedo estar en la cama.

E – *¿Qué trabajos hizo usted?*

P – He trabajado fuera de mi casa. He hecho limpieza en casas y en escaleras... por la mañana y por la tarde. Y luego, tirar de mi casa, de mis hijos. El fin de semana que no trabajaba, pues no me faltaba trabajo con mis hijos, mi casa y mis ropas...Que no, que no me faltaba,

Audio 22 (21-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Me estabas diciendo que estabas trabajando...*

P – Me dieron de baja, estuve con rehabilitación, me pusieron corsé y cuando pasó un tiempo me despidieron porque dijeron que la empresa iba mal, dijeron que ya no iba a ofrecer muchos beneficios... Luego me llamaron para el Tribunal y se lo dije a la doctora...yo he hecho muchas entrevistas y tengo que ocultar que tengo una lesión porque a los que somos lesionados de espalda, no nos quiere nadie. Nosotros es que tenemos muchos problemas...

E – *De bajas...*

P – Sí. De hecho yo he estado trabajando siempre y nunca me han dado de alta. Siempre he estado trabajando pero sin dar de alta para que nos les diese problemas. Cuando luego ya te pones mala... pues bueno, te vas y no pasa nada.

E – *No te tienen que pagar la baja ni te tienen que...*

P – A los 15 años me pusieron el corsé y luego estuve bien. Estuve trabajando...en un taller del Corte Inglés. Pero luego ya la gente me conocía...Te dan trabajo sin darte de alta, porque sufres de espalda y ofreces muchos problemas. Es así...

E – *¿Pasaste Tribunal?*

P – Sí.

E – *¿Fue una buena experiencia para ti?*

P – La primera vez sí, tuve a una doctora que me miró mu bien...Además, en aquella época yo llevaba corsé y me ofreció mucha ayuda psicológica también. Muy bien hasta la última vez, que me llamaron y me quitaron la resolución. Me dijeron que me fuese a trabajar, que no me pasaba nada, que el dolor es tan subjetivo...

E – ¿Tú qué opinas ?

P – Pues nada, que me fui a mi casa y empecé a llorar sin que me viese nadie y ya está...

Audio 23 (23-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Me estabas hablando de tu trabajo en la notaría, Ángela...*

P – Pues es que ya notas cosas extrañas en algunos comportamientos...que es una persona extraña, que empieza con descalificaciones, que es una persona que empieza a hacer unas manifestaciones de que todo el mundo es tonto, menos él, ¿entiendes? Eso te va generando un malestar en el trabajo. Ahí empieza, y luego se va acompañando de detalles...pero en ningún momento tú piensas que esto forme parte de una estrategia ni de nada. Resumiendo, que ya cuando son tantas cosas y te equivocas, te equivocas y te equivocas y ya no sabes qué está pasando, porque tengo 50 años y siempre lo he hecho bien, llega un momento que cuando te das cuenta tenía en mi ordenador del trabajo post it, con unas cosas tan absurdas de dudas... Llegué hasta un punto de tener hasta faltas de ortografía, cuando nunca las había tenido. Y dudas en los propios modelos de la notaría que no sabía ni cómo empezaban. Unas cosas, que dices: a mí ya me está pasando algo, porque esto no es normal. Eso, junto con el: tengo que despedir gente...que decía, eso ya son muchas cosas, muchos comentarios y muchas historias. Voy a la gestoría y ya les digo a las chicas (las que me llevan las nóminas) para preguntarles por la indemnización en caso de despido. Ellas me dicen la cantidad y me cuentan que él ya lo había preguntado antes. Y ya te quedas pensando que esto va en serio. No me había dado cuenta, pero yo ya había dejado de comer, me asfixiaba, no dormía, me despertaba...pero no me había dado cuenta. Yo tenía miedo a no despertarme y entonces llegar tarde...No querer ir a trabajar...un mal rollo... continuamente con historias, con comentarios...y cuando además te presentan un... ¿Cómo se llama...?

E – ¿ERE...?

P – No, eso fue después. Un... apercibimiento. Me lo dejaron en la mesa con todo el desprecio del mundo. Me acusaba de llegar tarde al trabajo, de irme antes de tiempo, de utilizar la notaría para medios que no son los míos... Me dijo que mi trabajo estaba mal hecho y que causaba mucha responsabilidad, no es esa la palabra, pero no me sale porque me altero, sí, para el propio notario y para terceros. O sea, que mi trabajo es una mierda. Claro, yo con eso ya...salí de la notaría y me tomé dos cervezas para controlar el corazón que se me salía del sitio y después me fui a hablar con un amigo...Total, que ya fui al médico y me dio la baja.

E – ¿Fuiste al médico de cabecera, no?

P – Al médico de cabecera.

E – ¿El médico de cabecera te preguntó por tu trabajo o por qué motivo te dio la baja?

P – Creo recordar que antes, en algunas ocasiones, ya le había comentado al médico que este hombre tenía unos modales raros... y que me encontraba mal en la notaría porque tenía problemas con este hombre. Él me dijo que había gente que tenía complejo de inferioridad y que necesitaba maltratar a los demás, aunque no utilizó esa palabra. Hacerles pasarlo mal, para así él sentirse por encima. Me sorprendió que me dijera eso, ¿sabes?

E – ¿Te comentó el médico que eso podía ser un problema de moobing?

P – Nada. Solamente me dijo que este comportamiento era típico de personas que tenían algún complejo y que actuaban de esa manera para sentirse bien. Pero no me dijo nada de otro tipo. Luego, después de esto me dio la baja porque yo es que no podía ni respirar, ni dormir ni comer...Ya no podía más... Lo que me faltaba era la apertura de un apercibimiento.

E – *Me comentabas que estabas en la mutua...*

P – Claro, todos los meses. Yo creo que llevaba un par de meses de baja cuando me llamaron de la mutua para decirme que tenía que ir allí a hacerme el seguimiento de mi enfermedad.

E – ¿En la mutua te preguntaron cómo estabas en tu trabajo?

P – No, nunca. Yo comentaba... Necesitaba hablar con los médicos porque era mi único refugio... La doctora que antes me veía y me sigue viendo, aunque con otra actitud, me dijo que era difícil, que tenía que intentar irme de allí y buscar otra alternativa. Me decían que me buscara otra alternativa.

E – *Por centrarnos más en la mutua. Cuéntame un poco tu experiencia...*

P – Pues al principio bien, pero al año, me dicen que me vea el psiquiatra de la mutua. Y el psiquiatra consideró que me tenían que dar el alta pronto. Al año, pasé el Tribunal y me concedieron la prórroga por 6 meses más, hasta que me dieron el alta y volví a trabajar. Cuando la mutua me volvió a ver, en el segundo mes de baja... esta vez a la doctora no le cuadró nada en absoluto. Si, antes la doctora me decía que era lo que tenía que hacer...

E – ¿Pero, qué era lo que tenías que hacer?

P – Buscarme otro trabajo, salir de ahí, intentar hacer otra cosa... Eso es lo que estaba intentando, pero no era tan fácil buscar otra cosa. Total, que perdí el juicio, me dieron de alta y tuve que seguir yendo a mi trabajo.

E – Lo que no me ha quedado claro es...me has dicho que el psiquiatra de la mutua pensaba que tu trabajo era la causa de que tu estuvieras mala...

P – El psiquiatra de la mutua me dijo que si a mí lo que me estaba causando el malestar era el trabajo, entonces tenía que salir de ahí...

E – ¿Y el psiquiatra de la mutua no era el de la Seguridad Social? ¿Dónde te veía?

P – No. En Ciudad Real, en la clínica Prado. En una clínica privada... tengo los informes que me hizo el psiquiatra.

E – ¿En ese informe te ponía que el trabajo te hacía daño?

P – Expresamente no pone que el trabajo me hace daño, lo que dice es que: ella refiere... y como yo refiero... entonces me aconseja salir del trabajo...

E – Entonces te dijeron que te iban a dar de alta

P – A mí no me dijeron nada. Yo hice mis visitas de revisión y cuando voy a mi médico de cabecera, me entero de que la mutua está pidiendo el alta. Y a mí no me dijeron que iban a solicitar el alta. Yo alucino.

E – ¿Y tu médico de cabecera no puede darte la baja?

P – No puede, pero aun así lo ha estado intentando.

E – Ella te dice que busques otro trabajo.

P – Sí, sí. Continuamente.

E – ¿Nunca le preguntaste por qué te dio el alta?

P – No. Ella pronto dio por finalizada la consulta. Me quedé sin palabras y me fui. Entonces, yo pasé la inspección y me preguntó por el alta, cuando estoy pendiente de unas pruebas de neurología, porque ya veremos si no tengo otro brote de esclerosis. Esa es otra, mi médico de cabecera me dice que tengo que hacer frente a la situación, pero yo qué voy a hacer más...si le he puesto a mi jefe dos demandas y sigo yendo a trabajar y me sigue puteando...hombre...

Audio 24 (23-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – ¿Has trabajado?

P – He trabajado mucho en el campo.

E – Cuéntame un poquito.

P – Esto viene a consecuencia de lo que viene, el campo,hermosa. Pues mira...si has tenido que ir a vendimiar to el día, si ha habido que recoger piedra, si ha habido que recoger patatas...Mi padre echaba remolacha, la remolacha es coger las dos zanahorias, como yo decía y pin pin y al remolque. Y el desgaste, ya está. Llega un límite que dices: ¿y ahora, que? ¿qué he hecho? Y... ¿ qué voy a hacer de aquí en adelante? Ese es el problema... ¿qué voy a hacer de aquí en adelante?

E – ¿Cuántos años has estado trabajando en el campo?

P – Bueno...mira, con 7 añetes ya iba de espuerta con mi padre...No cogía uvas porque no podía, pero por lo menos le ayudaba con la espuerta a cruzar la cepa. Me colgaba la pelliza de mi padre...que me sobraba de mangas... ¡así de largas! Así que fíjate, desde entonces...

E – ¿Siempre el campo?

P – Siempre. En casa era lo que había. No había otra cosa.

E – ¿Hasta qué edad?

P – Pues hasta que empecé con toa esta tontería de los huesos. Bueno, esta tontería... digo yo tontería, porque de alguna manera hay que decirle. Hasta hace 5 ó 6 años, que ya iba a menos y a menos...hasta que ya llegó el límite. No es poco que me pueda valer en mi casa, que no es poco.

E – ¿No puedes trabajar en el campo, supongo?

P – Si es que no puedo. Si me quedo encasquillá con la lavadora...que además me la han tenido que poner a una altura porque me quedo hasta pillá. Un día llamé a mi hija Mari Carmen para contarle que había ido a poner la lavadora y me quedé pillá. Otra vez estando en el baño, que hay veces que ni tan siquiera te puedes limpiar bien. Ojalá no hubiera trabajado tanto en el campo. Le voy a preguntar una cosa, que dirá usted que lo que hay que ver lo que le pregunto, pero... ¿a que los ricos no están así? Dígame usted la verdad

Audio 25 (28-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – ¿A qué edad murió su padre?

P – Mi padre murió cuando yo tenía 17 años y mi madre cuando tenía 8.

E – Llore usted tranquilo, tiene derecho a expresar sus emociones. Todas las tenemos...

P – Y no dormía por las noches (llora).Y no duermo, y ahora menos.

E – ¿Ahora menos, por qué?

P – Por el dolor. Esta es la vida... Entonces desconfié del doctor éste... el neurocirujano, porque era un señor árabe... y la entrevista no me convenció mucho, así que le dije que no me operaba. Entonces me mandó aquí y

aquí estoy desde el mes de octubre, pero lo estoy pasando muy mal. He intentado otra vez, para ya lo que sea, pero ahora me dicen que no, que en Manzanares ya no me dan cita y...no sé, porque yo creo que esto ni con la Unidad de Dolor

E – ¿Ha trabajado usted mucho?

P – Sí.

E – ¿En qué trabajaba?

P – Últimamente fui funcionario, pero aparte de eso mi señora tenía agricultura y en los ratos libres trabajaba todo lo que podía y más...en el campo. He trabajado desde muy pequeño porque estaba desarrollao, pero no estaba hecho. Cargándome mucho ...Y luego ya...pues...las circunstancias de la vida se me arreglaron, aprobé unas oposiciones y he estado en el Ministerio de Agricultura. Me casé, con dos hijos (llora)... pero he penado mucho y estoy penando... ¿Por qué me ha pasado a mí todo esto?

E – bueno...

P – Si contara toda mi vida...Ahora que podía vivir bien...

E – ¿Con quién se quedó cuando murió su padre y su madre?

P – Solos. Yo era el cabeza de familia.

E – ¿Y cuántos tenía detrás?

P – Uno y otra delante. Mi hermana tenía 19, yo 17 y el otro 14.

E – Tiró usted de todos...

P – De todos.

E – ¿No estaba nadie a su cargo?

P – Nadie. Entonces no había posibilidades de que hubiera nadie...

E – Una tía...

P – No, porque los familiares tenían necesidades también.

E – ¿Y qué hizo usted para sacar a sus hermanos adelante?

P – Trabajar. Y dar mucho gusto a la gente (llora)...

E – Es bueno llorar, no se preocupe.

P – Por eso no duermo, porque me despierto, me desvelo y empiezo a pensar en...Yo no sé cómo no he salido loco...Mi hermana perdió la cabeza cuando se puso mi hermano malo por una infección...si es que hemos sido muy desgraciados...Mi madre murió de una peritonitis por un descuido del médico. Parece que la estoy viendo, me parece que iba embarazá cuando se la llevaron... y ya no vino a casa y mi padre no tenía solución, un cáncer en el estómago...Fue muy comprensible con nosotros...pero la vida...

E – Bueno... sacó adelante a sus hermanos, ¿no está orgulloso por eso?

P – Sí. Pero luego después han venido otras cosas...

E – ¿Y sus chicos?

P – Mis hijos...bien, tienen su trabajo. Bueno, mi hija no tiene plaza fija, pero está dando clases en un instituto. Tiene tres hijos mu hermosos (llora)...

E – Pero bueno, ¿no está usted contento con la familia que ha hecho?

P – Sí, pero esto que tengo ahora...no puedo disfruta. Tengo que agradecerle poco a la vida.

E – ¿Por qué dice usted eso?

P – Porque no me ha dao más que trabajo y sufrimiento. Lo que pasa es que llega un momento en el que las personas echamos concha y resistimos. Yo tengo pa escribir 4 ó 6 Quijotes, yo que sé...mi historia es...Le digo la verdad, yo cuando hablan de la muerte y tal, a mí no me asusta...no...la que me defrauda es la vida, no está hecha nada más que para los sinvergüenzas. Y será duro decirlo, pero me gusta decir las cosas claras. Todo esto es...una mentira.

E – Mucha gente opina como usted.

P – Da lo mismo que opinen como yo, luego hacen lo que quieren...

E – Vamos a hacer eso, Juan. Vamos a escribir ese Quijote entre los dos...

Audio 26 (28-05-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – Dime, me comentabas sobre tu trabajo.

P – Pues eso, mi trabajo era aquí, en la limpieza y...era mucho trabajo. Ahora hay hombres que sacan la basura...Yo he trabajado mucho de noche y la basura la sacábamos nosotros a los contenedores. Ahora hay máquinas que vuelcan la basura, antes no. Antes era saco por saco tirar al contenedor. Por ejemplo, en la UCI que normalmente antes se sacaban sacos de sueros...Pues todo eso, digo yo que ha ido mermando. Hace años me pusieron un tratamiento para las cervicales, pero claro...yo volví a trabajar y en el trabajo haces techos, paredes...pues todo eso, hasta que terminé que el brazo ya no podía con él...Unos dolores...

E – Te gustaba trabajar.

P – Sí, ahí está el tema. Pero ahora el trabajo me lo han cortado radical.... estuve un poquito...luego ya...pero si, trabajando toa la vida en el campo, vendimiando...Menos estudiar, que no pudieron mis padres darme estudios...Trabajar sí...

E – ¿Desde qué edad?

P – Yo creo que desde los 9 ó 10 años, porque antes aunque tu madre te llevaba a la vendimia, sólo echabas una mano. Yo me acuerdo que mi hermano José venía los fines de semana al pueblo porque trabajaba en un bar y yo hacia el puesto de mi hermano con 8 ó 9 años. Lo que pasa es que yo estaba muy alta...

E – Pero...

P – Claro, no estaba hecha. El cuerpo no estaba hecho, pero antes había que trabajar, arrimar el hombro y punto.

E – ¿Cuánto tiempo estuviste trabajando hasta que te jubilaron?

P – ¿En la limpieza? veintitantos años. Estuve en el hospitalillo de abajo hasta que abrieron este.

E – ¿Algún médico te ha preguntado alguna vez por tu trabajo o te ha dado recomendaciones sobre el?

P – ¿Ahora que estoy jubilada?

E – No, no, cuando empezaste con el cuello...

P – Sí, creo, pero no tenía otro sitio donde trabajar. A las enfermeras o celadores a lo mejor los pueden cambiar de planta o ponerlos en la mesa para informar; pero este trabajo es así. A lo mejor te mandaban a paritorios que era más tranquilo, pero ahí también había que limpiar paredes, techos... osea, más tranquilo que una planta es, pero sigue siendo trabajo.

E – ¿Cuánto tiempo hace que pasaste por el Tribunal?

P – Me operaron hace 7 años, estuve un año con rehabilitación y luego, viendo que esto no iba...fue cuando ya pasé por el Tribunal. Me mandó la misma mutua.

E – ¿Y algún problema?

P – No, Ninguno. Llegué, me miraron un poco el cuello y a los 20 días o por ahí me mandaron... que estaba jubilada con una incapacidad permanente total. Ya está.

Audios de la Unidad de Psiquiatría.

Audio 27 (09-07-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – Cuénteme...

P – Mire, mi hijo lo tengo tetrapléjico desde hace 16 años, luego mi marido cayó enfermo con cáncer de pulmón. Mi madre se cayó y se rompió la cadera, estuvo cinco años imposibilitada hasta que se murió. Tuve que cerrar mi pequeño negocio.

E – ¿De qué era?

P – Era de salazón. De hacer boquerones en vinagre y anchoas. Eso me ha podido mucho también. Yo no creía en la depresión y sí, la cogí también.

E – ¿Qué le pasó a tu hijo?

P – Tuvo un accidente de tráfico y se quedó tetrapléjico a los 23 años.

E – ¿Y ahora cuántos tiene?

P – Ahora 39.

E – ¿Has cargado mucho peso?

P – Sí, mucho. Luego, cuando cayó mi marido malo me quedé haciendo el trabajo y era coger cajas, pasar a las cámaras frigoríficas...muchísimo trabajo. El boquerón en vinagre para lavarlo dese cuenta las veces que hay que moverlo. Eso repercute también. Cuando tienes 45 años no notas nada, pero cuando van pasando los años se va notando. Yo no tenía problemas con la escalera y ahora me pesa la escalera muchísimo.

E – ¿Cómo está tu hijo?

P – Mi hijo dentro de lo que cabe está muy bien. Ahora vengo de vestirlo. Se iba (con su silla eléctrica) a hacer sus cositas al ayuntamiento y todo eso. Pero duele, eso lo tienes ahí en la cabeza. Éramos una familia normal, tengo dos hijas y él es el mayor. Ahora la alegría que tengo son mis nietas, además de un nietecito que acaba de nacer.

E – ¡Ay! Enhorabuena.

P – Eso me alegra mucho. Al estar en tu casa sola y no tener ninguna distracción...no tengo amigas para salir porque a mí no me gusta todo eso. Soy muy rara, yo cojo por las mañanas y me voy a un sitio, me voy a otro o voy a ver a mis hijas, por la mañana siempre tengo algo, por la tarde me cuesta más, pero vamos que no me quedo tampoco en mi casa.

Audio 28 (18-07-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Me he quedado sin trabajo, pero la mayoría de las veces he trabajado de interna.

E – ¿Aquí en el pueblo?

P – No. La mayoría de las veces fuera, en Alicante o en otros pueblos, donde me resulte.

E – Y...¿ bien?

- P – Bien. He tenido que soportar mucho, pero bueno.
E – *¿Por qué?*
P – Hay veces que he estado trabajando para gente que sufre de los nervios, y claro... Además del encierro... todo eso me da que me ha molestado a mí, para los nervios.
E – *¿Estás 24 horas en el trabajo?*
P – Sí.
E – *¿Y podías venir el fin de semana, nada más?*
P – Claro.
E – *¿Cuántos años has estado así?*
P – Ya llevo como 8 ó 9 años de interna.
E – *Muy duro..*
P – Claro. Hay veces que dejo el trabajo, pero luego vuelvo a lo mismo.
E – *Cuando estabas de interna, ¿cuántas horas trabajabas?*
P – Todo el día, descansaba de sábado a domingo.
E – *¿No tenías descanso para ti?*
P – No. Yo estaba a disposición de los señores, todo el día.
E – *Me has dicho que tu madre te cuidaba a los niños y que por eso estaba tan vinculada a ellos.*
P – Claro. Ahora me he ido a casa de ella a vivir.
E – *¿Estás más arropada?*
P – Pues sí, pero hay veces que quisiera estar como sola.
E – *¿Tienes tu casa todavía?*
P – Sí, tengo mi piso, pero en este momento lo tengo alquilado porque no podía con los gastos. Entonces, la deuda era cada vez más grande. Si pudiera estar en mi piso, iba a estar más tranquila.
E – *Seguro que sí...*
P – Porque ella tiene a su esposo español y a veces se alborota, como todos. Entonces hay veces que me agobio por que los muchachos no hagan esto, no hagan lo otro...
E – *Lo entiendo. ¿Su esposo trabaja?*
P – El de ella no.
E – *¿Y está nervioso por la falta de empleo?*
P – Claro.
E – *¿También tiene explosiones de descontrol?*
P – No, así como yo no. Mal genio...
E – *¿Qué crees tú que te ayudaría para que te sintieras mejor?*
P – No sé... Se intenta y no puedo. Hay veces que quisiera estar bien pero estoy muy nerviosa y lloro mucho. Yo quiero estar bien, quiero estar tranquila, porque cuando me alboroto daño las cosas, insulto, quiero pegar a mis muchachos...
E – *No te preocupes. Eres muy valiente en reconocerlo.*
P – No puedo remediarlo, porque los niños se quedan con todo lo que he dicho y he hecho, lo que he dañado, todo... Hay veces que quisiera hasta morirme, dejaría a la gente en paz.
E – *Vas a mejorar. No te preocupes, eres muy valiente.*
P – No puedo...
E – *Eres muy valiente y has luchado mucho por tus hijos.*
P – Siempre los he sacado adelante sola.
E – *Has luchado mucho por ellos.*
P – Mi madre me ha ayudado, ha colaborado... Pero quieras que no, una piensa y no tengo nada...
E – *Has estado 9 años interna trabajando, ¿te parece poco?*
P – (Llora)
E – *¿Cuándo comenzaste a sentirte mal?*
P – Hace como siete años... Al año de estar interna
E – *¿Si ahora mismo yo tuviera la posibilidad de ayudarte, qué me pedirías?*
P – Dejar de beber para ver si me siento mejor.
E – *¿Y qué más?*

Audio 29 (19-07-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

- E – *¿Te distraes con tu trabajo?*
P – Me distraigo muchísimo. Es mi vida, a no ser... como al principio, que me hablaban y no podía responder, lloraba. Es que no lo podía evitar...
E – *¿En el trabajo?*
P – Sí, sí. Eso que yo me encerré en casa.
E – *¿Por qué llorabas?*

P – Pues por la depresión que tenía de caballo.

E – *¿El negocio es tuyo?*

P – El negocio es de mi madre. Me lo ha dado.

E – *Entonces, ¿estás contenta?*

P – Sí, porque siempre me ha gustado el trato con las personas. Yo era muy tímida, me hablabas y me ponía más colorada que un tomate (risas). ¡Vaya comparaciones! y dije: ¡alto ahí! tú no eres tonta, tú puedes alternar con todo el mundo, con clase alta, media, lo que sea.... y gracias a Dios fue mi trampolín la tienda y adiós timidez. Yo creo que hace más el que quiere que el que puede. Yo en los estudios era una vaga, me fui a formación profesional, estuve un tiempo y saqué notas de 8 ó 9. Entonces, ya supe que tonta no era, pero me ha costado mucho superarme.

E – *Estás tirando gracias a tu trabajo...*

P – Hombre, claro.

Audio 30 (19-07-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *¿ Tu padre...?*

P – Sí. Tuvo un abuso conmigo cuando yo era pequeño.

E – *¿Sí?*

P – Sí, entonces pues eso...está en mi cabeza. Se está incrementando en mi cabeza, se me está yendo de las manos.

E – *Es que eso es jodido. ¿Lo has comentado alguna vez con alguien?*

P – No...

E – *¿Nunca?, ¿Ésta es la primera vez?*

P – No...

E – *¿A tu madre no se lo has dicho?*

P – Lo sabe... pero pasó cuando era pequeño yo.

E – *¿Te acuerdas?*

P – Claro que me acuerdo. Era pequeño yo y... usted, no sé si sabrá que donde más abusos se cometen es en el ámbito familiar, es verdad y suele ser verdad. Bueno, por mi experiencia y por lo que yo veo... suele ser en el ámbito familiar donde más abusos sexuales se cometen. A mí me pilló con 6 ó 7 años...

E – *¿Una vez?*

P – No, una vez. Una vez y... ahora se me está incrementando. Pero bueno, siempre lo he tenido ahí, en la cabeza, porque eso no se va nunca. Siempre está ahí, pero desde hace un par de años o así se está incrementando y cada vez que lo veo... Nos llevamos mal por eso, no nos hablamos, nos agobiamos...

E – *¿Has hablado con él de esto alguna vez?*

P – Sí, pero discutiendo.

E – *¿No lo reconoce?*

P – Claro. Como tantas cosas...

E – *Y a tus hermanos, ¿les ha ocurrido lo mismo o no lo habéis hablado?*

P – Abusó de mí y de mi hermana. El mismo día.

E – *Te entiendo...*

P – Ya le digo, no hay pino tan alto para que se cuelgue, no hay. Y eso ahora me está carcomiendo, encima ahora tengo que convivir con él...pues más lo tengo...

E – *¿Trabajas?*

P – No.

E – *¿Tienes posibilidad de conseguir un empleo?*

P – Ojalá. Tengo un 66% de minusvalía, pero si me dieran un trabajo que yo pudiera ejercer iría de lujo, porque así por lo menos saldría de la casa, ganaría algo de dinero, me independizaría... Ya le digo, no me puedo ir porque a dónde me voy ¿debajo de un puente?... Tengo que aguantar, pero es que aguanto y aguanto hasta que deje de aguantar.

E – *¿Cuánto tiempo hace que estás en paro?*

P – Hace mucho, por lo menos dos años. Me llamaron para una entrevista, pero se quedó ahí.

E – *Y el hecho de haber estado en prisión, ¿No te facilita el acceder a un empleo?*

P – Yo me tiré 11 años y medio en prisión y cuando salí cobré el paro, pero ya está. Nada más.

Audio 31 (19-07-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Siempre limpiando y con mis hijos. Nada más.

E – *¿Nada más llegar empezaste a limpiar?*

P – Sí. Trabajé en una casa y el propietario se portó muy bien conmigo, no he tenido problema... Una casa bastante limpia, no como en otras casas... pero ya me quedé embarazada de mi hija y nació prematura a los 6 meses, pesó 903 gramos y nació con un montón de problemas y ya dejé de trabajar. Al principio también trabajé en el campo.

E – *En el campo, ¿qué tal?*

P – Me gustaba al principio. Mis padres tienen tierras en mi país y estoy acostumbrada a trabajar en el campo. Me gusta estar al aire libre y con gente que me encuentre bien, pero limpiar en una casa no.

E – *Lo entiendo.*

P – Prefiero trabajar en el campo que limpiar una casa.

E – *Si*

P – Ya no trabajo. Trabajaba antes, pero ahora ya no. No puedo, además mi marido no me deja trabajar... bastante es que él está fuera. Viene cada 2 ó 3 semanas... siempre estoy sola en casa por su trabajo.

E – *¿Viaja?*

P – Sí, siempre: Alemania, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Austria... siempre fuera, siempre viajes muy largos.

E – *Con el camión, claro... ¿Cuánto tiempo se pasa aquí cuando viene?*

P – 2 días. Nos vemos poco, poco tiempo. En Rumania también hacía taxi y siempre estaba fuera. Casi siempre sola con mis hijos.

E – *¿Crees que el hecho de que tu marido pase tan poco tiempo en casa puede influir en tu situación actual?*

P – Creo que para mejor. Yo me encuentro mejor cuando estoy sola, cuando viene me agobia. Ya estoy acostumbrada a estar sola, no con él. Llevo más de 15 años sola, ya no lo aguanto en mi cama. No tenemos relaciones sexuales.

E – *¿Os habéis distanciado?*

P – Sí.

E – *O sea, que cuando viene a casa tampoco constituye un apoyo familiar.*

P – No...

Audio 33 (23-07-2013). (E = Entrevistador; P= Paciente; A= Acompañante).

E – *¿Dónde trabajas?*

P – Estoy en la Escuela de Artes. Aquí en Tomelloso.

E – *¿Y qué tal?*

P – Ahora estoy trabajando y el estar ocupada es como si me diera vida. Ellos no querían que fuera a trabajar.

E – *¿Por qué?*

A – Porque hacía muy poquito tiempo de la operación, no es que sea un trabajo de hacer mucho esfuerzo, pero ahora estaban haciendo limpieza de verano y eso, quieras que no, es mucho más esfuerzo que durante todo el año. Y por eso le dijimos que se esperara, pero ella quería ya.

E – *¿Por qué?*

P – Pues porque a mí me da vida. Me hace sentir que valgo para algo.

E – *Tu marido ha estado parado, me has dicho.*

P – Yo lo pasé mal, pero mi marido creo que lo pasó peor.

E – *Con tu enfermedad.*

P – Yo por una cosa y él por verme a mí. A mí me lo dijeron a últimos de noviembre y al primero que se lo dije fue a él. Mis padres ya son mayores y yo no sabía cómo decírselo a ellos... A mí me dijeron que eso era un tumor. Nada más que la palabra tumor asusta.

E – *Asusta mucho.*

P – Yo le dije que era un bulto de grasa que había salido donde no había tenido que salir. Luego ya cada uno que pensara lo que quisiera...

E – *Y él ahora ha empezado a trabajar, me has comentado.*

P – Sí. La doctora no quería darle el alta porque él es camionero. Ahora él viene todas las semanas a casa. Él viaja al extranjero, lo mismo a Alemania, Francia o Italia entonces, había veces que se tiraba 15 días sin venir a mi casa, entonces dijo que no podía ser. Es que él ha estado mal, muy mal, la cara sin alegría... Ya le digo que él nunca ha sido muy "hablanchín" pero tenía alegría... Después de lo mío, cayó de golpe.

E – *¿Ahora con el trabajo mejor o peor?*

P – La primera semana la pasó mal, pero ya cada vez que viene se le ve mejor.

A – Se va distrayendo más. La primera semana es que terminó muy cansado, después de tanto tiempo de baja le podía más el cansancio que...

E – *La motivación.*

A – Sí. Ahora ya viene y nos cuenta cosas.

P – Él tenía miedo de no poder dar de sí en el trabajo. Él quería haberse jubilado porque ha hecho 60 años en abril, pero la nueva Ley le había cogía hasta últimos de marzo, entonces no lo ha pillado por 1 mes.

A – Entonces eso le ha quemado mucho. Porque el suyo es un trabajo que quema mucho y él lleva toda la vida, toda la vida. No es igual que un trabajo que estés sentado que tengas una rutina, como comercial o yo qué sé... sino que es un trabajo en el que son kilómetros y kilómetros....Y estar siempre solo.

P – Y el estrés....

A– Había algunas veces que nos decía que se le iba la cabeza, que estaba como distraído y con sus vértigos...y ya con una edad, con ese trabajo y saliendo al extranjero....así una persona no puede estar. Esto también le ha quemado mucho. Y...una cosa y otra...

P – Pero ahora parece que ya está mejor.

Audio 35 (26-07-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Me decías que te gustaría tener trabajo*

P – Tendría muchas ventajas con un trabajo, la primera que me ayudaría a salir de mi casa. A mí siempre me ha gustado estar con gente, de cara al público...

E – *¿Cómo en tu trabajo anterior?*

P – Es que he estado trabajando toda la vida, y entonces ahora estar sin trabajar no me ayuda mucho. Principalmente es el hecho de que si yo tuviera trabajo tendría que salir y arreglarme, es decir una obligación. No como ahora que la casa la llevo sobradamente y me da igual levantarme a una hora que a otra y no hace falta que me arregle porque cuanto más cómoda mejor...

E – *Me comentabas que os han sugerido una terapia de pareja y es, precisamente por el trabajo de tu marido que no podéis hacerla. Es decir, tu marido estaría dispuesto, pero su trabajo se lo impide. ¿Es así?*

P – Sí, por su horario. A ver, él es transportista...entonces durante la semana lo mismo come a las 11 de la mañana que cena a las 7 de la tarde o que...

E – *Sí, sí. Te entiendo.*

P – Si pudiera ser el sábado... si no, es imposible, y aun así... a lo mejor, luego el sábado tampoco puede. Pero bueno, el sábado es el único día de la semana que suele estar, normalmente suele estar.

E – *¿Y él tiene buena disposición?*

P – Sí

E – *Lo que no tiene es tiempo. No tiene un horario de 8 horas...*

P – Eso es.

E – *¿Cuánto tiempo le dedica a su trabajo?*

P – Todo el que se le permite.

Audio 36 (26-07-2013). (E = Entrevistador; P= Paciente; A= Acompañante).

E – *Me comentabas que trabajaste en Mercadona...*

P – Trabajé en Mercadona diez años.

E – *¿Y qué tal?*

P – Bien, no estaba mal...El trabajo de cara al público me gustaba mucho. Vender y estar con el público me gustaba mucho, lo que pasa es que yo tenía un problema añadido y es que mi marido era mi encargado. Entonces, la gente enfocaba conmigo los problemas que tenían con él. De eso tuve un estrés...entonces yo creo que, un poco, lo del brote psicótico me vino por ese estrés que yo tenía añadido del trabajo. Entonces el trabajo bien, pero el compañerismo muy mal.

A– Además es una persona que era –ahora ya no es porque no trabaja – muy buena en el trabajo. O sea, su hobby era el trabajo, era una persona muy activa en el trabajo y provocaba celos porque lo hacía muy bien. Por ejemplo, en el Mercadona hay cosas que se hacen en común, entonces unos son mejores que otros...y para los jefes, unos son mejores que otros también, todo eso le producía mucho estrés. Pudo ser (el estrés) una de las cosas por las que le pudo pasar, pero también nos dijo el psiquiatra que igual es genético...

P – Yo tengo una hermana que tiene esquizofrenia y tenemos algún familiar de mi padre que también tuvo problemas mentales aunque no sabemos exactamente cuál, porque fue un tatarabuelo...

Audio 37 (29-07-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Le voy a hacer unas preguntas respecto a su hijo.*

P – Sí, señora.

E – *¿Cuántos años tiene su hijo?*

P – Treinta.

E – *¿Ha trabajado?*

P – Sí, toda su vida.

E – *¿En qué ha trabajado su hijo?*

P – De encofrador.

E – *¿Ahora mismo está de baja o está parado?*

P – Ahora mismo está... desde todo esto de la crisis... está parado.

E – *¿Cómo lo ve usted, mejor o peor?*

P – Yo lo veo peor.

E – *¿Le venía bien trabajar?*

P – Sí, mi hijo ha ganado billetes a espuestas porque era encofrador... era encargado. Se compró un deportivo, un Fiat... ¿Qué le puedo decir yo? tiene una nena de 9 años y estaba casado con una ATS de la que se ha separado... Eso lo ha vuelto más loco todavía.

E – *¿Pasó alguna vez por Tribunal Médico?*

P – No, no.

E – *¿Con las bajas ha tenido problemas?*

P – No, nada.

E – *¿Ahora lo han llamado para Tribunal Médico?*

P – Sí, estoy pidiendo los informes para arreglar la pensión. Ya veremos a ver, porque ha extraviado todos los informes y ahora los necesita.

Audio 38 (29-07-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – He pasado 3 veces por el Tribunal Médico. La primera vez me dijeron que si yo hubiera estado trabajando en un andamio, me hubieran dado la incapacidad hace mucho tiempo. En mi trabajo yo no me puedo caer de un andamio, pero puedo fastidiar a mucha gente porque estoy de cara al público. Yo a las 11 de la mañana la pantalla del ordenador ya no la veía, los números se me hacían borrosos... La segunda vez, ya estaban un poco más convencidos, pero me dijeron que aguantara un poco más y que lo intentará y lo intenté, pero los 3 últimos meses fueron un auténtico calvario. Pensé en suicidarme porque aquello era insoportable.... Y ya la última vez, me dieron la incapacidad hace un año.

E – *¿Y por qué fuiste a juicio?*

P – Porque la primera vez que solicité la incapacidad, en realidad la solicitó mi médico de cabecera, me la denegaron. Y luego el juicio también tuvo tela. La resolución del juicio fue que la empresa me tenía que dar un trabajo más liviano, pero yo estoy cara al público y cuando llega una persona no le puedo decir que no la puedo atender porque tengo que tener un trabajo más liviano. Una cantidad de barbaridades... y sin embargo ha ido otro del PSOE, con un dedo roto y le han dado la incapacidad... Yo me he tirado 6 años litigando para poder conseguirla.

E – *Al final te la dieron sin resolución judicial...*

P – Sí, aunque no lo esperaba. Era insoportable ya la situación, yo estaba absolutamente desesperado.

E – *¿Te afectó mucho?*

P – Sí. Yo he estado 39 años trabajando en primera línea de combate. Yo he trabajado más que nadie, pero al final ya no podía, era imposible.

E – *Te entiendo... ¿Te la han dado ya la absoluta?*

P – Sí.

E – *¿Te ha supuesto desgaste psicológico todo este proceso con el ERE?*

P – Sí, en cierto sentido sí. Cuando ves que estás mal y no te hacen caso, te sientes desatendido. Yo he estado 39 años cotizando el máximo que se puede cotizar en la Seguridad Social, y que te veas en una situación así y te pongan trabas... Claro, ya empezaron a ponerme menos trabas cuando vieron el informe de la polisomnografía. Ahí ya recularon un poco, pero hasta entonces, se pensaban que yo iba allí por puro cuento, a contarles una milonga... A mí lo que más me ha gustado, y me sigue gustando, ha sido trabajar. Pero ahora ya no puedo. A mí, mi trabajo me ha gustado siempre, no es un trabajo que yo haya hecho forzado, sino que es un trabajo que me ha gustado siempre.

Audio 39 (29-07-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Me comentabas que fue en el 2003.*

P – Sí, tuve una temporada que tomaba muchos antiinflamatorios.

E – *¿Dónde estabas trabajando?*

P – Planchando con máquinas industriales grandes. Me dolía tanto que para trabajar que yo tenía que tomar antiinflamatorios. Pero claro, los antiinflamatorios me quitaban las ganas de comer... y a raíz de eso estuve casi un año de baja.

E – *Por el dolor...*

P – Sí, el dolor no se me quitaba y yo no paraba de tomar antiinflamatorios. Encima, a mí me sientan fatal, aunque me tome un protector o lo que sea, fatal. Y los genéricos peor todavía.

E – ¿Sí?

P – Sí. A raíz de tanto inflamatorio, de no comer, me quedé con 51 kilos, caí en una...depresión y cogí esta enfermedad

E – ya.

P – En ese momento seguí trabajando, tenía que trabajar. Y porque cerraron la fábrica que si no seguiría trabajando ahora.

E – ¿Porque?

P – El médico me dijo que no era para darme de baja. Es una enfermedad que me originó el trabajo, imagínate una plancha grande, bajándola y subiéndola...Yo me planchaba quinientos y pico pantalones en un día y para planchar cada uno había que bajar la plancha cuatro o cinco veces, fijate... igual bajaba la plancha dos mil veces al día...entonces es debido a esto. A mí no me ha venido por cosa ambiental... A mí fue por los dolores y los antiinflamatorios que me quitaban las ganas de comer...

E – ¿Y te quedaste parada...?

P – Estuve un año de baja. Después volví a trabajar en lo mismo, hasta que en el 2007 cerraron la fábrica porque ya no teníamos trabajo.

E – ¿Tuviste algún problema con la empresa por la baja?

P – No, qué va. No como ahora, no le quiero contar...

E – ¿Por qué no quieres contarme?...

P – Es que ahora hay gente que está trabajando un montón de horas y cobra menos que ná. Yo trabajaba mis 8 horas y me pagaban cuando me correspondía. Igual que digo una cosa, digo otra. Comparado con lo de ahora...

E – ¿Conoces a mucha gente así?.

P – Sí, a mucha Y gente de mi edad. Es que, no sé, que tengamos esas actitudes tan...¿cómo decirle?...Volvemos atrás, a trabajar más y a cobrar menos. Lo sé por compañeras, amigas, gente que me lo cuenta. Es así como va.

Audio 40 (30-07-2013). (E = Entrevistador; P= Paciente; A= Acompañante).

P – Durante la semana en mi trabajo, estoy 10 horas cada día. Y luego a parte, estoy de monitor de Kick Boxing. Muchos días es salir de mi trabajo e irme para allá directo. Es salir, por ejemplo a las 08:00 h de la mañana de mi casa y, salvo el rato de comer, llegar a las 23:00 h de la noche. Luego los fines de semana salgo con los amigos, pero el domingo tenemos un negocio familiar, una churrería y un asador de pollos, y claro, también trabajo. Nos tiramos ahí desde las 08:00 h hasta las 17.00 h de la tarde sin parar. Es un poco estresante. Así toda la semana, una tras otra.

E – ¿Piensas que esa situación puede haberte afectado?

P – Yo pienso que no.

E – ¿Y usted qué piensa?

A – Que no va a decir que sí delante de su madre. La verdad es que nosotros pensamos que sí le ha podido afectar de alguna manera. Vamos que solo es trabajar y trabajar y trabajar.

Audio 41 (30-07-2013). (E = Entrevistador; P= Paciente; A= Acompañante).

P – Yo soy una persona muy nerviosa por naturaleza, muy temperamental, entonces mi gran preocupación ha sido siempre que a mi mujer y a mis hijos no les falte de nada. Por eso he luchado y he trabajado mucho...Con camiones al extranjero para ganar más dinero... Ahí se pasa muchísimo estrés, muchísimo estado de nervios cuando no sabes ni por dónde vas...y... nadie te comprende y todo el mundo te grita... Llevando un camión de 20 m cargado de coches en una capital de Europa, como París o por Bélgica...todo eso te crea un...

E – Ya...

P – Mi mujer no quería que estuviera con los camiones toda la vida, así que nos planteamos comprar unas viñas. Yo soy de una familia de viticultores y en mi casa siempre hemos vivido de la agricultura, pero mi padre al hacer 12 partes... ninguno de mis 12 hermanos, lógicamente, hemos podido vivir de ella. A veces mi mujer me dice que por qué invertimos en eso. Lo que nosotros hicimos fue comprar poco a poco viñas y parece como si por querer arreglar una cosa, la hubiéramos ido estropeando.

E – Trabajabas más...

P – Claro, teníamos más estrés. Yo venía el fin de semana y me tenía que ir al campo. Eso al fin y al cabo es un negocio, y tienes que estar comprometido para que funcione. Fue un cúmulo de cosas, desde que empecé hasta que nacieron nuestros hijos...y yo nunca he querido que les falte de nada. En fin, ha sido una lucha constante, un estrés constante y muchísimo trabajo. Y bueno, hemos logrado tener bastantes viñas y funcionamos, gracias a Dios, muy bien. Ahora estoy plantándome retirarme de los camiones y dedicarme solamente a los viñedos que tenemos.

E – Claro.

P – Pero vienen más cosas y más gastos. Si no los he vendido, ha sido porque mi hijo pequeño no quiere estudiar y lo que quiere es dedicarse al campo. Claro, que si yo me salgo de mi trabajo y me pongo ahí, quizás va a ser mucho, porque yo dejo de estar dado de alta, tengo que hacernos autónomos, más los sueldos...Entonces, ya las cuentas no salen igual. Quiero decir, que hay una serie de circunstancias que hacen que tenga que seguir luchando para que mi hijo pequeño ahora se incorpore bien...

E –Tienes que seguir trabajando...

P – A ver, yo no dije que fuera a dejar de trabajar por completo... Si no que lo haría más tranquilo, de otra manera, pero luego es imposible y...ya lo ve usted, aquí estoy en el psiquiatra.

A – Así que ahora lleva dos trabajos...

E – Antes me han dicho que te han recomendado una baja ¿Tú no eres autónomo, verdad?

P – No.

E –¿Por qué no te has cogido la baja?

P – Porque yo no soy una persona de bajas. No me gusta, me cuesta mucho trabajo tener que decirle a mi empresa que no voy a trabajar porque... además, yo tampoco entonces, podría ir a lo mío. Yo qué sé, no lo sé...

A – No ha estado nunca de baja...

E – ¿Aunque estés enfermo?

P – Bueno, lógicamente cuando no se puede, no se puede. Una vez en mi vida, le pedí al doctor 4 ó 5 días de baja y no me la dio. Fue al principio del tratamiento, cuando tomaba Lorazepam...Un día tuve que parar en la carretera del sueño que me dio y la Guardia Civil me preguntó que qué es lo que me pasaba. Me preguntaron que si estaba tomando algún medicamento, les dije que sí pero no les dije exactamente lo que estaba tomando. Hubo un par de veces que me noté muy mal, una sensación muy mala la de dar una cabezada conduciendo, por unas décimas de segundo te...Creo que fue eso lo que me despertó la ansiedad...La poquita mejoría que yo iba notando, y eso me la despertó.

E – ¿Ibas con el camión?

P – Sí.

E – ¿Y el médico por qué no te dio esos 4 días?

P – No lo sé.

A – Se enfadó y nos dijo que todo el mundo estaba deseando coger la baja, pero claro, si es que mi marido estuvo a punto de matarse...y además, no ha pedido la baja en la vida. Por eso yo insistía, porque me daba miedo que condujera así. Y además, no es que no quisiera, es que no podía conducir.

P – Pero aparte, no ganas nada. Es un sueldo ridículo. Nosotros llevamos el sueldo base, lo demás va todo por incentivos y en negro. Entonces, en el momento en el que te paras... Hay gente que se coge la baja muy a menudo, supongo que a veces no será por gusto, pero yo no valgo para las bajas, para estar parado... No.

Audio 43 (03-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Yo estaba trabajando.

E – ¿En qué?

P – En ayuda a domicilio, con los mayores. Lo que pasa es que con el problema este, ya no me quieren coger.

E – ¿Y eso?

P – Pues porque dicen que está relacionado con las personas mayores. Yo cuando pasó lo que pasó, no estaba con el contrato hecho, estaba fuera de contrato. Yo he insistido, pero nada. El abogado me ha dicho que hable con la psiquiatra y que reclame.

E – ¿El trabajo te mejoraba?

P – Sí, para mí bien, yo en casa me aburro. A mí el trabajo siempre me ha reforzado la autoestima y yo he sido otra persona distinta.

E – ¿Si?

P – Porque he sido independiente y tenía donde agarrarme aunque mi marido fuera agresivo, pero ahora... nada. Mi hijo hasta me ha roto muebles, sillas, de todo...

E – ¿Cuánto tiempo estuviste en la cárcel?

P – 6 meses, pero yo allí muy bien.

E – ¿Cuánto tiempo hace que saliste?

P – Desde 2004 o por ahí...

E – ¿Trabajaste en la cárcel?

P – No trabajaba, hacía actividades.

E – ¿Y qué tal?

P – Pues muy bien. Me mejoraba mucho, porque en la cárcel había mucha droga... Las jefas me decían que era una persona extraordinaria, aunque me metiera en líos...

Audio 44 (03-09-2013). (E = Entrevistador; P= Paciente; A= Acompañante).

P – Me siento desplazado en la empresa. A mí me han dejado en muchas cosas de lado, a mí me dejan 8 horas y ellos siguen trabajando. Yo cuando llegan las 18:00 h de la tarde, me voy. Ya les he dicho muchas veces, que si tengo que quedarme un rato más me quedo, pero me dicen que no. O...llego algún día a trabajar a las 08:00 h de la mañana y ya están ellos allí trabajando. Buscan a un ajeno para que se vaya a Madrid a colocar y a mí me dejan aquí en el pueblo.

E – ¿Y crees que es por algo?

P – Claro.

A – Es que ha tenido un juicio.

P – A mí me despidieron, me querían dar menos de la mitad de lo que me correspondía, quise llegar a un acuerdo económico con ellos, pero no quisieron. Así que tuve que denunciar. Después de la denuncia, quise volver a hacer un acuerdo con ellos, pero no quisieron tampoco...

E – ¿Lo ganaste?

P – Llegamos a juicio, lo gané y me admitieron porque no quisieron darme mi compensación económica. Y a putearme, como se dice normalmente.

E – ¿Por qué?

A – Claro, a raíz de eso ya fueron a putearlo.

E – ¿Cómo lo hacen?

P – Pues dejándome un poco de lado. Al principio algunos ni me hablaban...A mí eso me repercute emocionalmente, porque en un pueblo de 8.000 habitantes nos conocemos desde que teníamos 6 años. Otro de ellos, con el que he sido muy amigo, me dejó de hablar por temas del trabajo y yo lo que he defendido ha sido lo mío. ¿Y el malo soy yo, cuando han sido ellos los que querían quitarme el sustento de mis hijos y el mío? Me querían dar 10.000 euros y me correspondían 24.000 euros y yo les pedí 15.000, pero me dijeron que no. Ya me bajaba mucho los pantalones.

A – Y encima le querían pagar en partes: toma 100 euros, toma 200 euros... ¿Es que un despido así?, hombre, mis hijos comen.

E – Claro que sí.

P – Eso yo ya lo había visto en los que habían despedido anteriormente...Se han tirado 2 años para cobrar 4.000 euros. Pues no...

E – ¿Y ahora crees que esto te influye?

P – Claro, si ellos hubieran aceptado los 15.000 euros que yo les pedía, les hubiese costado menos que les estoy costando. Ahora mismo les estoy costando los 1.000 euros de nómina más la Seguridad Social, más la parte proporcional de paga de beneficios, de vacaciones... No les ha salido rentable.

A – El orgullo ese no les deja...

P – Si hubiese sido así, me hubiesen terminado de pagar y ya no les habría visto la cara y tan amigos.

Audio 45 (03-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Hay una persona que es la responsable allí de administración con la que nunca he tenido buena relación. Yo entré de prácticas para contabilidad, pero se fue la chica que era responsable de recursos humanos y me ofrecieron el puesto. Entonces yo me quedé con el puesto de recursos humanos y el de prevención. A partir de ahí, ella dejó de ser mi jefa y yo estaba directamente debajo del director financiero. Lo que me dicen es que puede ser que ella me vea como una rival o que me tenga envidia. No lo sé, el caso es que el año pasado hablé con el director financiero, mi jefe, para pedirle un aumento de sueldo, porque tengo otro compañero que cobra 600 euros más que yo. Pues bueno, le comenté que las dos teníamos casi las mismas responsabilidades y que no veía justo que hubiera tanta diferencia de sueldo. En principio, al hablar con él me dijo que sí, que no había problema, incluso me ampliaron la jornada, porque íbamos a empezar con un nuevo proyecto relacionado con la política de recursos humanos. Al poco tiempo se fueron la chica que te digo y él toda la tarde de copas. A partir de ahí, una tontería que te digo, ella puso en su estado de WhatsApp: *mucho mejor así*. Al día siguiente, el director financiero habló conmigo y me dijo que yo no tenía responsabilidad ninguna, que no me iban a subir el sueldo porque me veía muy distante con él, que me tengo que limitar a hacer lo que me digan porque no tengo que tomar decisiones, que las políticas de recursos humanos las van a dejar aparcadas y que nuestra responsable iba a ser ella.

E – ¿Esta persona?

P – Sí.

E – ¿Qué relación tiene el director financiero con esta chica?

P – En la oficina, los rumores que hay es que están... juntos. Están todo el día juntos, ella se pasa el día metida en su despacho, se van a desayunar juntos y a lo mejor tardan 1 ó 2 horas. Muchos viajes a Ciudad Real juntos, después del trabajo se van juntos. Entonces, claro, es una situación en la que yo no puedo plantearle mi

problema a nadie. A no ser que me vaya al jefe principal para contárselo, pero me buscaría un problema y me echarían. En esta situación no podemos hacer nada. Y no sólo me pasa a mí, sino también a más compañeras. No me puedo quejar por nada, no puedo decir nada y encima tengo una carga impresionante de trabajo, porque antes éramos 2 empresas y ahora llevamos 8. Vamos, que a mí no me da tiempo a hacer mi trabajo bien y llevo pidiendo ayuda casi un año, pero nada. En diciembre me dio el primer ataque de ansiedad. Lo dije, pero me dijeron que no me preocupara, porque a lo mejor iban a meter a alguien que nos ayudara, pero nada, al final no nos han puesto a nadie que nos ayude ni nos eche una mano. Mi compañero está todos los días tomándose un Lexatin, así estamos, hay gente que se lo toma de una manera, hay gente que se lo toma de otra...pero ya llega un momento que yo estoy en mi casa viendo la tele y no hago nada más que estar pensando en el trabajo. Estoy en cualquier sitio y...yo creo que ya es una obsesión.

E – ¿Del trabajo, te llaman también a casa?

P – Ahora en vacaciones sí.

E – Entonces no es una obsesión.

P – Ya. A veces, lo que yo pienso es que primero está la salud y luego el trabajo, pero ahora mismo conforme están las cosas...arriesgarme a decir me voy y no encontrar otra cosa... Lo que me para, también es la hipoteca del piso, porque mis padres me firmaron el aval. Estoy metida en un callejón sin salida. Es la pescadilla que se muerde la cola y me tengo que aguantar.

E – ¿Qué titulación tienes?

P – Técnico Superior en Administración y Finanzas y bueno, luego 20.000 cursos que siempre estoy haciendo, también tengo un Máster en Calidad de Medioambiente y Prevención, formación en prevención, gestión laboral, gestión de Recursos Humanos... Me gusta formarme.

E – ¿Cuándo empezaste con ansiedad?

P – Yo creo que hace casi un año.

E – ¿Por lo del trabajo?

P – Sobre todo a partir de lo que pasó el año pasado, lo que te he comentado. Desde que me plantearon unas expectativas y de un día para otro me dijeron que no. No sé, te pegan un chasco que hasta que lo asimilas... Y bueno me dijeron que no me iban a subir el sueldo, que a primeros de año volviera a hablar con él y que ahí a lo mejor me subirían un 1º un 2%. Total, llegó esa fecha y no les quise decir nada, porque sabía que me iban a decir que no, y yo me iba a quemar otra vez...

E – Ya...

P – Y nada, desde que tomo las pastillas yo intento estar mejor, intento no darle vueltas a nada. Sí que es cierto que los primeros días que me tomé la pastilla, todo me daba igual, lo que antes me preocupaba, ya no. Lo que pasa, es que ahora ya llevo un mes y medio y vuelvo ya a...

E – Darle vueltas.

P – Sí.

Audio 46 (03-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – Cuéntame un poco cómo empieza todo eso.

P – Yo he estado con varios notarios y no he tenido ningún problema con ellos, llega esta mujer y seguimos la marcha del anterior notario. Nosotros llevamos un tema que se llama gestión, que consiste en tramitar la documentación que se hace en la notaria. A nosotros se nos retribuye un dinero por ello. De la noche a la mañana nos dicen que esa tramitación se quita, sin dar ninguna explicación. De momento te dicen que en vez de ganar 5 vas a ganar 4. Piensa en que pierdes 1.0000 y bueno, te planteas qué es lo que hacer ahora. Yo tengo un compromiso y me gusta cumplir lo que he pactado.

E – Ya...

P – Llega esto y se me reduce. Pasados unos años, hubo un día en el que yo hice un documento para facilitarle unos trámites a una señora que no tenía suficientes recursos económicos. Yo pensaba informarle al notario por la tarde de lo que yo había hecho. Eso hice, pero luego esta señora llama diciendo que quiere hablar con la notaria. Cuando nos reunimos, me dice la notaria que eso no se debe hacer sin su permiso. Yo le explico que conocía a la señora y que sabía en la situación en la que estaba, porque el marido se le ahorcó. La notaria me dijo que esperaba que eso no volviera a pasar.

E – Si...

P – A la mañana siguiente, llego a mi trabajo y lo primero que me encuentro es un escrito de ella diciendo que he cometido una falta muy grave, no sólo por lo del escrito, si no por otras cosas que decía que yo no había hecho. Les comenté mi situación a unos abogados que me recomendaron que hiciera un recurso, y lo hicimos. A los 20 días aproximadamente, me mandaron un burofax recordándome que había cometido una falta muy grave y que a la siguiente, me despedirían. Al año, cuando empezó todo el tema de la crisis en la construcción, nos dijeron que la situación estaba muy mal y que tenían que reducir la jornada laboral y los salarios. Al año siguiente, nos plantean un ERE. A mí todo eso, me sobrepasó y me vine abajo. Pasé a ganar una miseria, y yo

tengo unos compromisos bancarios de hipotecas y demás que no cumplo. La gente me empieza a llamar, me llegan cartas... y a mí se me viene el mundo encima y no sé qué hacer.

E – Claro...

P – Llega el momento en el que pienso que tengo que salir por algún sitio. Hablo con mi mujer y mis hijas y les explico la situación. A raíz de todo eso me viene toda esta situación de ansiedad, estrés, depresión... Todo a la vez.

E – ¿Te trata bien la notaria?

P – Sí, ella me trata de usted, aunque eso no me gusta porque creo que entre el jefe y nosotros debe haber cordialidad. Yo llevo veintitantos años en la notaría y eso no lo he visto nunca. Para mí la notaría es como si fuera mi propia casa y yo quiero que la gente esté contenta... pero hay situaciones que para mí no son buenas.

Audio 47 (04-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Yo siempre he hecho lo que tenía que hacer, a mí me han dicho cualquier cosa y la he hecho gustosa. Resulta que yo estaba al cargo de mi padre y mi madre, no cuidándoles, porque ellos todavía se valen solos, pero sí estaba pendiente de ellos. Al principio el problema que tenía en la empresa era que si tenía que ir al médico, yo iba muy estresada porque yo no tenía ni un día libre. Había tanto trabajo y los chicos eran tan pequeños... Ahora claro, los chicos ya son grandes... es ley de vida que la gente va cumpliendo años y tenemos que adaptarnos a...

E – Si...

P – El problema es que en el trabajo empecé a coger estrés porque tenía que ir al médico, aunque muchas veces iba mi padre por mí. Es que yo caí muy joven mala... Me quedé inconsciente... es que me moría... es que me quedé muerta. Claro, cuando una está mala, no puede dejar el trabajo así como así para irse de médicos

Audio 48 (04-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Estuve en Madrid, luego tuve a mis hijos... Tengo dos hijos.

E – ¿En qué trabajabas en Madrid?

P – De vigilante en un matadero.

E – ¿Contenta?

P – Sí, muy contenta. Lo que pasa es que dormía poco. Ahí recaí porque dormía dos horas y media nada más. Me pasaba todo el día vigilando y luego por la noche venían unos camiones a descargar...

E – Pero... ¿no tenías horas?

P – No, no. Vivíamos allí, vigilando el puesto.

E – O sea que no había horarios.

P – No, no había horarios. Era tu responsabilidad vigilarlo y tenías que estar allí y para que mi madre descansara un poco, porque ella luego también tenía otras actividades... pues me encargaba yo un poquito más. Ahí recaí y estuve ingresada en Madrid, en Leganés. Ahí estuve un mes. Recaí bastante.

E – En Leganés.

P – Sí. Para mí dormir es fundamental. Yo por las tardes me tengo que echar para recuperarme de toda la noche. Entonces, durmiendo me siento mejor.

E – ¿Y luego ya no volviste a trabajar?

P – Luego ya no.

E – ¿Te casaste?

P – Ya estaba casada cuando recaí. Me ha ayudado mucho mi marido. Es un encanto. Yo estoy separada de mi primer marido y éste es el segundo. Y desde que estoy con él, estoy mucho mejor. Me ayuda mucho. Es un encanto.

Audio 49 (04-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Era conductor. Trabajaba con una góndola llevando transportes de máquinas y algunas veces mercancías peligrosas. Luego, cuando no tenía faena con la góndola, estaba con un camión llevando tierra de un lado para otro. Ese era mi trabajo. Así he estado casi 30 años.

E – Mucho tiempo.

P – Estuve trabajando en el campo durante 3 ó 4 años, pero en cuanto me saqué el carné lo dejé y empecé a trabajar en las carreteras. Yo siempre lo he llevado bien, he trabajado con ilusión, hasta lo del suicidio de mi hermano por el trabajo. A partir de ahí ya me notaba yo raro en el trabajo. Por mi cuenta me tomaba Orfidal, porque me notaba raro, nervioso, sin ganas de comer.

E – ¿Antes, estabas contento con el trabajo?

P – Sí.

E – *¿con las horas, también?*

P – Hombre, eran horas y se cobraba nada más que regular. Yo notaba que el trabajo se me amontonaba un poquito, notaba cosas raras... Pero bueno, iba trabajando... hasta que una hija mía se metió en la droga.

E – *¿Y cuándo empezaste a estar de baja?*

P – Hará 3 años que me di de baja. Hubo un día que estaba en la carretera, me bajé del camión y me tuvieron que traer a mi casa porque yo ya, ni sabía dónde estaba, ni sabía lo que hacía.

E – *¿No te pusieron problemas por la baja?*

P – No.

E – *¿Has pasado tribunal médico?*

P – He estado yendo al Tribunal durante un año y pico... a Ciudad Real y a Alcázar de San Juan... Y luego, tengo mucha *temblaera* en este brazo... En éste y algunas veces en la cabeza, un temblor que no me lo puedo sujetar... Y cuando hago fuerza para no temblar, más tiemblo...

E – *¿En el equipo de Ciudad te dieron la jubilación?*

P – Sí, claro. Yo tengo 57 años, se suponía que me tenían que dar unos 400 euros hasta que me llegara la jubilación, pero me dieron algo más... Tengo un hijo parado con 30 años.

E – *¿Eso te afecta?*

P – Sí, verlo en mi casa... Algunas veces está mal porque está parado y no encuentra trabajo. Una criatura de 30 años viviendo allí con los padres y sin porvenir ni na, te afecta a la cabeza... Mi hija y su marido están también parados y no tienen ni para pagar el alquiler, además, tienen una criatura con 7 años que está siempre en mi casa. Ellos también van a comer muchas veces a mi casa, porque no tienen nada que comer. Eso son problemas.

E – *¿Sí...*

P – Y esa es mi vida. Mi mujer está trabajando en dos casas por la mañana y gana 25-30 euros en la mañana... y a mí con los 890 euros que me dan está bien, yo no me quejo de eso. Con eso nos vamos apañando...

E – *¿Todos?*

P – Todos.

Audio 51 (06-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *¿En qué trabajabas antes?*

P – Era informático.

E – *¿Te gustaba?*

P – Claro.

E – *¿Y ahora sigues colaborando, sigues haciendo cosas?*

P – Sí, les ayudo haciendo bases de datos, hojas de cálculo,...

E – *¿Crees que el trabajo te beneficia?*

P – Sí.

E – *¿Lo ves positivo?*

P – Claro que sí, así no me aburro

E – *Tuviste el accidente yendo a trabajar. Fue accidente laboral ¿no?*

P – No, porque yo no había llegado al trabajo. Terminé la carrera y empecé a trabajar, pero tenía que coger el coche.

E – *En la residencia, ¿en qué colaboras?*

P – En poner y recoger la mesa, tirar la basura... muchas cosas. Es como si tuviera otro trabajo.

E – *¿Te gustaría hacer más cosas?*

P – Pues sí me gustaría.

E – *¿Qué te gustaría?*

P – Me gustaría aprender a cocinar.

E – *¿Lo vas a decir?*

P – Eso es muy difícil. Eso lo tienen que hacer los de la residencia.

E – *¿Cuánta gente estáis?*

P – Mucha. Es muy grande.

E – *Tú me has dicho que estás a gusto con lo que haces*

P – Sí. Lo que pasa es que no me dejan salir a la calle.

E – *¿No puedes salir?*

P – No, porque me puedo perder

Audio 52 (06-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – Coménteme un poco.

P – Mi marido me dio de alta en la empresa de construcción que teníamos. Yo llevo mucho tiempo ya con depresión y artrosis... Pero me dio de alta y aunque yo me separé, seguí pagando lo mío...Luego me prejubilaron.

E – Bien...

P – Me dijeron que no estaba para trabajar en la limpieza, que era el puesto en el que me puso mi marido... Yo no estaba para subirme en una escalera y limpiar eso...

E – ¿A dónde me decía que fue con su abogado?

P – Vino conmigo a la Seguridad Social.

E – ¿Y por qué fue con usted?

P – Tenía a mi abogado por lo de la separación y todo eso...Vino porque no me querían prejubilarse... así que tuvimos que denunciar a la Seguridad Social. Claro, yo me encontraba fatal...

E – ¿Tuviste juicio?

P – Sí. Ahí es donde fue el abogado, aunque antes yo ya fui a Alcázar de San Juan, al sitio donde te llaman para reconocerte... No me acuerdo del nombre. Bueno, las veces que fui di con un tío muy borde que me decía que no... Así que mi abogado me recomendó denunciar a la Seguridad Social. Entonces denunciarnos y el juez me dijo que yo no estaba para todo eso. La verdad es que se me juntó todo, también la separación, y estaba fatal.

E – Sí...

P – Lo de mi marido ha sido muy fuerte. Me estaba poniendo los cuernos en mi casa con la chica rumana que trabajaba en mi casa. Él le dijo a mi hija mayor que me había estado engañando 20 años...y claro, pues eso... Que hagas todo por tu marido, que siempre estés con él y que luego te haga esto...es muy duro. Mis hijas ya me avisaron porque lo habían pillado 2 ó 3 veces, pero no quería creérmelo.

E – ¿Tu marido dónde tenía la empresa?

P – En Madrid.

E – ¿Y por qué quiso cerrarla?

P – Él ya estaba cansado de trabajar y además discutió con sus dos yernos que también trabajaban en la empresa. No cumplía con las cosas que tenía que cumplir, no cumplía con las cosas que les decía que les iba a pagar... Y al final, se vino sin darles lo que les pertenecía. Quitándoles encima el pan de sus nietas, porque en los últimos días ya ni les pagaba el jornal.

E – Eso te ha hecho sufrir.

P – Mucho. Yo no he subido a casa de mis hijas durante 6 años porque mi marido estaba mal con ellas por lo de la empresa.

E – Pero tú no estabas mal con tus hijas, ¿por qué no subías?

P – Él no me dejaba. Todo por el problema de la empresa. Luego cuando vinimos a Tomelloso, otra hija mía lo pilló en las putas y desde entonces estoy separada.

E – Me has comentado que tu hija mayor puso una pequeña empresa.

P – Sí, una peluquería. Además metió a su hermana pequeña a trabajar.

E – Entonces, la pequeña ¿tuvo que dejar su trabajo?

P – Claro. Renunció a su trabajo en un supermercado para irse con su hermana.

E – ¿Y qué pasó?

P – Discutieron porque la otra decía que no cumplía con su trabajo. Luego la vigilaba con una cámara y decía que no quería que hablara con las clientas. Después, no quería que estuviera trabajando allí... se le metió entre ceja y ceja.

E – ¿Y qué pasó?

P – La quitó de encargada, la quitó de la caja, la quitó de todo, y entonces...ya tanto la pisoteó, que un día la pequeña la mandó a la mierda y se fue del trabajo. Mi hija mayor no quería que la otra estuviera ahí trabajando. Hasta que no la echó, no paró, luego la citaron en la empresa de su marido para firmar el finiquito.

E – Me has dicho que tuviste un intento de suicidio cuando discutiste con tu hija mayor. ¿Tuvo que ver con el hecho de que ella trabajara con su hermana?

P – Sí, a mí eso me hizo mucho daño. La despidió sin motivo ninguno...

E – ¿Le ves solución a este problema?

P – No creo. Parece que de momento no hay solución.

Audio 53 (09-09-2013). (E = Entrevistador; P= Paciente; A=Acompañante).

E – ¿Qué le pasa a tu hija en el trabajo?

A – Pues que no le pagan.

P – Sí le pagan, pero le pagan mal.

E – *¿En qué trabaja?*

A – En Cantenet. La empresa está muy mal, están cayendo mucho.

E – *¿Te preocupa?*

A – Claro que me preocupa, porque es la que más está tirando... Mi otro hijo también está trabajando y me aporta algo... es que necesitamos mucho, Lola.

E – *¿Tu hijo trabaja?*

A – Sí, el chico también está trabajando. Está pagando su coche y tiene para pagarse sus cosas, aunque ahora les han bajado el suelo.

E – *¿Y a ti, qué te pasa?*

P – Se ha acabado la obra. He estado trabajando durante 7 años, pero ahora se ha parado. La obra ha ido a menos. Hemos terminado en Toledo, unas casas en Toledo y se ha terminado

E – *¿Te han despedido?*

P – Sí.

E – *¿Y cómo lo llevas?*

P – Lo llevo bien, pero yo es que no he estado nunca parado. Estoy...

A – Desde hace unos días yo le he notado que está mal. Él me dice que no, porque no me quiere preocupar, pero yo lo sé. Él no está bien, yo creo que está como aburrido...

E – *Y tú, ¿qué dices?*

P – Que sí. Estoy preocupado porque está el trabajo muy mal. El otro día el jefe de obra que tenía, me dijo que no había nada de trabajo, que no sale nada porque no hay dinero. O sea que mal.

E – *¿Cuántos años tienes?*

P – 55

E – *¿Y cómo lo ves tú?*

P – Mal. Tengo amigos que llevan 3 ó 4 años parados y no les sale nada de trabajo. No encuentran nada. Yo pienso que es como si me hubiera jubilado ya...

E – *Lo que pasa que para jubilarte te quedan 10 años...*

P – Claro. Tenía 2 años, un año de cada paro. Y cuando fui a apuntarme me dijeron que eligiera, porque uno lo tenía que perder. Así que cogí el que me pagaban más al mes, aunque la diferencia era de 7 euros...

E – *¿Esta situación cómo te afecta?*

P – De momento lo llevo bien. Con el tiempo no sé...

Audio 54 (09-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *Cuéntame.*

P – Mi padre ha sido agricultor y mi madre le ayudaba en el campo. Yo tengo una hermana mayor que de pequeña estaba enferma, entonces los ingresos que entraban en mi casa eran para ella, para llevarla a los mejores médicos. Yo siempre he tenido asumido que en casa había que trabajar, así que cuando acabé el colegio, a pesar de sacar notas buenísimas, mi padre me quitó de estudiar porque decía que había que ayudar en casa. Yo asumí que había que trabajar y empecé...

E – *¿Te pusiste en un taller?*

P – Sí.

E – *¿A qué edad?*

P – Con 15 años empecé.

E – *¿Te vino bien trabajar en el taller de costura?*

P – No. A mí eso no me ha gustado nunca. Lo he hecho, pero yo tenía otras expectativas.

E – *¿Pero estabas a gusto en el trabajo?*

P – No. No nos trataban bien, nos trataban como a objetos. No teníamos derecho a quejarnos, nos hablaban a voces, de mala manera... En parte era como siuviésemos asumido que no había nada mejor aquí, en Tomelloso. Como decía el refrán: *más vale lo malo conocido que lo bueno por conocer...*

E – *¿Cómo era el trabajo en el taller?*

P – Con mucho ruido, eran máquinas industriales... Y luego, también había mucha tensión entre las compañeras. Ellos procuraban que no nos llevásemos bien entre nosotras para que no hubiese unión y así no reclamáramos nuestros derechos. Ellos se llevaban muy bien sólo con algunas de las trabajadoras, y cuando había huelga, por ejemplo, ellas nunca estaban de acuerdo en que hiciésemos huelga, y entonces si algún grupo íbamos, pagábamos las consecuencias co, malos tratos verbales y amenazas de despido.

Audio 55 (09-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Me gusta mi trabajo y mis compañeras, lo único que al tener la enfermedad, me cuesta mucho realizarlo.

E – *He leído en la historia que tenías problemas con los turnos.*

P – No ha sido un problema de turnos, sino que cuando yo empecé en la residencia decía que sí a todo lo que me pedían. Entonces, una compañera me dijo que había oído una conversación en la que decían que cualquier cosa que necesitaran me la pidieran a mí, porque siempre la iba a hacer. Hubo un septiembre que sólo descansé un día porque todas me pedían que les cambiase el turno. Con mi enfermedad, acabé agotada ese mes y yo les dije que me lo pidieran sólo en el caso de que les hiciera mucha falta, no por ejemplo, por querer irse de compras a Madrid. Yo antes era muy buena con ellas y en cuanto empecé a decir que no, ya soy mala. Eso es lo que pasa realmente con los turnos, que me he sentido utilizada. Antes era la mejor en la residencia porque les hacía todo, pero ahora soy mala.

E – *¿Los jefes se portan bien?*

P – Sí. Ahora he salido delegada junto a tres compañeras, y como hacemos que se cumpla el convenio la relación ha cambiado un poco con los jefes.

Audios de Atención Primaria (AP).

Audio 56 (13-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Yo pienso que fue así... O sea, Javier, el otro psiquiatra, y Sonia la psicóloga, creen que puede ser por el estrés, pero eso no es demostrable. Entonces, como no es demostrable...

E – *Para mí lo importante es lo que tú pienses.*

P – Yo pienso que estaba demasiado estresada porque, quieras que no, toda esa semana estuve trabajando mucho en el bar. Tienes el jueves, el Viernes Santo, el sábado y el domingo, que son días... Y yo estuve toda esa semana preparando cosas, el jueves y el viernes con jaleo, to estresá en la cocina, y luego el domingo, cuando estábamos cerrando... Ya empezó el viernes a dolerme la cabeza, me tomé la tensión pero la tenía bien, me tomé un paracetamol o un ibuprofeno, que yo no sabía que el ibuprofeno subía la tensión, para que se me pasara el dolor de cabeza. Y el domingo después de comer, cuando estábamos recogiendo porque íbamos a cerrar, el dolor de cabeza empezó a acuciarse más. Entonces cuando yo subí a mi casa, porque el bar está abajo, le dije a mi hija: tengo dolor de cabeza, me tienes que llevar al hospital. Ella me dijo: ¿tanto te duele? ¡tómate algo!, pero le dije que no me tomaba nada más, que me llevara al hospital porque me sentía muy mal. Mi marido cerró el bar y nos fuimos. Y...me colé, porque había que estar esperando y yo no me sentía bien. Estábamos en la sala de espera y les dije a dos señoras que había allí que iba a pasar si no había nadie dentro. Al pasar me atendió el médico. Me tomó la tensión y tenía 23-19. Me pusieron un tratamiento, aunque no tengo ni idea de qué me pondrían... y estando en la camilla empecé a sentirme mal. Llamé al chico que estaba en el mostrador y le dije que me sentía muy mal, pero él me dijo que era porque el medicamento me estaba haciendo reacción. No se me va a olvidar porque en ningún momento perdí el conocimiento... y...se ve que ya no hablaba bien. Él chico vino y me dijo: riéte. Pero yo no sé cómo tenía la cara pero... Enseguida vino otro médico y me dijo que levantara las manos y las piernas, pero no podía. Si no fuese por ese médico, estaba criando tobas. Siempre lo voy a pensar, el otro médico me cogió enseguida, me hizo el escáner, llamó a Ciudad Real, yo lo escuchaba y le dijeron que allí no tenían sitio, así que llamó a Toledo, a un helicóptero, tampoco se me va a olvidar porque le pregunté si me marearía en el helicóptero... En Toledo se ve que vieron el escáner y dijeron que si no estaba inconsciente no hacía falta que viniera el helicóptero, que con una UVI móvil... Ya me llevaron allí, me tuvieron en la UCI, estuve en observación 24 horas y supongo que durante ese tiempo dormía cuando me chutaban algo, porque mientras tanto estaba siempre despierta. Yo decía: si me duermo me muero y yo no me quiero morir. Así que los ojos los tenía...

E – *Abiertos.*

P – Ya, lo que ha ido aconteciendo estos dos años y medio, desde que me dio ha sido intentar...

E – *Trabajabas en el bar habitualmente. ¿No tenías problemas?*

P – No. Qué voy a tener problemas...

E – *¿Estabas en la cocina?*

P – No. Yo estaba de to. Vamos a ver... estaba en la cocina, para hacer los pedidos, para los proveedores, en la barra, haciendo en mi casa las cosas... Era para todo.

E – *¿Y cuántas horas le echabas al bar?*

P – Pues desde las 8 de la mañana hasta que se cerraba. A lo mejor, no seguidas... a lo mejor tenías desde los almuerzos, desde las 8 de la mañana, hasta las 12. Luego subía y bajaba a mi casa, luego por la tarde preparaba tapas y eso... y después me subía otro rato, hacía las cosas arriba y luego baja otra vez hasta que cerraba.

E – *¿Cuántos años has estado así?*

P – En el bar 4 años. Es que sólo he estado dada de alta desde que entré en el bar. Antes, estuve 6 años trabajando en un horno, pero no estaba dada de alta. Luego he estado vendimiando, arreglando remolacha, en los melones... También he estado cosiendo en mi casa, he hecho limpieza en oficinas, he ido...pero así, dada de alta no he estado nunca.

E – *¿Se te consideró accidente laboral?*

P – Hubo un problema. Siempre lo he dicho así, si yo hubiera dicho que estaba trabajando... pero yo ni pensé en eso. A mí me atendieron rápidamente y no me acordé. Luego viendo los partes, le pregunté al médico que qué era eso de contingencias comunes, dijo que era enfermedad. Digo: pero si yo fue que me puse mal en el trabajo, que me dolía la cabeza, subí a tomarme la tensión y a que me llevaran al médico. Me dijo que eso lo tenía que haber dicho antes, pero si ellos no cayeron...Entonces me dijeron que ya era muy difícil de demostrar y que además podía ir a engañar.

E – *¿Quién te dijo eso?*

P – Pues mi médico de cabecera, el psiquiatra...Estuve un año dada de baja, entonces en casi todos los estos que tengo...Porque me parece que he pasado 3 tribunales médicos...creo que sí, que han sido 3. En todos ellos me pone que no me han dado jubile o ayuda por falta de cotización.

E – *¿Qué tal la experiencia de los Tribunales médicos?*

P – Fría, distante y un poco...no sé decirte la palabra, pero como si no fueras nadie. Por lo menos en mi caso.

E – *¿Fuiste al Centro Base?*

P – Sí. Mi marido vino conmigo al Centro Base porque teníamos que ir en autobús y yo no guardo muy bien el equilibrio. Ando, me muevo, pero tengo que ir mu centra. Entonces se vino conmigo y... esperando, había una chica que no se me va a olvidar jamás, lo tenemos los dos grabado, que... parecía totalmente deficiente, no porque fuera extranjera...

E – *¿Una médica, quieres decir?*

P – No, no, una chica para que le dieran la discapacidad, supongo. Estaba con sus padres, me senté al lado de ella y empecé a hacerle cosas... parecía un poquito deficiente. Ella entró, y la mirarían...y luego, estando en la estación de autobuses esperando, me la encontré y ya no tenía deficiencia ninguna. Eso te lo puedo asegurar. Me quedé de patata. Y luego habrá gente que de verdad esté discapacitada o tenga algún problema y no se lo den.

E – *Sí...*

P – Son cosas... de verdad, tiene que haber gente con una discapacidad o con algún problema que vaya y no se lo den.

Audio 58 (16-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Eché los papeles en la ONCE y me cogieron.

E – *¿Y, bien?*

P – Sí. Desde el 96-97 bien.

E – *¿Estás a gusto? ¿Se portan?*

P – Sí. Sí.

E – *¿Te han puesto algún problema por la baja?*

P – No, nada. En absoluto.

E – *¿Pasaste Tribunales médicos?*

P – Antes de entrar, varios.

E – *¿Y qué tal la experiencia con ellos?*

P – Bien.

E – *¿No tienes ninguna mala experiencia?*

P – No, no...

E – *Ahora con la baja, ¿te han llamado de mutuas o de la inspección médica?*

P – La inspección médica la pasé el día 3, hace poco. Y la inspección de la empresa la pasé...bueno...le llevé los informes el miércoles de la semana pasada.

E – *¿Cuánto tiempo llevas de baja?*

P – Mucho, once meses...

E – *¿Y estás conforme con el trato de la Inspección Médica?*

P – Sí, muy satisfecho.

Audio 59 (16-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – He estado trabajando en el hospital de Alcázar y la experiencia fue muy buena.

E – *¿Ah, sí?*

P – Sí. El trabajo me gustaba y había muy buen ambiente en el servicio que yo estaba.

E – ¿Dónde estabas?

P – En citaciones, yo soy administrativo. Estuve cuatro años y medio...pero cuando se incorporaron los que tenían su plaza fija y con los recortes...pues fue el motivo por el que salimos mucha gente.

E – ¿Piensas que el trabajo ha podido influir en tu salud?

P – Allí tuve la primera crisis de ansiedad, como le he dicho a Mari Carmen. Me pasó allí, pero porque hubo unos cambios... Digamos que yo siempre estaba en turno de tarde, llegó gente nueva y delegaron un poco en mí el tener que poner esa gente a...y eran 5 cinco personas. Yo intentaba... yo soy una persona, no es que me eche flores, pero que me gusta ser responsable y cumplir con mi obligación. Intentaba sacar mi trabajo e intentaba ayudar a los otros, hasta que sin darme cuenta, un día conduciendo empecé a ver lucecitas. Cuando llegué a Alcázar, me fui directa a urgencias...y ahí sí que estuve de baja, porque incluso la jefa del servicio me dijo que sabía lo que era esto y que me cogiera unos días.

E – ¿No tuviste ningún problema con la baja?

P – Nada, nada, porque ellos mismos lo reconocieron. Dijeron que sabían lo que me iba a pasar de un momento a otro, porque era demasiada carga... pero salvo eso, la verdad que muy bien.

E – ¿Cuánto tiempo te quedaste en el paro?

P – Llevo dos años casi. En noviembre hace los dos años.

E – ¿Y echas de menos...?

P – Bueno...echo de menos todo. Lo primero, tener trabajo y tener mi dinero en condiciones; lo segundo, los compañeros, relacionarte con unos y con otros. Era un trabajo que me gustaba, porque en cierto modo ayudabas a la gente...Era un trabajo que me gustaba mucho.

E – ¿Y cómo lo ves ahora?

P – Lo veo fatal, todo negro. El hecho de estar o volver allí, lo veo como una etapa pasada de mi vida, algo que...

E – Que ya pasó.

P – Sí, que ocurrió y ya está. Como un episodio más de mi vida. Si mañana vuelve a haber oposiciones, me presentaré ¿Que toca la flauta? pues eso que me encuentro...pero lo veo negro, muy negro. Además este verano han llamado a muy poca gente.

E – ¿Cómo cubren...?

P – Pues no se cubren o se cubren unos con otros. Yo hablo con compañeras que quedan todavía y se cubren unos con otros. Apenas han llamado nadie en verano.

Audio 60 (16-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Ahora estoy parao.

E – ¿Y cómo era antes tu trabajo? Cuéntame...

P – Pues trabajando en el campo.

E – ¿A jornal?

P – Sí.

E – ¿Y estabas a gusto?

P – Sí, estaba a gusto.

E – ¿Tú crees que te venía bien para tu enfermedad?

P – Trabajar sí. Yo pienso que sí...

E – ¿Y de pronto, qué pasó? ¿Te encuentras en el paro y...?

P – De pronto, sí. De pronto me encontré en el paro.

E – ¿Y cómo lo llevas?

P – Pues ahí lo llevo mal, como puedo. A ver, no hay otra cosa...

E – ¿Y qué has hecho, plantar alguna cosilla?

P – Maíz.

E – Y... ¿bien?

P – Bien. Ya voy a ver si recojo el goteo en unos ratos que tenga libres...

E – ¿Echas tú el goteo y todo?

P – Sí.

E – Estás hecho un valiente...

P – ¡Ea!.

E – Eso tiene que ser muy complicado...

P – Sabiendo un poco, no es complicado.

E – Y luego, ¿Qué hacéis? ¿Lo reprogramáis?

P – Recogemos el goteo y luego llega la máquina y siega.

E – Claro... Ya tiene que estar a punto.

P – Ya queda poco, ya se está secando.

E – ¿Te gusta trabajar más que estar en casa?

P – Me gusta trabajar, sí. La cabeza me descansa más que en casa.

E – *¿Ahora ya está el maíz a punto?*

P – Sí, le queda todavía un mes para sec

E – *¿Qué pasa cuando no trabajas?*

P – Pues eso, que no me entran ganas ni de levantarme.

E – *¿Cuándo tienes más faena, mejor?*

P – Bueno...

Audio 61 (16-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Tenía unas hernias discales y a menudo estaba dado de baja porque me quedaba tronchao.

E – *¿En qué habías trabajado antes?*

P – Empecé de camarero, luego en el campo, después en la construcción y, por último, en una fábrica de producir baldosas... Era una máquina que tenías que estar haciendo siempre el mismo movimiento: cogiendo la baldosa y poniéndola en la máquina... Me dijo el médico que de estar siempre en la misma posición se me hicieron las hernias.

E – *¿Y tú qué crees? ¿Ha sido por tu trabajo, por coger mucho peso?*

P – Sí, yo creo que es por eso.

P – Porque es que ha sido desde pequeño. Empecé con 8 ó 9 años en un bar y luego me iba a vendimiar... quería hacer lo que un hombre grande. Descargábamos un camión, porque antes se descargaban a mano, tanto si era de cemento como si era de piedras... Si uno cogía un saco de cemento que pesaba 50 Kg, pues yo no iba a ser menos. Y así, así... o sea, en el trabajo siempre he querido ser el primero, o no quedarme de los últimos. Si íbamos a vendimiar, yo de los del medio no podía ser, tenía que ser más bien de los de delante. Después, me ha gustado mucho siempre hacer deporte, he jugado al fútbol, he hecho natación, senderismo, montañismo, espeleología... hasta los 40 años, cuando me dio en la espalda... Creía que me quedaba en una silla de ruedas.

E – *¿El trabajo no lo dejó entonces?*

P – No. Yo seguí trabajando hasta última hora, no lo dejé. Iba buscando unos trabajos un poco más... llevaderos. Luego, tuve la suerte de entrar en el ayuntamiento de Tomelloso. Entré de barrendero y como le digo, a mí me ha gustado mi trabajo siempre. Lo mismo si ha sido de una cosa, como de otra. Pero como le he dicho, quería ser siempre el primero en to y además no me ha gustado pasar por encima de los jefes, ni darme a conocer por ellos; entonces... yo iba a mi trabajo y el encargao me decía esto, pues esto. Y empecé de barrendero en el ayuntamiento, de barrendero me pasaron a jardinero, de jardinero a albañil porque yo era oficial de primera... hasta que ya me dio el dolor del to, he estado 12 años en el ayuntamiento. Y ya me jubilé.

E – *¿Pasaste Tribunal médico?*

P – Sí.

E – *¿Y cómo fue tu experiencia con el Tribunal médico?*

P – Bien.

E – *¿Te vio la Inspección Médica?*

P – Sí. La primera vez no me jubilaron... Bueno, no quise yo porque me quedaba media paga, así que intenté aguantar unos años más para ganar un poco más, pero al final me jubilaron al 100% con lo que estaba ganando en el ayuntamiento.

E – *Me dices que tienes un hijo en casa porque está parado...*

P – Lleva ya muchísimos años parado. Ese no ha trabajao nunca.

E – *¿Pero no estuvo trabajando alguna vez?*

P – En rachas mu cortas. Y to lo que cogía era pa gastarlo él por su cuenta.

E – *Ahora tienes a tu hijo, a tu nuera y a tus nietos en casa.*

P – Sí.

E – *¿Desde cuándo los tienes en casa?*

P – Mi hijo lleva 3 años con esa mujer. Llevan 3 años allí.

E – *¿Y ahora tienes que alimentarlos a ellos?*

P – Ahora y desde hace 3 años. A lo primero estaban los dos solos, luego vinieron los muchachos... primero el muchacho, después una muchacha... Y ahora lo que gano, pa ellos.

E – *¿Y todo de tu bolsillo?*

P – De los 700 euros tengo que pagar luz, agua, contribuciones, gasoil, pal coche... Lo que pasa es que mi mujer y yo nos apañamos con na... Pa cenar con una lata de sardinetas en tomate tenemos pa los dos. Y yo ya le digo, que ahora hacemos una comida sola al día. Yo, como a las cuatro y media o las cinco... y ya por la noche, a lo mejor me como una pera y ya no más... y a lo mejor por la mañana me hace un café con leche con un trozo pan y ya está.

E – *¿Te comes una pera porque no puede ser de otra manera?*

P – Sí. Porque si me tuviera que comer dos huevos fritos o un plato de patatas...pues con la pensión no tengo pa mis nietos.

E – *¿Te he notado muy agobiado en la consulta?*

P – Por eso, porque cuando veo a gente... no quiero... porque siento, como usted me ha dicho antes, los problemas de los demás. Y qué ricamente que se expresan con sus problemas... Para mis adentros, digo yo: ¡mira qué bien! ¡ojalá pudiera yo expresarme también!, al menos me quitaba esto de encima. Pero soy una persona que no me ha gustado nunca hablar ni de compañeros, ni de mis jefes...Siempre todo me lo he guardao pa mí, como aquel que dice, de no hablar por no pecar y por eso me maldigo muchas veces. ¿Cómo podrán ellos hablar con su hijo o su hija de sus problemas tranquilamente y yo no puedo?

Audio 62 (16-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *¿ Vas por la mañana?*

P – Sí, por la mañana.

E – *¿Y en el invierno, qué haces?*

P – En el invierno...pues... no sé, lo que nos pongan. Ya no me acuerdo muy bien. Cosas de rehabilitación...No sé...

E – *¿Y de trabajo?*

P – De trabajo sólo hacemos...esto... ¿cómo se dice? actividades de invierno, verano...cosas de éstas.

E – *¿Pero en invierno qué hacéis?*

P – En invierno...no sé...Rehabilitación cognitiva para mejorar un poco la mente y alfabetización también.

E – *Encuadernación, me habías dicho que haces...*

P – Sí, también.

E – *¿Y qué tal?*

P – La encuadernación no mu bien, regular.

E – *¿Qué es lo que más te gusta?*

P – Lo que más me gusta es...no sé, no estoy muy seguro, pues...rehabilitación cognitiva. Eso es lo que más me gusta. Pa ejercitar la mente.

E – *¿Y las camisetas, que las tienes ahí todas guardadas? ¿Eso te gusta mucho?*

P – Eso me gusta bastante.

E – *¿Cómo es eso?*

P – Pues eso es...no sé, calcao. La camiseta la tienes que poner encima de...una ésta...de un calco y dibujar el dibujo con un rotulador. Lo vas pasando así...Haces una línea con un rotulador permanente y vas...no sé cómo decirlo, vas haciendo líneas así y vas dibujándolo y luego al final, más o menos, si haces... ¿cómo se dice? joder, me estoy bloqueando y to. Luego lo pintamos y luego al final pues... por lo menos, hacemos un *Simpsons*, lo pintamos y luego lo rotulamos con un permanente, creo yo...

E – *¿Y a ti te gusta hacer ese trabajo?*

P – No mucho. Yo también vendo marcos.

E – *¿Ah, sí?*

P – Marcos de una botella. Marcos...me ayudaron, que si no...

E – *¿Y qué te gusta más de todo?*

P – Yo que sé, de todo un poco... Y haciendo deporte me hecho mal aquí en el dedo.

E – *¡Mecachis con el dedo!*

P – Lo tengo jodío. Es éste de aquí.

E – *A ver... ¿Te duele?*

P – Ahora mismo no, pero al doblarlo sí, un poco, pero...

E – *¿Cuándo te lo hiciste?*

P – Ahora, esta mañana.

E – *Bueno...mañana igual ya no te duele.*

P – Bueno, ha sido un...este...un percance. Me duele todavía un poquillo, pero bueno...

E – *Un poquito...*

P – Sí, me duele.

E – *Y si te dijeran que eligieras un trabajo para hacer, el que tú quisieras... ¿Qué te gustaría?*

P – ¿Qué lo pudiera hacer yo?

E – *Sí. Si tú pudieras hacer lo que quisieras de trabajo, ¿Qué harías?*

P – No sé, no estoy muy seguro ahora mismo. Antes trabajaba en jardinería...estuve dos años en jardinería en AFAS y dos en...es que no me acuerdo mu bien, no me se viene a la cabeza. No me van a dar trabajo, lo sé porque no se lo dan a los que son listos y tienen la cabeza bien.

E – *¿Te gustaba la jardinería?*

P – Sí, un poco. Mucho, mucho...no. Y luego, otros 8 años estuve en el CPSL, o sea que llevo 12 años trabajando...o sea, colaborando con los monitores porque trabajo yo sé que no es.

E – *Muy bien, muchas gracias.*

Audio 63 (16-09-2013). E = Entrevistador; P = Paciente; A= Acompañante).

E – *¿Qué pasó?*

P – En la última cantera que se abrió pues... al bajarme de la máquina me fracturé la meseta tibial.

E – *¿Te caíste?*

P – No llegué a caerme, pero bueno, es lo mismo. Se me fracturó y a raíz de ahí estuve 11 meses dado de baja. Estuve una semana sin operarme porque me dijeron que no la tenía rota, pero luego sí, sí la tenía rota, tenía roto todo. Me operaron un lunes, estuve allí 4 ó 5 días, vine aquí el viernes y el domingo me ingresaron en Manzanares con un trombo pulmonar y luego a Madrid.

E – *Eso es muy delicado...*

A – Sí, claro. Si estuvo con el Sintrom y to 8 meses. En el hospital estuvimos 15 días. Claro, nos dieron el alta en Madrid el viernes y el sábado él no podía respirar, me decía: ¡que no puedo respirar! Eso no era normal, así que fuimos al médico de urgencias a Argamasilla y me lo mandaron a Manzanares. Y ya...un trombo pulmonar. Nos dijo que por poco más, se le iba a la cabeza. Desde entonces yo noto que la cabeza se le nota un poquito...

P – Me han quedao secuelas en la pierna. He perdido la memoria...

A – Y luego a los 5 ó 6 meses tuvieron que quitarle los hierros porque no los toleraba. Y luego qué fue...espérate, es que ha sido una locura. Luego le dieron el alta para trabajar, pero no se encontraba bien. Estuvo 7 u 8 meses trabajando, nos tuvimos que ir para urgencias otra vez, tenía los ligamentos rotos pero la mutua decía que no. Luego ya la mutua dijo que sí, que tenía los ligamentos rotos.

P – Los meniscos...

A – *¿Los meniscos fue...? Ah sí... fue operación de menisco.*

P – El ligamento sigue roto.

E – *¿Y por qué se te rompieron los meniscos?*

P – De forzar.

A – No lo sabemos, porque tú volviste al trabajo ya te dolía...

P – Sí, claro...

A – Y ahí no le hicieron pruebas ningunas. A él lo mandaron a trabajar...

P – De subirme a las máquinas que son grandes...pisas por el terreno desigual...Yo notaba como pinchazos e inflamación en la rodilla, pero iba a Ciudad Real a la mutua y me decían que no tenía nada. Y al final tuvo que venir un médico de Toledo de la mutua, exclusivamente a verme a mí, porque el médico que me veía decía que no tenía nada. Me hicieron una resonancia...y entonces salió que tenía los meniscos rotos.

A – Y lo operaron otra vez.

P – Me volvieron a operar otra vez y a los 20 días me entró...una infección de rodilla. El mismo médico de Madrid reconoció que se había pasado con la presión y ya, ni hay cartilago ni hay na de na. Los médicos vuelven a estar locos otra vez. El ligamento lo tengo roto los dos...No tengo aquí el informe, si no... el último informe que tengo da miedo. Entonces ya. cuando vengo aquí, me dicen que no me pueden hacer na

E – *Me has dicho que estuviste de baja y que tuviste problemas con la mutua.*

P – Sí.

E – *¿Y la empresa ,bien o...?*

P – Cuando me dieron el alta, la empresa al otro día me despidió. Me dio la carta de despido.

E – *¿Cómo?*

P – Tenía cita precisamente ese día con el médico y yo avisé a la empresa de que tenía cita con el médico de cabecera, pero...ese mismo día me llegó la carta de despido.

A – Él llamó para decir que no podía ir porque tenía que ir al médico, y lo despidieron.

P – Y me mandaron la carta de despido.

E – *¿Pero te dijeron algo personalmente, el motivo?*

P – No. Por no presentarme...

P – Hemos estado de juicios...

E – *¿Pasaste Tribunal Médico?*

P – Sí.

E – *¿Y qué tal tu experiencia?*

P – Mal...

E – *¿Puedes contármela?*

P – Me mandaron a trabajar.

E – *¿Después de operarte?*

P – Sí.

E – *¿Cómo te sentías tú?*

P – Mal, porque veía que no...

E – ¿Y qué tuviste que hacer?

P – Irme a la privada y demostrar que sí estaba mal. Hacerme informes privados e incluso de la Seguridad Social.

E – Claro, pero... ¿Por qué no pediste los informes a la Seguridad Social?

P – Si es que la Seguridad Social no tiene nada de eso. El único que tiene la Seguridad Social es el del trombo pulmonar, pero de lo demás no tiene nada. Todo lo tiene la mutua y la mutua sólo nos entregó... nada, lo que quiso.

E – ¿Ah, sí?

A – Los papeles de las operaciones que le han hecho por la mutua, si los tenemos. Entonces, cuando tuvimos que ir a juicio... porque el que lo veía en Ciudad Real era un médico normal y corriente, no era un traumatólogo, y cuando ya pasó todo lo que pasó, le dijo que estaba bien y que no tenía nada roto. Entonces tuvimos que ir nosotros por un médico de pago para demostrar todo lo que tenía.

E – Entonces quieres decir que tuvisteis un juicio contra...

A – La mutua...

P – Sí, se presentaron todos contra nosotros. Mutua, Seguridad Social y empresa. Todos.

E – Pero con el EVI, con el Equipo de Valoración de Incapacidades que tuvo que verte para que te dieran esta jubilación... ¿Tuviste que ir a un juicio o...?

P – Con ellos no. Fuimos directamente contra la mutua.

A – Era la que decía que él estaba bien.

E – Ya, ya... Entonces tú le llevaste al EVI los informes de la mutua.

P – No, es que yo no tenía nada, es que sólo tenía los informes de la operación, nada más.

E – Ganaste el juicio y te dieron una permanente.

P – Sí, me dieron una permanente para mi trabajo habitual.

E – ¿Y no lo recurriste?

P – No. El abogado me aconsejó que no lo recurriera.

E – O sea, que tu experiencia en toda esta historia, desde tu accidente laboral...

P – Pues, imagínese... me han tocado todas.

A – Mu mala suerte, hemos tenido mu mala suerte, pero hay que echar pa lante y ya está, es lo que hay que hacer ¿Qué le vamos a hacer? Ya después de eso no podemos volver a atrás.

Audio 64 (19-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – Ahora mismo tienes la mano rota. ¿Por qué vas a trabajar con la mano así?

P – Con la mano izquierda, solamente limpiaré el polvo y mi compañera me ha dicho que me ayuda y que friega ella. Yo limpio el polvo de los muebles.

E – ¿Por qué has pedido el alta estando recién operada?

P – Porque he estado dos años sin trabajo y ahora, cuando tengo trabajo desde hace 8 días, me quedo enferma. Después nadie me va a llamar otra vez porque soy una mujer con un problema y... me faltan 12 días para tener 6 años cotizados cumplidos. No me han aprobado el subsidio de los 52 años porque no tenía los 6 años cumplidos de cotización. Y también estoy de juicios, desde hace 6 años con la Seguridad Social porque no quiere darme la incapacidad permanente. De Rumania, me han mandado aquí a España, todos los informes para que ellos me aprueben su parte de los 6 años cotizados, pero ellos no quieren...

E – Ya entiendo, me estás diciendo que en Rumania te dieron la jubilación permanente.

P – Sí, con el informe de España, pero en España no... Al principio querían dármele pero no podían porque no tenía los 6 años cumplidos de cotización. Y ahora tengo 6 años, pero no quieren. Tengo derecho, pero como soy rumana no me dan nada. Como hay crisis... todo es posible para quitar pero no para dar.

E – En España, ¿tú has pasado por Tribunal Médico?

P – No, porque siempre estaba muy enferma, con diarrea... y ahora he pedido yo que me manden a un Tribunal Médico y me ha venido para el 30 de octubre.

E – El 30 de octubre vas al Tribunal Médico...

P – Sí. Estaba de baja después de las tres operaciones que me hicieron: primero de apéndice, después de cortarme los intestinos y después ... me propusieron para jubilarme y me ha venido rechazado porque no tengo los 6 años cotizados.

E – Ya, ya...

P – Y ahora tengo los 6 años cotizados, pero no quieren dármele. Y ahora no sé qué pasará el 30 de octubre, cuando vaya al médico, al inspector...

E – Entonces, primero te dijeron que no tenías 6 años para poderte dar una incapacidad. ¿Y pasaste Tribunal...?

P – No.

E – ¿Entonces quién te dijo que no te jubilaban?

P – Me han venido papeles que de aquí han mandado. No puedo irme a Tribunal Médico porque estoy enferma y ellos me han mandado los papeles diciendo que no tengo enfermedades para tener incapacidad permanente.

E – *Ya te entiendo. ¿Pero te han visto?*

P – No.

E – *Y entonces, cuando te han dicho que no tienes enfermedades... ¿te lo han dicho sin verte?*

P – Sí, solamente de papeles. Y he pedido yo que alguien... un conocido rumano que está aquí trabajando con médicos... me ha dicho que haga aquí todo lo posible y después cuando tenga todo se lo mande a él, porque sabe que en España es mucha corrupción, mucha...entonces...

E – *¿Pero, quiere ayudarte?*

P – No lo sé.

E – *Mientras, vas a trabajar con la mano rota...*

P – Sí...

E – *Ten cuidado.*

P – Si puedo mejor, si no puedo lo dejaré...Pero necesito trabajar para tener los 6 años cumplidos. Son gente buena, algunos muy buenos, buenas personas...Mi compañera está de acuerdo en que yo trabaje así y mi jefa ha dicho que si estamos de acuerdo, ella no dice nada...Siempre pido a Dios que me lleve con él, pero no quiere, me hace solamente daño.

E – *¿Pero... por qué dices que no tienes ganas de vivir?*

P – ¿Para qué? para que me duela todo...

E – *Me dices que te ha pasado mucho malo aquí. ¿Dónde?*

P – En España.

E – *¿Qué te ha pasado?*

P – Trabajé en un sitio y no me pagaban, trabajé con una señora y me dijo que le robaba, y muchas cosas... se me ha estropeado toda mi salud con las operaciones que me hicieron y que yo no necesitaba. Cuando yo tenía una colitis microscópica...si ellos lo hubieran descubierto al principio, no hubiera pasado tanto como he pasado. Y ahora no puedo trabajar porque me duele la tripa, se me hincha y no puedo estar de pie. No estoy nunca sin dolor de tripa, me duele continuamente y no puedo comer casi nada. En 9 días ellos sólo me hicieron pruebas de sangre, nunca me hicieron pruebas de caca. Si ellos me hubieran hecho una prueba de caca, hubiesen visto la sangre ahí. Si me hubiesen hecho esta prueba, no hubiera necesitado operarme. Y después, yo he estado 6 años con diarrea. No puedo explicarte algo peor que estar así de hinchada, inflamada...con tanto dolor.

E – *Tres operaciones que, según dices, no te valieron para mucho.*

P – Sí.

E – *¿Reclamaste?*

P – No, porque no tenía a nadie. Un médico de Madrid, donde está mi hermano trabajando, habló con mi doctora y la amenazó con que la iba a denunciar y entonces ella hizo limpieza en los papeles. Cuando le pregunté por los informes, me dijeron que habían hecho limpieza, porque tenían mucho tiempo y para que no se enterara nadie de que algo malo había pasado.... Entonces pusieron otras cosas. Me dijeron que la segunda que me había operado me había quitado más de la mitad del intestino grueso y 1,60 m de intestino delgado, pero no encontraba el informe. Los médicos se lavan las manos y la primera que me operó de apéndice, también ha hecho limpieza en los papeles...me ha escrito diciéndome que sólo me quitó 27 cm de intestino delgado y 25 de grueso.

E – *Me estás diciendo que en el ordenador cambian los papeles si algo sale mal...*

P – Sí. He ido a Rumania a un aparato que han recibido de América. Y por el aparato han visto que me han cortado 1,60 m del intestino delgado y más del medio del...

E – *¿Alguna vez has pensado en hacerte daño?*

P – Muchas veces me preparaba para suicidarme. Alguna vez me he ido al tren, pero no tenía suficiente fuerza para...tirarme. Y después pensaba en no comer, y dejaba de comer...pero no podía, es muy duro estar sin comer. Y después pensaba en tomar algunas pastillas para no despertarme nunca más...pero no sabía qué pastillas son las más buenas para no despertar. Yo he visto que muchas personas se despertaban después de tomarse las pastillas. Y entonces, entonces empecé a pedirle a Dios que me lleve con él

Audio 65 (20-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – *¿Cuántos años tenías cuando llegaste a España?*

P – Pues unos diez u once, por ahí...

E – *Cuando llegaste de Rumania, ¿Te gustó esto?*

P – Sí. No volvería.

E – *¿Y empezaste a sentirte mal aquí o en Rumania?*

P – Aquí.

E – *¿A raíz de algo concreto?*

P – No lo sé...

E – *Me comentaste que habías trabajado en telefonía.*

P – En telecomunicaciones.

E – *¿Qué hacías?*

P – Pues llamar por teléfono y.... como contratar abogados por teléfono.

E – *¿Para una empresa?*

P – Para Legalitas.

E – *¿Y qué tal te fue?*

P – Bien, pero me tuve que ir porque me dio un ataque de ansiedad.

E – *¿En el trabajo?*

P – Por la presión. Porque ahí te meten mucha presión para vender contratos. Me metieron mucha presión y ahí fue, creo, la primera vez que me dio un ataque de ansiedad.

E – *¿Tenías que cumplir unos objetivos o cómo era? explícame...*

P – Pues había que cumplir 3 contratos mínimos al día...Te metían mucha presión y claro, la gente hoy en día ya no quieren abogados y me mandaban a la mierda, me hablaban mal...cosas así.

E – *¿Te sentías mal?*

P – Sí.

E – *¿Recuerdas tu primera crisis de ansiedad allí?*

P – Estaba hablando por teléfono y no me llegaban las llamadas y de un momento a otro me llegaron muchas llamadas de golpe y...me agobié, me agobié cada vez más... no podía respirar...Me entró un ataque de ansiedad y lo dejé, dije que no podía.

E – *¿Cuántos años tenías?*

P – 19 creo, por ahí... Y después, desde entonces, he tenido otros trabajos esporádicos.

E – *¿Y...¿mejor?*

P – Mejor. Por lo menos no intenté suicidarme como en el otro.

E – *¿En qué estuviste trabajando?*

P – Pues limpiando con mi madre y...cosas así.

Audio 66 (20-09-2013). (E = Entrevistador; P = Paciente; A= Acompañante).

P – Estuve de montador de tuberías... Como fontanería, calderería y también de herrero... de cerrajería y todo eso...soldando y cosas así.

E – *¿Y qué tal?*

P – Bien... no es el trabajo al que quiero dedicarme pero, para tirar adelante...pues es lo que hay.

E – *¿Cuántas horas echabas?*

P – Pues 10 horas al día. Una jornada normal.

E – *¿Y luego te despidieron o cómo fue?*

P – Sí. Fue mal el trabajo y echaron a la mitad de la plantilla. Éramos bastantes, pero tuvieron pérdidas económicas de un año a otro y tuvieron que despedir a la mitad de la plantilla. Y al poquito tiempo, tuvieron que cerrar la empresa. Hace poco me enteré de que iban a cerrar o a cambiar el nombre...

E – *¿Y cómo lo llevas?*

P – Bien. No sé, dentro de lo que cabe...

E – *¿Cuánto tiempo llevas parado?*

P – Pues llevo año y medio.

E – *¿Piensas que esa situación ha podido afectar a vuestra relación?*

P – Puede que sí, puede que no porque... A lo mejor trabajando sería peor incluso. Ahora estamos las 24 horas al día...nos apoyamos más, no sé.

E – *¿Tú qué opinas?*

A – Hombre, si no hay dinero ni trabajo...pues peor, digo yo. Con más dinero voy más relajada.

P – Eso sí.

E – *¿Cómo os apañáis ahora?*

A – Pues con el paro de él y mi madre que me ayuda... No nos quejamos por ahora.

Audio 67 (20-09-2013). (E = Entrevistador; A = Acompañante).

E – *Me has dicho que tu marido no ha venido a consulta por el trabajo.*

A – Por el trabajo, porque tenía que dejar la obra sola. Como están reformando una casa completa, no podía dejarlo y más con el tema que hay hoy en día...

E – *¿A qué te refieres?*

A – A los pagos.

E – ¿Tienes problemas?

A – Sí. Si hubiese cobrado todo lo que le deben... había pasado la crisis y no nos hubiésemos enterado. Son tres socios y problemas hay como en todos los sitios. A ver, les deben más de 700.000 euros. Llevan 15 años de empresa. Así que si hubiesen cobrado todo eso, seríamos los reyes del universo y no teníamos que estar ahora con 1000 euros el mes que se cobra...ni eso si quiera.

E – ¿Cómo lleva él esta situación?

A – Pues ahora está mejor por el medicamento, pero ha tenido unos meses que estaba muy mal, mal. Su pensamiento era jubilarse porque decía que así tenía un sueldo seguro y yo le decía que si se jubilaba y yo no encontraba trabajo que qué íbamos a hacer con lo que le dan. Él tiene 40 años, yo le decía que era su empresa, que no estaba trabajando para un ajeno, pero a él se le metió eso en la cabeza y pensaba en jubilarse aunque le dieran 400 euros. Pensaba que con un poco de allí, con otro poco que sacara yo... pero yo no estoy trabajando, ojalá tuviera trabajo

E – ¿Y cómo pensaba jubilarse?

A – Pues por eso, como estuvieron un tiempo sin cobrar ni nada...Y es que de donde sacas y no metes, se ve el fondo. Pero bueno, lo vamos llevando, ya por lo menos... El mes pasado cobraron 1200 euros y este mes 1000 euros, no es para echar cohetes...pero se va sobrellevando esto como se puede. Y yo estoy echando curriculum en todos los sitios para ver si me cogieran porque mis niños tienen ya 11 y 14 años...además que ya llevo dos o tres años, pero no me cogen.

E – Nada...

A – Qué va. Y yo estaría mejor porque mi mente no estaría en eso... con 1000 euros poco puedes hacer. Como digo yo, esto te da para mantener lo que tienes para que no te lo quiten. Lo que nosotros hemos hecho estos años, gracias a Dios, ha sido guardar, no hemos sido de los que hemos malgastado como otra gente. Hemos guardao, hemos compra porque hemos podía, pero ahora no quiero que me lo quiten, quiero guardarlo, quiero mantenerlo. No por nosotros, sino por nuestros hijos, para el día de mañana. Tienes una casa con una letra de 200 euros al mes, que es poquito gracias a Dios. Tenemos un solar que lo compramos y lo pagamos porque lo podíamos hacer así y un piso...que todo eso lo compramos para los dos, para el día de mañana.

E – Ya...

A – Uno para cada uno, lo que quieran. O lo venden o...hacen con ellos lo que quieran, pero era por eso.

Audio 68 (20-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – ¿Cuándo fue la primera vez que te ocurrió esto?

P – Hace 5 ó 6 años empecé a tener ansiedad, pero no le daba importancia, pero luego sí que le he dado y ahora, cuando conoces y te empiezan a explicar las cosas...no es la primera vez que me ha pasado. Yo ya llevo conociendo el asunto desde años atrás.

E – Me comentabas antes que fue cuando...

P – Me di más cuenta cuando se fue un compañero que estaba en mi mismo despacho y me quedé solo. Yo tenía que hacer el trabajo de los dos. A raíz de ahí ya empecé con alteraciones de mi personalidad. Yo gritaba en casa, no me conocía... y... bueno, luego empecé a...Mi mujer tiene también un trastorno obsesivo-compulsivo que también me influía, entonces coincidieron esas dos variantes. Fue a raíz de unas vacaciones...el médico de cabecera no me quería enviar ni al psicólogo ni al psiquiatra. Estábamos en la playa y teóricamente tenía que estar en la gloria y fue la peor experiencia de mi vida por lo mal que se lo hice pasar a mi familia. Les hice pasar a mi cuñado, mi cuñada, mis sobrinos, mi mujer y mi hija, las peores vacaciones de su vida.

E – Tú también lo pasaste mal.

P – Yo lo pasé horrible. No quería salir de la habitación, no quería salir a la calle... con genio...si decían blanco, yo decía negro.

E – Después de las vacaciones, ¿la reincorporación al trabajo, cómo la viviste?

P – Yo tenía obsesión con mi trabajo. Era trabajo, trabajo y trabajo, aunque no notaba que lo pasaba mal. Tenía que hacer mi trabajo y me implicaba en él, tenía que sacarlo aunque tuviera que echar una hora o dos horas más...Lo hacía.

E – ¿Pero lo hacías porque te las pagaban?

P – En ocasiones no. Ha habido muchas ocasiones en las que no he cobrado las horas. Lo hacía por el hecho de hacerlo, de no dejarlo atrás, de cumplir. Aun así, estando con la soga al cuello, sigo pensando igual... mi trabajo, mi trabajo y mi trabajo.

E – ¿Cómo se desencadenó esta situación? ¿Cuándo empiezan a comentarte que va a haber una regularización de...?

P – El año pasado. A partir de julio o agosto se empieza a ver que la situación no es buena, entonces como radio macuto, empiezan las noticias a correr... Por un lado, somos una empresa pequeña o éramos una empresa pequeña, somos 9 trabajadores ajenos y 4 jefes. Entonces uno saca una tarea de un lao, otro de otro...y a partir de ahí empecé con la ansiedad. También coincidió con el otoño, no sé si tiene algo o no que ver... entonces

empecé otra vez igual. Una vez que nos dijeron que teníamos un ERE de regulación o reducción de la jornada laboral, me quedé tranquilo, me quedé tan pancho.

E – ¿Cuándo vuelve otra vez la ansiedad?

P – Vuelve al final del ERE. Cada vez la situación es peor y mi puesto de trabajo es...insuportable. Yo era jefe de recambios y hasta llegaron a decirme ...ladrón. Yo llevo muchos años y saco informes para la gerencia, entonces ves los camiones que se reparan y se venden y ves que cada vez se venden y se reparan menos camiones, cada vez hay menos facturación, cada vez facturas menos...tú lo estás viendo. Yo barajaba las tres opciones que se podías dan: seguir el ERE con una ampliación de 6 meses, que es lo que aceptarían mis compañeros, un cambio de dirección o del nombre de empresa, como ya se hizo en el año 95, o que me despidieran simplemente.

E – ¿Qué síntomas tenías?

P – A ver cómo te lo explico...era violento con la gente que más quería. No me conocía, o sea, voceaba en casa. Decía que era un cobarde y he llegado a tener ideas de... quitarme del medio. Decía soy un cobarde, lo pienso pero no lo hago. Se me pasaba por la imaginación...siempre que veía un cuchillo, o ponerme delante de un camión...pero no lo llegaba a hacer. A raíz de ahí fue cuando ya me cambiaron el tratamiento, pero cada vez que tenía una decepción, algo que no iba bien, o algo que me contrariaba...mis pensamientos iban al mismo sitio. Me golpeé el brazo y se me puso el brazo negro, pero no conseguí partírmelo. El año pasado en el pie, pero tampoco lo conseguí. Quería o es como si quisiera, conseguir más atención, o más (llora)...No sé cómo explicarlo, eso es lo que me dice la psicóloga. A raíz de esta medicación, ya...alguna que otra vez, pero, no. Me acuerdo enseguida de mi mujer y mi hija y pienso que si yo no estoy, ellas lo van a pasar muy mal...

E – Desde luego. ¿Y este tiempo en la empresa cómo lo has llevado?

P – Lo que colmó el vaso con el jefe del servicio fueron unas bombillas con un valor de 75 euros, cada bombilla valía 3 euros o 3,50 euros. Eran bombillas reforzadas y tenían una duración del doble que una bombilla normal. A mí no me preguntaron por qué compraba eso, sino que directamente llegué una mañana y me encontré con un paquete de la hostia... Me empezaron a gritar, que porqué compraba tan caro, me gritaban como si yo fuese... sin preguntarme por qué había comprado esas bombillas...Me llamo ladrón, que estaba robando, que no sabía hacer mi trabajo y muchas cosas más. A partir de entonces me han tenido así, de ladrón y de que no sé hacer mi trabajo. Los clientes me han dejado de llamar y los proveedores me llaman cada vez menos. Me han anulado quitándome muchas de mis funciones. Así me he sentido desde el mes de mayo. Lo he pasado muy mal.

Audio 69 (23-09-2013). (E = Entrevistador; P= Paciente; A=Acompañante).

E – A nivel de tu estado de ánimo, ¿Qué diferencia ves entre estar trabajando y estar sin trabajar?

P – No sabría decirte, porque realmente yo no me doy cuenta. O sea, yo esta mañana me he levantao, sé que no tengo trabajo, pero creo que no me afecta. Siempre veo a la gente que está peor...lo único, cuando pasa el día, cuando pasan los días y los días... entonces si no estoy haciendo nada, noto que me falta...el aire.

A – Ahora porque todavía le queda y...creo que entre lo que cobre ahora y lo que cobre en el paro, estará unos meses sin problemas, pero antes, en alguna ocasión, le ha tenido que prestar su padre 50 euros y él no los ha querido coger...

P – Sí, eso me molesta mucho... pero bueno, yo no me martirizo por no tener trabajo. Hay mucha gente, que...Yo intento buscar pero, ¿qué le voy a hacer?

E – ¿Tú cómo la ves?

P – Ella mal. Ella todo lo ve siempre medio mal.

A – No es que yo lo vea, es que todo está mal.

P –Yo le digo: la familia, gracias a Dios, está bien, tú tienes tu paga de jubilación, tu hijo está bien, nosotros estamos, lo único que nos falta es mi trabajo, bueno, y nos sobran dos pastillitas a cada uno (risas)...y ya está, fíjate. No tenemos problemas.

E – ¿Y tu visión cuál es?

A – En este momento, como él dice, yo lo veo todo muy complicado y veo que dentro de poco va a ser...

P – Yo creo que le da miedo pensar que si estoy sin trabajo voy a estar mal y voy a estar mal con ella y a mí no me va a separar de ella la falta de trabajo ni ninguna sensación, ni ningún... Tú por eso tranquila, si ves que me pongo pesado, te das la vuelta, me dejas 10 minutos que me relaje y luego vuelves.

E – Vamos a escucharla a ella.

A – Yo qué sé...ya no voy a ver más Cuarto Milenio. Yo es que tengo mucha intuición y sé lo que pasa antes de que... Me puedo equivocar, pero mientras que esté con la idea de que va a ser así...pues peno, cómo no voy a penar.

Audio 71 (23-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – En un trabajo bien, pero en el que estoy por las mañanas...ahora está la cosa calmada, pero también he tenido lo mío.

E – ¿Sí?

P – Un jefe que me insultaba, me trataba muy mal, me decía que no servía para nada, en fin, muchas cosas. Ahí estoy aguantando porque no tengo otra cosa, pero lo mío llevo.

E – No me diga ¿Sigues ahí?

P – Ya le planté cara y desde entonces parece que está un poquito más calmado, pero he estado 5 años aguantando...Eso es pa mis costillas.

E – ¿No puedes plantearte dejarlo?

P – Es que si me planteo dejarlo no podré estar en la casa de alquiler que estoy, ni podré darle de comer a mi hijo, ni nada. Entonces, digo que mañana Dios dirá. Y así voy.

E – ¿Estás toda la mañana?

P – Toda la mañana.

E – ¿Y luego por la tarde, otro trabajo?

P – Los jueves por la tarde voy 4 horas a limpiar a una ferretería y los viernes por la tarde y los sábados por la mañana estoy ayudando a mi amiga en la peluquería. Ahora mismo la llevo yo sola porque a ella la operaron porque tenía cáncer y está ahora con la quimio. Entonces estoy tirando de la peluquería yo sola.

E – ¿Agobiadilla?

P – Más cargos...

E – Toda la tarde y...

P – Toda la mañana.

E – La mañana de los sábados, porque el resto vas a la oficina.

P – Sí. Y lo que me va saliendo, porque hay veces que si hay más gente en la peluquería tengo que ir otro día... es un estrés continuo. Muchas preocupaciones, me preocupa mucho la gente, me preocupo más de ellos que de mí.

Audio 72 (25-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Hace muchos años trabajé en una pastelería, también trabajé con el padre de las niñas haciendo ventanas de aluminio, pero de esto hace tiempo, tenía a la primera niña nada más, o sea que ya hace tiempo.

E – Muy bien...

P – El año pasado en Octubre terminé de barrer en los parques y jardines del ayuntamiento.

E – ¿Y qué tal?

P – Bien, muy bien.

E – ¿Contenta?

P – Sí.

E – En tu decisión de interrumpir el embarazo, ¿crees que si hubieras tenido una situación económica más favorable, o hubieras tenido un trabajo estable, hubieras tomado la misma decisión?

P – No. Yo quería ser independiente económicamente y con esto no digo ni diré jamás que el es mala persona, pero pretendía que yo me fuese a Las Mesas y dejase a las otras niñas aquí. Y no, es que no, mis hijas son mis prioridades. A lo primero, cuando me lo dijeron, me dio alegría, pero después pensé: si no me llega para los que estamos ¿cómo voy a mantener a lo que viene?

E – Ya...

P – Por la noche empecé a pensar y a pensar...

Audio 73 (27-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Hasta hace un año y medio, el trabajo a mí no me ha pesado y... no me pesa ahora porque me gusta muchísimo trabajar. Lo que me agobia no tener trabajo, me agobia que llegue la hora de la comida y demos sólo 4 comidas estando acostumbrada a dar 200. Entonces en el trabajo estoy agobiada porque no lo hay, pero mejor ahora, porque el tipo de herramienta que se está usando no tiene nada que ver con la que se usaba hace dos años. Ahora mismo me costaría muchísimo trabajo levantar las ollas de 150 litros o 200, como hemos estado haciendo hasta hace año y medio.

E – Ya...

P – Luego, por lo demás... partiendo de la base de que me gusta mi trabajo...pues agotada, porque vas a las 6 de la mañana, abres el bar, atiendes la barra, a las 8 cuando empieza a flojear la barra me paso a hacer mis tapas, empiezo a organizar los menús...Antes tenía una persona que me ayudaba, pero ahora económicamente no se pueden tener más sueldos de los estrictamente necesarios. Pues la semana que me toca abrir, de hecho a

partir de la semana que viene ya me toca siempre, él va a las 8 a por la niña, me la llevo a casa de mis padres o al bar, si ellos no pueden, le preparo su desayuno, la visto... El trabajo bien, si hubiera trabajo, pero muy cansado porque...

E – ¿Ha flojeado ahora?

P – Muchísimo, mucho, la hostelería ha flojeado mucho en nuestro pueblo. Se ha venido todo el campo abajo y la poca industria que había también se ha venido abajo. Es un pueblo que tenía 600 habitantes, pero no es un Tomelloso o un Alcázar, que siempre hay alguien que pasa de paso.

E – Aunque era pequeño tu pueblo, ¿tenía mucho movimiento?

P – Sí, sí. Te digo que tenía mucho movimiento. Yo te digo que he estado dando 200 comidas diarias y por la noche, cenas de 40, 50, 60 personas fijo, eso de lunes a viernes y luego la clientela del fin de semana, luego cuando se acabaron las placas solares, todo eso también se terminó. El campo va muy mal y la gente ya no sale los fines de semana, entonces el trabajo es el mismo en horas, porque tienes que estar allí, pero es tres veces más machacante a nivel psicológico... A mí el no tener trabajo me cansa mucho más que tener trabajo.

E – Claro...

P – Y luego, el incidente que tuve me ha marcado muchísimo. Yo he estado 3 meses sin salir a la barra, simplemente en la cocina. No podía salir a la barra, era superior a mis fuerzas salir a la barra. Ahora ya sí...

E – ¿Estabas sola cuando te agredieron?

P – Sí, sola. La otra chica entraba media hora después y él (su marido) se había quedado en casa con la niña porque estaba mala. Yo me fui antes porque me habían llamado para decirme que había gente que quería bocadillos. Me fui antes por eso, para hacerles los bocadillos, así que le dije a la chica que se fuera un ratito como ya estaba yo. Ella había tenido un día de dolor de tripa y demás y por hacerle un favor me quedé sola... Y sola me llevé el golpe.

E – Así de pronto, ¿empezó a golpearte?

P – Así, de pronto... porque no había tabaco del que él quería y como no era el bar que él se esperaba que era... Le habían dicho que en Cinco Casas los bares los regentaban mujeres y mujeres que... y le dije, pues en este te has equivocado. Además, en el bar había dos clientes, uno era un hombre mayor que empezó a meterse con él y que con el primer empujón lo echó fuera. En la terraza sí que había siete u ocho parejas con sus niños, pero cómo voceaba... A la terraza sí que hay una distancia prudencial... Dije: si yo me lio a llorar o a chillar para que alguien pase, los primeros que van a pasar van a ser los niños, incluida mi sobrina, y qué hago... pero creo que no me hubieran oído desde la terraza, porque entre medias está la cocina y el almacén. Pero sí que fue una pena que en la terraza hubiera mucha gente y en el bar no hubiera nadie.

E – ¿Cómo llevas los dolores y el trabajo?

P – Muy mal. Unos días cantando y otros llorando. Unos días estoy cocinando y sirviendo y estoy llorando... Ahora mismo, sin haber trabajado hoy nada, no siento los dedos. Es tal el dolor que tengo en los dedos y los hombros... eso sin haber trabajado, ya te digo, me mata. Y eso que tengo el mejor colchón del mercado, porque hemos cambiado ya 18 veces de colchón para ver si... y no es el colchón... Luego, la zona lumbar es criminal, lo que pasa que hay veces que me empiezo a tomar y que me drogo, pero así por lo menos aguanto el día trabajando.

Audio 74 (27-09-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – No lo llevo mal... Lo único que pasa es que algunas veces, por mi enfermedad, hablo y parece que me atasco o se me queda la mente en blanco, entonces parece que se quieren reír de mí... me hacen guiños, yo me doy cuenta y eso me afecta. Todo eso me duele a mí.

E – ¿Con tu jefe no tienes problemas?

P – No, no tengo problemas, además está mi tío de encargado. No es que me lleve mal con mis compañeros, pero hay cosejas que no me dan gusto. Que se rían y eso, no me da gusto. Porque todo eso te afecta.

E – ¿Y hablarlo con ellos...?

P – Pues no les he dicho na, pero algunas veces se me pasa por la cabeza. Me dan ganas de decirles que no se rían de mí, pero no se lo digo porque tengo que estar todos los días con ellos, y si se lo dices, discutes... y a lo mejor me dicen que no se ríen de mí, que me mosqueo al contao o cualquier cosa de esas... No les he dicho na, pero no me da gusto.

E – ¿Te gusta ir a trabajar?

P – Sí, a mí sí. He trabajado desde siempre, desde que tenía 12 años. He estado de pintor... Antes echábamos la jornada intensiva de 8:00 a 15:00 h y por la tarde me iba a pintar.

E – ¿Hicieron un ERE, no?

P – Han hecho un ERE.

E – ¿Y a ti cómo te afectó?

P – No, no me ha afectao...

E – ¿Dejaste de trabajar?

P – Dejamos de trabajar. No me dio gusto, pero...

E – Y de tu enfermedad, notaste que empeoraste o mejoraste con el ERE, ¿al no ir a trabajar cómo te sentías: mejor, peor o igual?

P – Si te digo la verdad, no me ha afectao. No ha ido ni a mejor ni a peor, no me ha afectao. No me ha dao gusto, me ha dao más bien coraje no ir a trabajar porque ya estoy acostumbrao a ir a trabajar... Me ha dao coraje, pero ¿qué le vamos a hacer? Si ha venio así la cosa... Por lo menos hemos cobrao paro... no puedes hacer otra cosa.

E – ¿Cuándo empiezas?

P – El martes. El 1 de Octubre, con que no es to lo malo. Tengo una casa que la compré y la estoy pagando y... tengo mi casa sí. Siete años la tengo ya... amueblá, terminá del to y la estoy pagando... Ahora que lo me ha afectao es trabajar como un mulo y... porque esté esquizofrénico que se pitorreen de mí. Y luego el jefe me echaba más trabajo que a los otros, eso lo veía yo, pero no hablaba porque no dijeran que yo echaba mentiras.

Audio 75 (14-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Yo vine aquí por trabajo. Yo no vine para estar en mi casa viendo la tele.

E – Lo entiendo.

P – Yo no me vengo de 600 Km, cuando mi gente está allí. Allí hay poco, pero aquí no es que haya mucho. Aquí quitas tú la vendimia y poco más...

E – ¿Has estado vendimiando?

P – No. Yo he estado cogiendo tilda y ocre (una verdura india).

E – ¿Aquí?

P – No, al lao de Alcázar de San Juan.

E – Y... ¿bien?

P – Bien.

E – ¿Pero ahora ya no...?

P – Ahora mi pareja está trabajando en la vendimia, aunque él antes estuvo conmigo. Lo que pasa es que yo no podía ir a la vendimia por mis niñas, porque tienen colegio y yo aquí no conozco a nadie para dejarlas.

E – ¿Cuántas hijas tienes?

P – Yo tengo dos aquí y dos allí, porque son más mayores ya. Las más chiquitillas tienen 13 y 10 años...

E – A ver si tienes suerte...

P – Aquí trabajo, hay poco. Ahora mi pareja se va Jerez a la aceituna y yo me iba a ir con él, pero tengo que quitar a mis hijas de este colegio pa ponerlas en otro y eso no va a ser mu bueno pa ellas. Además me han dicho, como yo tengo el curso de auxiliar de ayuda a domicilio, que lleve la semana que viene los papeles porque quieren meter gente pa trabajar. Mira, na más que me den eso... yo estoy en el pueblo con mis niñas, además que es una hora razonable para el colegio de los críos y pa to... Así que moverme me estoy moviendo, pero... Es lo que yo te digo, tienes que tener muchísima suerte y yo suerte tengo poca (risas)...

E – ¿Por qué dices eso?

P – Pues no sé, porque no me sale na como yo quiero.

E – Tienes salud, tienes tus hijas, tu pareja...

P – Eso sí.

E – Entonces...

P – No, no, si yo no me quejo. Si miro pa atrás y hay gente peor que yo, pero quiero trabajar en lo mío porque ya hace 5 años que hice eso... no lo hice ayer...

E – ¿Y nada?

P – Allí por mi tierra, no hay nada, ni campo ya, es que no hay nada. Mira, allí de aceituna hay dos días y de vendimia hay uno, y para ya de contar. Y después la fresa, pero hasta febrero o marzo no empieza y tienes que comer... No hay na, es que no hay na.

Audio 76 (14-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Yo soy un hombre que tengo muy poquitas virtudes y algunos defectos. Uno de los defectos que tengo es que he sido muy mujeriego. Se me daba bien.

E – Bueno, aprovechaste...

P – Sí, mucho. A mí casi toda mi vida me fue bien. Me fue bien en todo lo que hice. Destaqué en el deporte, tengo amigos de siempre, de toda la vida...

E – ¿Y en tu trabajo?

P – Mi trabajo fue siempre lo primero. Yo tuve una empresa con mi hermano, nos fue muy bien pero lo hice en el país equivocado. Un día mi ex mujer me dijo: tu primer amor es ASIM, así se llamaba mi empresa, tu segundo amor es ASIM, tu tercer amor es ASIM y después venimos todos nosotros. Y yo le dije: con mi primer amor tienes un automóvil, tienes una casa de 5 habitaciones, 3 baños, piscina, una chica que te ayuda 3 veces

por semana, el jardinero, la cuenta corriente, tarjeta de crédito, nuestro hijo en un colegio bilingüe... todo eso con mi primer amor. Duro pero real. Lo que pasa es que yo siempre prioricé mi trabajo, pero también en función de mi familia. Y lo otro que te conté antes...yo siempre andaba con la escopeta cargada y si pasaba un pajarito y me gustaba, le tiraba, y como tenía puntería le pegaba, pero nunca descuidé mi trabajo. Yo podía tener la mujer más bonita del mundo que me llamara, pero si yo tenía que trabajar no podía quedar con ella.

E – Y ahora, ¿trabajas aquí, en Tomelloso?

P – Sí, de ingeniero. Cuando vine aquí a España, obviamente, no trabajé de ingeniero, sino que trabajé de lo que pude. Pero siempre lo hice con ganas. Yo entiendo que el trabajo es prioritario en la vida de un hombre. El que no tiene trabajo es un ser infeliz. Cuando estaba en Argentina, mis empleados me decían que si me tocara la lotería, qué haría. Yo les decía que haría lo mismo, pero que me compraría mejores máquinas, una mejor nave... el espíritu industrial uno lo lleva o no lo lleva. Vamos a suponer que si me tocara mañana el Euromillón, yo no me quedaría en mi casa o en una playa durmiendo, algo haría. A lo mejor estoy como estoy por ese estrés que Rosa me ha dicho. Yo me tomé una semana en Marbella con mi mujer y pasamos una semana muy linda, pero siempre con la cabeza en el trabajo... y siempre con el móvil encima por cuestiones de trabajo. A veces eso molesta. Ahora estoy cambiando, con mi mujer, la segunda, me llevo bien, la quiero aunque no es un lecho de rosas... Es una mujer que merece que yo la cuide, porque ella es 11 años menor que yo, pero ha tenido tantas desgracias en la vida...

Audio 77 (15-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – El año pasado cayó mi suegro malo con cáncer y el tiempo que estuve con él me animaba. Entiende lo que te quiero decir, lloraba mucho porque me daba mucha lástima que se muriera y todo eso, pero me hacía de valer. Me animaba mucho salir de mi casa y tener un trabajo, o sea tener que cuidar de él, porque así, no me daba tiempo a pensar en nada.

E – ¿Has buscado algo?

P – Por todos los sitios. Me gustaría cuidar a un niño o yo qué sé, cualquier cosa. De limpiar... si tengo que limpiar, me pueden dar de alta porque estoy con medio jubile. Me jubilaron cuando me operaron del túnel carpiano porque no quedé bien. Me dejaron medio jubile, pero no me importaría trabajar en cualquier cosa. Y si no soy yo, que trabaje mi hija, alguna de las dos tenemos que estar activas. Lo que más me fastidia es tener que estar yo limpiando mi casa y verla a ella acostá.

Audio 78 (15-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – Ve contándome si quieres...

P – La verdad es que llevaba resintiéndome ya tiempo y la semana pasada fui a coger una bandeja y ya digo: ¡ay! ¡ay! ¡ay! ¡ay!, lo que me duele! Y ya me iba a descansar y fui a que me hicieran unos masajes y nada. Ya el sábado me incorporaba, pero fue imposible, noté el dolor y tuve que irme a urgencias. Y ya vine a por la baja, porque tenía que justificar los dos días que falté y ya luego me fui a la mutua. Así fue, llevo tiempo ya, pero el otro día al coger una bandeja que a lo mejor pesa 5, 7 ó 10 Kg...

E – Entonces fuiste a la mutua y ¿quién te dio la baja?

P – Me la dio...Lo tiene que poner por ahí

E – ¿Te la dieron ellos?

P – Sí, sí, sí. Me dio la baja la mutua.

E – ¿Y luego te llamaron?

P – Luego me llamaron... El día 2 de octubre me hicieron la resonancia en Madrid.

E – ¿Tuviste que ir a Madrid?

P – Sí, sí. Allí me hicieron la resonancia y claro, seguía dada de baja. Luego ya cuando vinieron los resultados me dijeron que me iban a ver en Toledo y el día 10 fui a Toledo, me vieron y me dijeron que me incorporara a trabajar así, ni más ni menos. Yo le dije que vale, si ustedes lo consideran así. De hecho no tenía idea de operarme si había otra solución, pero no me dijo nada de rehabilitación ni de infiltraciones...nada de nada. Sólo que me incorporara a trabajar, que no levantara peso, que no alzara los brazos...les dije que no estaba en una oficina, que estoy en una cocina. Esa fue la explicación de ellos, me dijeron que al día siguiente me incorporara. Y así ha sido la realidad. Yo aprecio mi trabajo y quiero mi trabajo, no quiero dejarlo porque te despiden y yo no voy a echar cuento. Ahí es lo que hay, pero bueno, por lo menos un poquito...que te traten mejor, porque no somos perros.

Audio 79 (15-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – 60 años voy a hacer en diciembre.

E – ¿Y ha sido autónomo siempre?

P – Siempre. Como soy agricultor, llevo cotizando a la Seguridad Social más de 30 años. Tengo 60 y empezaría a los 28 ó 30 años, o sea ya que llevo unos añejos pagando a la Seguridad Social, sabes. Sin perder un día, porque no soy como algunos obreros con altas y bajas y en el paro... No he tenido na, hasta incluso te digo una cosa, yo no soy un hombre de esos que ha tenido accidentes ni de na. El suplemento ese que se paga más de lo de autónomo, nunca lo he cobrado, porque no me he dao de baja en toa mi vida.

E – *No le ha dolido a usted nada para darse de baja, eso es porque tiene muy buena salud.*

P – Exactamente, no me ha dolido nada. Yo soy uno de los que más paga actualmente en la Seguridad Social. No he tenido ningún día malo, ni ná.

E – *Y cuándo ha estado malo, ¿qué ha hecho?*

P – A lo mejor con dolor de cabeza y to eso, pero por eso no me voy a dar de baja. Ya le digo, yo como soy propietario de fincas y to eso, pues que aunque esté hecho polvo no pido la baja.

Audio 80 (16-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Vamos a montar, si Dios quiere y no pasa nada, un negocio allí, pero yo estar allí no. Sería estar yendo y viniendo, o sea que yo no me voy de España. Yo voy y vengo. Si se monta el negocio, yo tendría allí a un equipo de profesionales que lo irían llevando, entonces una vez iría yo, otra iría mi socio y así. Yo España no la dejo (risas), yo no emigro, yo voy a montar el negocio y ya está. A que salga bien, para tener un futuro. Ya sabes que aquí no...

E – *¿Estuviste ya en junio?*

P – En julio. Tres días o cuatro.

E – *¿Una ciudad grande?*

P – Sí, grande. Lo que pasa eso es que es muy rústico.

E – *¿Muy rústico?*

P – Quiere decir, muy África. Yo cuando llegué dije: ¡madre mía! ¡madre mía! Claro, además dicen que es zona de guerrillas en la frontera con Gambia, cerca de Senegal...y además cuando llegué me recogieron y me preguntaron que qué hotel tenía, y me aconsejaron cambiar a otro por seguridad y tela... Es que además me fui solo, a la aventura.

E – *¿Y cómo se te ocurrió un negocio en Senegal?*

P – Me lo propusieron, me lo propuso mi socio y acepté. Un negocio es un negocio, sea donde sea, lo que pasa es que esa zona es bonita. Y luego, no solo es el negocio, sino que es algo más. Recuerdo que por el tema de la selección había 20 ó 30 niños jugando al fútbol y tela cómo jugaban, sabes. Yo iba con el coche, paré, los estuve viendo y me quedé alucinado, era acojonante cómo jugaban. Luego, ves cosas que dan gusto, pero luego ves otras que dices “adiós amigo”... los cerdos comiendo ahí, la basura, y tal...

E – *¿Puedo preguntarte de qué es el negocio?*

P – *Pues no. ¿Tú por qué me lo preguntas, tienes negocios allí?*

E – *Yo no tengo negocios allí. Yo soy antropóloga...*

P – Te lo he dicho de broma. Los negocios son de construcción, energías renovables, un poco de todo... Cuando tú tienes un negocio y puedes generar un dinero, también estás impulsando un poco la zona de allí. El tema de energía solar...No sé si es verdad, pero según me dicen, el banco americano, el banco mundial o algunos países están apoyando un poco la prosperidad de esa zona. Entonces hay ciertas partidas que van destinadas a todo eso. El tema de potabilización de agua, escuelas, hospitales... La zona, en ese sentido, es virgen para poder hacer todas esas cosas. Lo que pasa, claro, es que tienes que tener los contactos. Es a lo que yo fui.

E – *¿Tu vas por tu cuenta?*

P – Voy por mi cuenta y si ellos quieren, haremos cosas como las ONG. Si yo tengo un negocio allí y me da la gana hacer un campo de futbol allí para todos estos niños, que digo, pues lo voy a hacer. Si me autorizan o me dan permiso...

E – *Bueno, pues nada más. Un emprendedor...*

Audio 82 (16-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – A mí, el no tener trabajo sí que me afecta en el ánimo. Hay temporadas que he tenido más ansiedad y me ha dado por comer o notaba que me faltaba mucho el aire. Sería por la ansiedad, yo qué sé...sería de tanto pensar.

E – *Sí...*

P – Yo creo que me repercute, ya te digo que hay temporadas que estoy...no sé, le das más vueltas a la cabeza y estás peor.

E – *¿Habías trabajado antes?*

P – Sí.

E – *¿Y te quedaste parada?*

P – Sí.

E – *¿Tu pareja tiene trabajo?*

P – No, estoy soltera.

E – *Muy bien...*

P – Vivimos mi hijo y yo solos. Bueno, malvivimos

Audio 83 (18-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Mi marido lleva yéndose a Madrid desde noviembre del 2005, por eso vengo yo a por sus recetas. Nos casamos en agosto y en noviembre le salió el trabajo y empezó a irse a Madrid, entonces a mí me afecta en el sentido de que he criado a mis hijos sola, aunque él, el fin de semana se implica bastante con ellos, pero claro, a fin de cuentas estoy yo sola para solventar cualquier problema que surja. Si un crío tiene fiebre en mitad de semana por un catarro, yo no lo llamo para decirle que el niño está con fiebre, porque si se lo dices, él no puede hacer nada y se siente mal, entonces prefieres no decirle nada y cuando llegue el viernes y lo vea con el moco caído pues...bueno. Los chicos, de más pequeños no lo echaban de menos, porque el fin de semana lo compensaba, pero cuando fueron mayores, recuerdo que algunas veces mis hijos me han dicho con mucha penica que tenían un papá de fin de semana nada más, porque no lo veían. Cuando nació la pequeña, le costó más que nunca irse, de hecho los lunes se levanta a las 04:30 h de la mañana...pero había domingos que le daba la 01:30 de la noche mirando la cuna de la pequeña o cogiéndole la manita. No quería irse a Madrid, le supuso un calvario los primeros años, después, cuando la niña empezó en el cole con 3 añetes, él empezó a llevarlo algo mejor. La pequeña de todos modos lo lleva mal, lo lleva fatal. Yo lo llevo, ya llega un momento en el que te haces y sabes que no hay más vuelta de hoja y... tiras adelante. Encima, como están ahora las cosas, dando gracias porque por lo menos tienes trabajo.

E – *¿Y tu marido cómo lo lleva ahora?*

P – Él se cansa mucho. Se encuentra más cansado por los problemas de las piernas, pero aparte de eso, lo lleva porque sabe que no...¿. Que le gustaría estar en casa? pues sí, pero no puede.

E – *Claro, hay que ganar para comer.*

P – Ellos te pagan según nómina, lo que pone en nómina es lo que te pagan, pero luego a lo mejor te dicen: te voy a dar 200 euros más, o te pago la pensión para que no tengas tú que pagarla de tu bolsillo, pues entonces la empresa ese dinero que te iba a dar, ya no te lo da, lo dedica a pagar la pensión.

E – *¿Pero, qué pensión? No te entiendo.*

P – Los días de semana tiene que pagar una pensión para poder dormir.

E – *Ah, ya te comprendo.*

P – Es decir, la pensión es donde duermen o donde comen. Entonces, qué sucede, pues que si pierden un día de trabajo es un día que no cobran, así, tajantemente. Aquí también, en Tomelloso. Mira, las fiestas son en el mes de agosto y la semana de la feria pues no se cobra. Son las únicas vacaciones que tienen mayoría de los trabajadores de aquí de Tomelloso y no se cobra, no las obra ni Dios.

E – *¿Y las vacaciones de tu marido?*

P – No existen. Tú trabajas, así están las cosas. A ver, yo sé que ustedes hacen sus estudios, tienen sus trabajos, pero es que el mundo real no lo ve nadie, sólo ven la capa superficial, lo que estipula la ley, punto. Pero no ven la capa de abajo y la capa de abajo es la que de verdad duele, porque esa es la capa donde ves las injusticias. Yo lo estoy viendo en el caso de mi hijo y de mi marido. Mi hijo tuvo un accidente de tráfico, le dieron una minusvalía porque tuvo una rotura en la pierna, de tibia y peroné. Le pusieron hierros, se los tuvieron que quitar porque tenía intolerancia, los rechazaba y entonces la pierna no le quedó bien y le dolía. Según el traumatólogo esa pierna iba a estar en dos años como nueva, que no se preocupase porque iba a poder hacer su vida normal y mi cuñado como es el que tiene la empresa, porque le dejaron una paga de invalidez de un 33% que era como media jornada, le dijo que le daba de alta como a media jornada y eso hizo. Como en enero le hicieron la revisión de la invalidez en la Seguridad Social, vieron que ponía en el trabajo pintor y le dijeron que según el informe del traumatólogo tenía la pierna bien y entonces, le quitaron la media pensión

E – *¿Pero está bien tu hijo?*

P – No está bien, tiene un trombo. El cirujano nos ha dicho que ese trombo él no lo opera porque corre el riesgo de que en el momento en el que le pongan la anestesia, ese trombo se vaya hacia arriba o hacia abajo. Yo no sé cómo funciona eso, dijo que como mal menor, podía llegarle a la cabeza y como mal mayor, le podía llegar incluso al corazón o al pulmón, entonces él no lo opera.

E – *Ya...*

P – Mi hijo le dijo que había pensado en sacarse el carné de camionero o la licencia de taxista y el médico le dijo que lo podía hacer siempre y cuando estuviera una hora conduciendo y una hora andando. Sólo podía trabajar en eso si compensaba el tiempo de conducir con el tiempo de andar. Mi hijo le dijo que qué hacía con su vida entonces, porque en lo único que había trabajado había sido en los albañiles, pintando, con los camiones y en cosas del aluminio. Son las cuatro cosas que sabe hacer la criatura y no las puede hacer. El cirujano le dijo que podía hacer natación como deporte... él practicaba taekwondo y ya no lo puede hacer. Este

verano, un domingo vino su novia, su cuñado y la novia de su cuñado para ir a la piscina a nadar, pero tampoco lo puede hacer muchas veces, porque la piscina de Tomelloso se llena de gente en verano. Se fueron a la piscina a nadar un poco y al día siguiente tuvimos que ir a su médico porque tenía toda la vena marcada. Nos dijo que la natación tampoco podía, porque se le podía reventar la vena y... claro, en cuanto el corazón bombea más rápido se le hincha. Pasamos el Tribunal Médico y según le dijeron no tiene nada para recibir nada, o sea que según ellos, puede trabajar perfectamente. Su antiguo jefe lo ha llamado para trabajar y antes de ayer vino con la pierna amoratada e hinchada. La pierna de mi hijo era como la cintura de mi hija de 8 años, vinimos a su doctora y le dijo lo mismo, que no podía hacer nada. Nos ha mandado al fisio para que pueda mirar las limitaciones, porque como la rodilla se le hincha también y le cuesta doblarla y estirla del todo... nos dijo que el fisio valorara la limitación que tiene. Es lo único que podemos hacer. Y hoy se ha vuelto a ir a trabajar, pero yo se lo digo, que esto mi hijo lo va a pagar.

E – Entiendo...

P – Con el sueldo de mi marido, no podemos mantenernos cinco personas y a una hipoteca. Son 1100 euros lo que cobra y ya te digo, el día que no trabaja...

E – ¿Tu marido cobra 1100 euros?

P – 1100 euros.

E – Me has dicho que lleva fuera 28 años.

P – Sí, 28 años fuera.

E – ¿Le han bajado ahora el sueldo con la crisis?

P – No, es que desde hace 8 años no se lo han subido. Eso es lo que yo te digo, que se ve que a los de arriba... los sueldos sí se los han ido subiendo cada año. El año que nació mi pequeñaja le subieron 50 euros más y se quedó con 1049 ó 1149 euros, depende de si son 30 días o 31. El mes de febrero es gracioso, porque son los 1000 € raspaos, 971. Ya te digo, cuando nació mi hija le subieron 50 euros y ya, y mi niña va a hacer ahora los 9 años. Desde entonces no ha tenido subidas de sueldo.

E – ¿Y no tiene derecho a las vacaciones del verano?, ¿se las pagan?

P – No. Las coges si quieres, pero ya has cobrado.

E – ¿No se las pagan?

P – No. Sí, se supone que en nómina te las van pagando, pero de esos 1100 euros le vas quitando los 50 que te correspondan por las vacaciones... pues...

E – Tú me dirás...

P – Es así como está el tema. No se puede hacer absolutamente nada.

Audio 84 (18-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Yo trabajaba en la vendimia, pero ya se ha acabado, se acabó ayer al mediodía. Al principio mi trabajo consistía en recoger uva en unos cubos cortándola de lo que es la cepa. Luego me pasé a cubero, tenía que recoger los cubos llenos de uva y llevarlos al remolque, donde hay una pala en la que los echas y la misma pala lo vuelca en el remolque. Esta pala la va moviendo el tractor, pero también hay veces que tienes que cogerla y empujarla un poco. Algunas veces la pala se baja o se sube automáticamente y tienes que hacer un sobreesfuerzo porque tienes que empujarla y ponerle una cadena para que se te quede colgada y... así sucesivamente. Ese es mi trabajo, ha habido días que si se bajaba, por ejemplo la pala y yo la estaba empujando, me notaba un dolor en la espalda... casi mayor que cuando llevaba los cubos.

E – Cuando vendimias te duele la espalda.

P – Sí, bueno. Y los riñones también...

E – Yo he vendimiado.

P – Ese no es el problema. El problema está cuando tienes un pinzamiento que te está jodiendo y sigues con el sobrepeso. Hay cubos que los cargan muchísimo y al volcar tantos kilos... Tú puedes ser muy burro y aguantar el dolor, pero llega un momento, como me ha pasado a mí, que el pinzamiento... era como si me estuviesen clavando ahí una estaca o un puñal por detrás, del dolor que tenía y eso ha sido lo que me ha pasado a mí. A parte de eso, el día que estuve con las espuelas, fue cuando me noté el tirón, fue como si un hilo te tirara fuerte, eso fue lo que yo noté, pero no le di importancia, como no le he dado importancia a otros golpes que me he podido dar. No pasa nada, hasta que al final acabas haciendo el burro y por no decir me he hecho daño o tal... te jodes. Está el trabajo tan mal que no quieres quedarte sin trabajo ni que piensen que... y... bueno, pues por eso ha llegado un momento en el que me ha pasado esto. Yo, las tres cosas que pasaron las dije ese mismo día... mi error ha sido ese.

E – ¿Y, qué ha pasado?

P – Pues que he llegado a la mutua y... del dedo no me hicieron ni caso. Yo les dije que el dedo no lo tenía roto, pero que no lo podía cerrar, que lo tenía inflamado y me dolía. No me hicieron ni caso por lo del dedo, porque encima en el papel de la gestoría donde me pone lo que me ha pasado... la chica me dijo que lo del dedo y lo del ombligo daba igual...

E – Tú has terminado de vendimiar pero... ¿influye en tu estado de ánimo esta situación?

P – Hombre, que no me haga caso me repercute... Yo sé el esfuerzo que he estado haciendo, sé lo que he estado aguantándome de dolor, sé que no he querido decir nada...eso lo sé yo mejor que nadie, porque soy yo el que lo ha pasado. El error mío ha sido haberme estado callado. La realidad es que en ese momento no me sentí atendido porque parece como si les estuviera mintiendo. Cuando ya me he puesto un poco más serio y les he dicho que...ya es cuando me han hecho más caso y me han dicho que es laboral. Claro, es que él me dice que lo del tejido de aquí es por la operación que he podido tener de antes...

E – *¿En qué vas a trabajar después de la vendimia?*

P – Ahora mismo en nada. No tengo ningún tipo de trabajo.

E – *¿Y antes de la vendimia?*

P – Antes no estaba trabajando tampoco.

E – *¿Estás parado?*

P – Sí, estoy parado. Trabajo de lo que me sale.

E – *¿Y sale, o no sale?*

P – Pues no sale. Hombre, he limpiado algún cristal por algún sitio y bueno, ya está. Y antes de trabajar de esto, he estado de reponedor.

E – *¿Y cómo vives?*

P – Mi madre me ayuda en lo que puede. Me va mandado dinero para pagar la casa y tal...también he pedido ayuda a Cáritas, porque no he tenido para comer y me han dado alimentos...también tengo unas amistades que me ayudan. No estoy en una situación muy buena, por eso te fastidia aún más que ahora mismo te pase esto.

E – *¿Tienes hijos?*

P – No.

E – *¿Estás con tu mujer?*

P – No, no tengo pareja.

E – *Entonces, te ayuda tu madre a ir tirando.*

P – Más o menos. En lo que puede...

E – *¿De su pensión?*

P – Sí.

E – *¿Y cómo te afecta a ti eso?*

P – Me afecta bastante. No me hace gracia que con 36 años, mi madre me tenga que estar ayudando, cuando ella bastante tiene...

E – *Ya. Me lo imagino.*

P – Sí...

E – *¿A cómo han pagado este año el jornal de vendimia?*

P – Pues no lo sé, porque todavía no he cobrado.

E – *¿Y no os han dicho nada?*

P – Mira, yo sé que ayer se reunieron en un bar, pero no sé cuánto...

E – *O sea, la gente va a vendimiar pero no sabe lo que va a cobrar...*

P – Sí. Sabes que te van a pagar por kilo a 6 pesetas y media, pero yo no sé cuantos kilos en total se han recogido ni nada. Pero bueno, me fio, creo que me van a pagar lo que me tienen que pagar.

E – *Y en la mutua, me comentaste que...*

P – Una chica en la mutua me explicó que quería que le dieran el alta aunque tenía un esguince. Yo le dije que eso le repercutiría en su salud y que lo mejor sería que le miraran bien la pierna para saber lo que tenía y para recuperarse bien. Ella me dijo que la habían cogido 3 meses en el ayuntamiento y le quedaba uno y que no podía permitirse... pero ella corría el riesgo de... por ejemplo, romperse el tobillo si seguía trabajando con la pierna mal. Yo creo que la salud está antes de...Mira, yo he hecho el idiota, el burro, me he estado esforzando y al final me he acabado haciendo daño. Hasta qué punto llegamos las personas por la situación que tenemos, por cómo estamos o porque no tenemos dinero ni para comer, ni para nada. Yo pienso que nos estamos explotando nosotros mismos.

E – *Llegamos muy lejos...*

P – Y luego encima, te ves como yo ahora. Me van a tener que operar, no voy a poder trabajar ni buscar trabajo, voy a tener que estar sin cobrar y me van a tener que estar manteniendo. ¿Hasta dónde he llegado?

E – *Sí...*

P – Lo veo así y eso es lo que me fastidia. No es la primera vez que hago este tipo de cosas en un trabajo. Además, soy una persona que me cuesta... porque soy transexual. Y siempre parece que he tenido que demostrar más en muchos trabajos. Alomejor es mi pensamiento o mi formad de pensar y de verlo...Me he tenido que esforzar el doble y no me ha servido de nada porque alomejor ese esfuerzo no te lo han valorado como te lo tenían que valorar. O te han pasado cosas y han pasado desapercibidas. O sea que...

E – *¿Por qué te has tenido que esforzar más por ser transexual? No entiendo por qué.*

P – He intentado demostrar que yo valía. Yo pensaba, alomejor, que me iban a ver como más débil...Yo he ido a trabajos y siempre he ido a por todas. Me daba igual lo que pensara esa persona o lo que dejara de pensar, pero he ido con mi verdad... Yo les he dicho que soy transexual aunque no tenía por qué explicárselo...

E – Claro que no. ¿En tu D.N.I qué pone?

P – Ahora pone José, pero he estado bastantes años que no lo ha puesto. Entonces, yo quería que me trataran como yo me siento, como yo soy... Pero tenía que explicarlo porque podía parecer que estuviera engañando a esa persona porque en tu D.N.I pone tal... Yo iba con mi verdad, con lo que es... Encima en las entrevistas de trabajo ves el cambio en la cara de la persona y que te dice que ya te llamaremos, pero sabes que no te van a llamar nunca en la vida. Otras personas que me he encontrado sí han sido agradables, me han tratado bien, me han entendido y me han aceptado porque, en realidad, sigo siendo una persona como cualquier otra... Pero sí que te dificulta en el trabajo, con tus compañeros... Yo en algún momento he cogido hasta depresión porque he tenido personas que en mi trabajo no me han tratado bien...

E – Pero ahora tú eres José porque en tu D.N.I pone José.

P – Sí.

E – ¿Por qué tienes que ir dando explicaciones?

P – Yo ya no voy dando explicaciones como antes... Esto es como todo, aprendes con el tiempo y con las cosas que te van pasando.

E – Tú lo que me dices es que te esfuerzas más por ser transexual y eso me ha resultado chocante...

P – No ahora mismo (en esta vendimia), pero sí a lo largo de mi vida laboral. He intentado esforzarme lo máximo posible en mi trabajo, ser competente, ser una persona que trabaja y que vale. No que me tengan que rechazar por ser esto... A eso me refiero.

E – ¿Con los médicos bien?

P – Sí, con los médicos no he tenido ningún problema.

E – Ahora mismo, ¿qué expectativas laborales tienes?

P – Ahora estoy pendiente de... Tengo unos amigos que venden cigarros electrónicos para dejar de fumar y me han ofrecido ser comercial de estos cigarros. Y bueno, esa es por ejemplo una alternativa que yo puedo tener. A parte de esto voy al ayuntamiento, como he ido hoy, con la expectativa de que si hay una bolsa de trabajo me pueda apuntar. Yo lo que quiero es trabajar, estar bien y hacer una vida normal como la pueda hacer cualquiera. Yo como cualquier persona o ciudadano... Somos felices teniendo lo mínimo para comer, para tener un techo... Y ya está.

Audio 85 (21-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – ¿Te queda ya muy poquito, no?

P – Sí. Me quedan 9 semanas para dar a luz.

E – ¿Cómo estás tú?

P – Yo echo de menos a mi pareja.

E – ¿En casa estás bien?

P – Sí, con mi madre y mis hermanos genial.

E – ¿Cuándo cumples los 21?

P – El 27 de septiembre.

E – Me has dicho que eres demandante de empleo.

P – Sí.

E – ¿Y tu madre trabaja?

P – No, está en paro.

E – Me has dicho que tu madre está separada.

P – Sí, lleva 14 años separada.

E – ¿Cuántos hermanos tienes?

P – Éramos 5. Uno murió hace año y medio...

E – Lo siento.

P – Y me quedan mis dos hermanos, mi hermana y yo.

E – Y ahora para todos una sobrinilla...

P – Una sobrinilla.

E – ¿Con qué os mantenéis?

P – Pues mi madre cobra 400 euros y con eso hay que pagar todo. Gracias a Dios tengo a mi familia que me está ayudando mucho...

E – ¿Tu familia?

P – Sí. Mi tía, mi otra tía, mis amigas... Me están apoyando en todo. Gracias a todos tengo ya las cosas de mi hija, si no... no las podría tener.

E – ¿Tienes todo preparado?

P – Todo. Entre mi abuela, mi tía y mi prima, me han regalado la cuna y me han comprado muchas cosas para la chica. Mi amiga me ha regalado su carro porque sabía que yo no tenía. Mi otra tía me ha regalado el moisés, ropita... de todo. Mi madre lo único que se ha gastado han sido 70 euros en cosas para la chica.

E – ¿Te apoya tu madre?

P – Mucho. Desde que le dije que estaba embarazada, ella no quería que abortase. Estaba en Almería viviendo, llamé a mi madre, y me dijo que me viniera para casa, que me iba a cuidar. Y así hice; me vine de 2 meses y medio...

E – *¿Trabajan tus hermanos?*

P – No. Acaban de terminar en los melones.

E – *¿Ahora?*

P – Hará una semana o así...

E – *¿Y ahora ya no hay vendimia?*

P – Ya no tienen nada. Ni paro, ni ayudas ni nada...

E – *¿Son demandantes de empleo?*

P – Sí.

E – *¿Has planteado tu situación en algún centro social o en algún sitio?*

P – Me han dicho que como vivo con mi madre, no me dan ayudas.

E – *Pero si tu madre sólo ingresa 400 euros*

P – Le dije a la asistenta social que mi madre no trabajaba y mis hermanos tampoco. Y que yo iba a tener una hija... pero me dijo que al estar empadronada en casa de mi madre, me tiene que mantener ella.

E – *Ya, ¿pero cómo?*

P – ¿Qué cómo me mantiene? pagando casa, luz, agua, gas, comida...y yo con lo poquito que me saco peinando por las casas...

E – *¿Peinas por las casas?*

P – Sí. Tengo mi título de peluquería, algunas veces me llaman y me saco 5 ó 10 euros. Buenos son, yo se los doy a mi madre o voy al Lidl y compro comida...

E – *Me han dicho que sacaron gente para limpiar y todo eso en el ayuntamiento. No sé...*

P – Sí. Lo he echado también.

E – *¿Lo han sacado?*

P – No, todavía no lo han sacado.

E – *¿Y tu madre?*

P – Mi madre, como está de la cadera, tampoco puede...

E – *¿Qué le pasa a tu madre en la cadera?*

P – Tiene desgaste.

E – *¿Y no puede trabajar?*

P – No, se cansa enseguida al andar.

E – *¿En nada?*

P – Le han infiltrado dos veces ya. Y está a la espera, porque a lo mejor la tienen que operar.

E – *¿Cuántos años tiene tu madre?*

P – 54 años.

E – *Es muy joven. ¿Qué tal está de salud?*

P – Bien, está bien. Empezó a enfermar a partir de la muerte de mi hermano. Le bajaron las defensas, tenía dos hernias discales, la cadera mal y una fascitis plantar, pero por lo demás de salud está bien.

E – *¿Qué le pasó a tu hermano?*

P – Un infarto.

E – *¿Cuántos años tenía?*

P – 30 años. Iba a hacer 31 años. Se lo encontraron muerto allí en Lorca.

E – *¿Estaba trabajando?*

P – No. Él era ocupa y se lo encontraron allí.

E – *Muy duro para todos. Muy duro para toda la familia.*

P – Yo a partir de ahí dejé mis estudios, me quedé embarazada por primera vez, aunque aborté porque estábamos incluso peor que ahora de dinero. Ya dejé los estudios, conocí al chico este, me fui allí con él y fue cuando me quedé embarazada. Y ya dije que no abortaba. Me dijo mi madre: os he sacado a los cinco sola y ahora que somos los cinco grandes vamos a poder cuidar a una chiquitina. Ya buscarás tú trabajo de algo. A ver...

E – *Ya...*

P – Así que yo cuando tenga a la chica, buscaré algo.

E – *A ver si te sale.*

P – ¡Ojalá!

E – *Y tus hermanos, ¿qué posibilidades tienen de encontrar algo?*

P – Mi hermano David esta semana está en Quintanar echando currículos para los bares, porque él es camarero y también pintor. Mi otro hermano también está echando por aquí. Están echando por todos los lados.

Audio 86 (23-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – Me comentabas que estabas en una empresa a turnos. Cuéntame un poco si crees tú que te afectan los turnos.

P – Anoche precisamente trabajé. Mira qué hora es ya y todavía no me he acostado, porque tengo que venir aquí y demás, entonces hoy posiblemente ya no duerma hasta mañana. Y luego el horario de comidas es igual, cuando trabajo de mañanas comes tardísimo, cuando trabajas de tardes comes muy temprano y cuando trabajas de noche tienes que comer también, con lo cual a la mañana te acuestas y me levanto ya sobre las 5 de la tarde. Entonces llevo unos desajustes... en cuanto hago 2 ó 3 noches seguidas, luego me tiro otras 2 ó 3 noches que no duermo porque me desajusto.

E – ¿Cómo son los turnos?

P – Son de 8 horas. No hay una rotación equilibrada, normalmente suelo hacer 4 mañanas de 8 horas, luego hago 2 tardes y 2 noches, luego descanso 2 ó 3 días, pero no siempre es así. Por ejemplo, hay veces que, por circunstancias, estoy trabajando de noche y luego tengo que trabajar de tarde. No siempre es la rotación esa.

E – Es decir, que eso puede variar.

P – Sí, es muy aleatorio.

E – Me has dicho que te afecta al sueño.

P – Me afecta al sueño y también a las comidas. Hay mucho desajuste, además tengo problemas de estómago y de otras cosas... Con la ambulancia estaba igual porque hacía guardias también y lo mismo trabajaba de día que de noche. Hacía muchísimos kilómetros, porque antes aquí en Tomelloso no estaba el hospital y tenía que hacer muchos viajes a Manzanares, a Alcázar o a Ciudad Real. Te tirabas toda la noche conduciendo y luego te tirabas todo el día durmiendo, con lo cual no comías o comías cuatro guarrerías.

E – ¿Tienes hijos?

P – Sí, tengo una niña.

E – En el aspecto familiar, ¿te afecta?

P – Sí, además muy negativamente. Estoy separado, tengo a la niña nada más. Hombre, la causa de mi divorcio no es eso, no es directamente eso, pero sí es indirectamente. Cuando hacía las guardias de la ambulancia, pues no dormía con mi mujer y siempre me decía que cuando ella estaba durmiendo yo estaba trabajando; y al revés, cuando yo estaba durmiendo, ella estaba trabajando. Casi nunca coincidíamos.

E – ¿Cuántos años llevas así?

P – Unos 13 años.

E – ¿No tienes otra posibilidad?

P – Ahora mismo no. Y gracias que hay esto.

Audio 87 (24-10-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

E – Me comentabas que estás buscando trabajo.

P – Sí.

E – ¿Has echado algún currículum por ahí?

P – Por todos los sitios. Me he movido hasta por fuera de Tomelloso, por pueblos de alrededor y hasta por Madrid.

E – ¿Te has inscrito en la bolsa del hospital?

P – Sí. Pero está muy difícil.

E – ¿Lo ves complicado?

P – Aquí en España sí. Si veo que en unos años sigo así, pues me tendré que ir fuera. Eso es así.

E – Mi hijo mayor está igual que tú.

P – Es que no encuentras. Y lo que encuentras te tienen explotada o te pagan una miseria. No merece la pena irte a penar. Mira, este septiembre me he ido a vendimiar y lo que vaya encontrando lo voy cogiendo, pero no tengo nada estable. No puedo tener una casa, un coche o lo que quiera yo... Nada, que no.

E – ¿Cómo te afecta esto?

P – Me afecta mal. Estoy siempre pensando qué va a pasar o qué va a ser de mí. Es verdad, lo piensas. Mira, mi padre también ha estado en paro, todos en mi casa estamos en paro. Eso te genera todavía más ansiedad, porque piensas qué es lo que va a pasar. Esto está muy mal.

Audio 89 (05-11-2013). (E = Entrevistador; A 1= Acompañante; A 2= Acompañante 2).

A1 – Puede que le llegue a dañar el riñón, bueno e incluso se lo tengan que extirpar... No puedes esperar dos años a ver... Y es que está de contino, estamos en urgencias que nos van a tener que poner una cama allí...

A2 – ¿Tú sabes dónde hay que ir para reclamar?

E – ¿Dónde se puede ir para reclamar?

A2– Si sabemos que podemos ir al hospital a reclamar, el problema es que ellos se quedan con la carta y la archivan. Hay casos que son más urgentes que otros, pienso yo. Tienen que tener un baremo de mirar las cosas, por ejemplo, a la gente joven con enfermedades complicadas, que pueden ir a peor podrían darle prioridad.

E – Tienen toda la razón. Desde mi punto de vista, tiene toda la razón.

A2– Eso no es complicado si tienen un señor ahí evaluando los temas...porque 2 años de espera a 5 cinco consultas al día... tienen 5000 personas de espera en urología.

E – ¿Cómo se llama su hija?

A1 – Beatriz. Tiene 24 años y ya le han dicho que tiene un riñón que no vale, que no funciona.

A2 – Yo creo que eso es un tema bastante prioritario.

E – Sí, tienen toda la razón.

A1 – Por lo visto el urólogo viene muy poco.

E – Muy poco, una vez a la semana.

A1 – Una vez a la semana dijo anoche el de urgencias.

A2 – Nos están haciendo, como a los judíos, la solución final. Van a acabar con nosotros y a empezar de cero. Les da lo mismo...acaban con nosotros y se quitan a gente.

E – Usted me preguntaba qué es lo que se puede hacer. Yo pienso que sí, que hay que hacer algo.

A2 – ¿El qué? salir a protestar a la calle y esas cosas... No sé lo que se puede hacer.

A1 – El caso es que la doctora de medicina interna nos dijo que teníamos que poner una reclamación tras otra, que ella tenía mucha presión por todo esto. Pero claro, no tenemos cita todavía, la cita te la pueden dar el mismo mes que la vayan a ver, pero si tienes que esperar dos años para reclamar...entonces, fuimos y pusimos una reclamación sobre el volante, pero tampoco nos dijeron que nos iban a dar una solución...

E – Yo entiendo a su marido...

A1 – Estamos ya un poquito...Llevamos con la cría ya tres años largos y no puedes estar así siempre. Porque vas a urgencias, la atienden, le ponen sus calmantes, se le va el dolor, pero el problema está ahí... el problema lo tiene. Le han estado haciendo pruebas, pero ahora ya está sin nada hasta que la empiece a ver el urólogo.

E – Yo desde luego, tengo hijos y sí que procuraría hacer algo. Su hija tiene 24 años y con lo que usted me dice, tiene que verla el urólogo, y ya está.

A2 – ¿Denuncias? Denuncias y es igual ¿Te metes por la puerta a las malas?

A1– Es que por las malas no puedes ir...

E – Usted puede hacer lo que se le ocurra teniendo en cuenta sus circunstancias. Aquí la gente hace de todo, algunos se lo llevan a un particular, otros...

A2 – Es que si te vas a un particular, al final te van a derivar a aquí...

E – Seguramente.

A2 – Y cuando llegues aquí de un particular, te van a poner mala cara. Particular o de pago, al final vienes a parar a aquí. Nos vamos a presentar en urgencias de Alcázar, en el urólogo, y les vamos a decir que nos la miren

Audio 90 (05-11-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Tengo una floristería, estoy trabajando. Me he estado poniendo lo que me han dicho para mejorar y llevo desde este invierno. Llevo ya casi...con un dolor que se me ponía...

E – Pero aquí te pone reposo.

P – Lo que yo le he dicho a la doctora, deme la baja, pero me dijo que me tomara la medicación. A ver qué hago, ¿tú sabes cómo he tenido que estar estos Santos? ahí sentada en un taburete, con el miedo de no poder terminar mis encargos...tela, lo que yo he pasado con el trabajo. Y con miedo de no poder responder y sabiendo que trabajar me perjudicaba. Tela...

E – Pero si estuvieras de baja, tampoco podrías haber...

P – No. No podría haber cogido los encargos. Hubiera tenido que estar de baja y no podría haber hecho este año Los Santos.

E – Si Rosa te hubiera dado la baja, ¿hubieras estado de baja realmente en tu negocio durante Los Santos?

P – Pues sí, no podría haberlos hecho. Si a mí me mandan reposo, me tienen que dar la baja, pero no me la han dado, y llevo así... tela marinera, los pasos que voy a dar. Otra reclamación, para ver si me pueden adelantar la cita del traumatólogo, por que tengo algo ahí, porque ya tanto tiempo...

E – ¿Coges peso y esas cosas?

P – Procuro no coger peso, pero son centros, y eso... A mí me lo traían todo, porque no podía agacharme...por eso te digo, he estado hasta última hora con el miedo de si los podría hacer o no.

Audio 91 (19-11-2013). (E = Entrevistador; P = paciente).

P – Yo de primeras trabajaba en el campo. Trabajamos mucho y estábamos siempre mu mal comios, mu mal vestios y mu mal de to.

E – *¿Con qué edad estaba trabajando en el campo?*

P – Con 16 años ya estaba recogiendo sarmientos y collejas, eso no lo ha conocido usted, para que mis padres y los otros comieran. Luego ya, en lo que podía...

E – *¿Pero siempre en el campo?*

P – No. Cuando me casé, vi que el sueldo que ganaba en el campo, 300 pesetas por entonces, era poco. Entonces me fui a Madrid ganando 1100 pesetas en las autovías. El caso es que el tío que había allí nos engañaba diciéndonos que nos iba a dar una prima, y nosotros allí picando con martillos de 50 kilos, no crea usted que...

E – *Ya...*

P – Una mañana yo me enfrenté a él y le dije que era un sinvergüenza porque no cumplía con su palabra. Me fui de la empresa y luego estuve en otra 7 u 8 años hasta que dio en quiebra.

E – *¿En esa empresa estaba usted trabajando de albañil?*

P – Sí, para las cosas de la construcción, del hormigón, puentes y to eso. Luego ya me fui a otra empresa a Manzares, pero el jefe era un golfo y no nos pagaba, así que nos tuvimos que ir. Después he estado en varias empresas, he estado 12 años en Murcia con la cosa de los puentes.

E – *¿Ya tenía a sus hijos?*

P – Si, hombre.

E – *¿No se ha resentido usted de tanto trabajo?*

P – Alguna veces me daba lumbago y en Murcia me tuvieron que ver los de Asepeyo.

E – *¿Y qué le decían en Asepeyo cuando le daba lumbago?*

P – Me preguntaban qué trabajo tenía, entonces yo estaba de capataz. Me dijeron que tenía la columna desviá, y que por me duele tanto, buenos y algunas hernias del peso...

E – *¿Pero siguió usted trabajando de lo mismo?*

P – Claro. Después estuve en Parla haciendo la estación. Cuando tenía 60 años, ya me retiré.

E – *¿Por qué se retiró?*

P – Porque ya estaba gastao del to.

E – *¿No pusieron problemas para jubilarlo?*

P – No. Además que yo no he disfrutado en mi juventud de mi mujer ni de mis hijos...

E – *Bueno...*

P – Estuve dos años en el paro. Cuando llegué a los 60 años cogí a un abogado y me jubilé.

E – *¿Y a su mujer qué le pasa?*

P – Los huesos, las rodillas...

E – *¿Trabajaba su mujer?*

P – No, nunca ha trabajao.

E – *¿Usted es el que se encarga de hacer las cosas de casa?*

P – Hombre, ella algunas veces me ayuda en lo que puede, por ejemplo a guisar, además tenemos una casa mu grande... Hace 2 ó 3 años echamos para eso de que te manden una mujer, pero no nos han hecho ni caso.

E – *Vaya...*

ANEXO 13. INFORME PSIQUIATRÍA.

INFORME PSICOLÓGICO

La paciente está siendo atendida en esta USM (consulta de psicología y psiquiatría) por un trastorno depresivo mayor , episodio único , asociado a estresores crónicos en el contexto laboral y síntomas de estrés postraumático. Ha sido vista por última vez el 2 de Abril de 2013 y la próxima cita pendiente para la consulta de psicología es el próximo 28 de Mayo de 2013.

La información que se suscribe es la relativa a la evolución clínica informada por la consulta de psicología .

Tras la última entrevista mantenida con la paciente , la paciente nos informa de oscilación sintomática , intercalándose momentos de estabilización anímica con otros momentos de reagudización de síntomas de ansiedad , preocupación , alteraciones del sueño , alteraciones de tipo mnésico y atencional , en consonancia con el momento que atraviesa (nos refiere que ha pasado tribunal médico y nos transmite incertidumbre , angustia y preocupación sobre los resultados que se arrojen de esta evaluación en lo referente a una posible reincorporación laboral) .

La evolución clínica se mantiene tórpida , en parte , como se ha señalado en informes previos , debido al alargamiento en tiempo y forma del proceso judicial abierto y aún no resuelto , en el contexto laboral , lo que impediría la adaptación situacional .

Desde un punto de vista clínico consideramos que la paciente está reforzando favorablemente sus estrategias de coping frente a la situación.

Impresión diagnóstica :

- Trastorno depresivo mayor , episodio único , asociado a estresores crónicos en contexto laboral
- Síntomas de estrés postraumático

Se elabora el presente informe clínico – psicológico a petición de la interesada y para que conste a los efectos oportunos donde proceda ., NO

a petir. de Insipar.

Tomelloso, a 9 de Mayo de 2013

Fdo:
F.E.A. de Psicología Clínica

ANEXO 14. INFORME DEL PSICÓLOGO.

 Hospital General de TOMELLOSO	 sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha	N.º H.ª CLINICA : 249312 CIP: LPLL590165911012 1º APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEXO: Mujer EDAD: 54 Años FECHA: 20/03/2013

INFORME PSICOLÓGICO

Dña _____, acude a esta Unidad de Psiquiatría y Salud Mental desde el 5 de Febrero del 2010. Derivada desde AP para valoración e intervención por presentar síntomas sugerentes de la presencia de un trastorno adaptativo con sintomatología mixta ansioso – depresiva en el contexto de problemática laboral. La paciente se encontraba en situación de incapacidad laboral transitoria por dicho motivo desde un mes anterior a la fecha de la primera consulta.

De la primera entrevista mantenida con la paciente y según aparece recogido en su historia clínica, se observa la presencia de sintomatología ansioso-depresiva en forma de tristeza, apatía, irritabilidad, tendencia a llanto fácil, disminución de apetito, preocupación y dificultades de concentración, fundamentalmente relacionada y, según refiere la paciente, con vivencias de estrés psicológico en el ámbito laboral (describe una situación de acoso con insultos y humillaciones) y con dificultades de manejo personal de la mencionada situación (actitud inhibida ante conductas de agresividad verbal, hiperresponsabilización ante actividades laborales etc...).

Ante dicha situación y las secuelas psicológicas originadas- malestar emocional en forma de ansiedad, depresión, rabia e impotencia - la paciente interpuso una denuncia que dio pie a un proceso judicial aun no resuelto con demanda de rescisión del contrato laboral e indemnización.

Actualmente sigue tratamiento farmacológico-psiquiátrico e intervención psicológica, y la clínica mencionada persiste en forma de angustia ante la incertidumbre del futuro laboral, miedo a la reincorporación en el mismo puesto de trabajo, tristeza, apatía, tendencia a la inactividad y el aislamiento, crisis de ansiedad y dificultades para conciliar el sueño con la presencia de algunos episodios de pesadillas cuyo contenido tiene que ver con las vivencias laborales y que son más frecuentes cuando piensa en tener que retornar a su puesto de trabajo. Refiere miedo ante una eventual vuelta a su puesto laboral, así como angustia ante la perspectiva de tomar una decisión en el contexto laboral.

Desde el punto de vista psicológico la intervención se ha centrado en el manejo de la angustia, la mejora del estado de ánimo y la adaptación al proceso en curso, teniendo en cuenta que el alargamiento excesivo del mismo repercute negativamente en el estado emocional de la paciente.

 Hospital General de TOMELLOSO	 sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha	N.º H.ª CLINICA : 249312 CIP: LPLL590165911012 1º APELLIDO: 2º APELLIDO: NOMBRE: SEXO: Mujer EDA: 54 Años FECHA: 20/03/2013

EM : consciente y orientada auto y alopsíquicamente. Adecuada , abordable y colaboradora . Aspecto cuidado , discurso coherente , bien estructurado . No presenta alteraciones sensorio-perceptivas ni del curso del pensamiento. Presenta sintomatología afectiva nuclear , ánimo deprimido . Crisis de ansiedad . Déficits mnésicos , de atención y concentración . Alteraciones del sueño (insomnio , pesadillas) .No presenta ideas de tipo auto ni heterolítico . Juicio de realidad conservado.

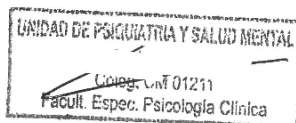
Impresión diagnóstica :

- Trastorno depresivo mayor , episodio único , asociado a estresores crónicos en contexto laboral
- Síntomas de estrés postraumático

Se recomienda que la paciente permanezca en situación de baja laboral hasta lograr la estabilización del cuadro clínico de modo que la paciente se sintiera con mayor fortaleza psicológica para enfrentar una eventual reincorporación a su puesto de trabajo hasta que se resolviera el proceso judicial en curso , puesto que la paciente expresa su deseo de trabajar, pero en otro contexto ajeno a las vivencias traumáticas experimentadas.

Se elabora el presente informe clínico – psicológico a petición de la interesada y para que conste a los efectos oportunos donde proceda .,

Tomelloso, a 20 de Marzo de 2013



Fdo:
F.E.A. de Psicología Clínica

ANEXO 15. INFORME PSICOLOGÍA CLÍNICA.

INFORME PSICOLÓGICO

La paciente está siendo atendida en esta USM (consulta de psicología y psiquiatría) por un trastorno depresivo mayor , episodio único , asociado a estresores crónicos en el contexto laboral y síntomas de estrés postraumático. Ha sido vista por última vez el 2 de Abril de 2013 y la próxima cita pendiente para la consulta de psicología es el próximo 28 de Mayo de 2013.

La información que se suscribe es la relativa a la evolución clínica informada por la consulta de psicología .

Tras la última entrevista mantenida con la paciente , la paciente nos informa de oscilación sintomática , intercalándose momentos de estabilización anímica con otros momentos de reagudización de síntomas de ansiedad , preocupación , alteraciones del sueño , alteraciones de tipo mnésico y atencional , en consonancia con el momento que atraviesa (nos refiere que ha pasado tribunal médico y nos transmite incertidumbre , angustia y preocupación sobre los resultados que se arrojen de esta evaluación en lo referente a una posible reincorporación laboral) .

La evolución clínica se mantiene tórpida , en parte , como se ha señalado en informes previos , debido al alargamiento en tiempo y forma del proceso judicial abierto y aún no resuelto , en el contexto laboral , lo que impediría la adaptación situacional .

Desde un punto de vista clínico consideramos que la paciente está reforzando favorablemente sus estrategias de coping frente a la situación.

Impresión diagnóstica :

- Trastorno depresivo mayor , episodio único , asociado a estresores crónicos en contexto laboral
- Síntomas de estrés postraumático

Se elabora el presente informe clínico – psicológico a petición de la interesada y para que conste a los efectos oportunos donde proceda .,

Tomelloso, a 9 de Mayo de 2013

Fdo:
F.E.A. de Psicología Clínica

NO
a petir. de Imper.

