

“El trabajo de la carpintería siempre es malo para la salud”: Antecedentes y aportes antropológicos al estudio de los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores de la construcción.

Gretel Philipp

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Universidad Nacional de Rosario

Argentina

gretelphilipp@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9558-4218>

RESUMEN

Este artículo presenta una aproximación al estudio de los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores de la construcción rosarina. Caracterizada como una industria muy heterogénea, precaria y peligrosa, la bibliografía especializada confiere una centralidad a los riesgos, los accidentes, así como a la seguridad y la prevención. La predominancia de las Ingenierías y la Medicina en el estado de la cuestión revela una determinada construcción médico técnica de la problemática que se centra en lo individual y lo biológico, reproduciendo y trasladando al área laboral la concepción del modelo médico dominante. Esta perspectiva fue cuestionada en América Latina desde los años 70 fundamentalmente por la Medicina Social, que nutrió asimismo a una cantidad de abordajes antropológicos y conformó un arsenal teórico que aún hoy sigue siendo fundamental para una antropología de los procesos de salud-enfermedad de los y las trabajadoras.

En el siguiente texto se sintetizan los estudios que prevalecen en el campo de la salud en la construcción; se reconstruyen los aportes realizados desde la antropología al problema de la salud de los trabajadores; y se presentan algunas reflexiones analíticas fruto de un trabajo etnográfico desarrollado en dos obras en construcción de la ciudad de Rosario entre los años 2009 y 2019.

PALABRAS CLAVE

Procesos de salud-enfermedad, trabajadores, Antropología, industria de la construcción.

DOSSIER/ artículo



“Carpentry work is always bad for health”: Antecedents and anthropological contributions to the study of the health-disease processes of construction workers.

ABSTRACT

This article presents an approach to the study of the health-disease processes of construction workers in the city of Rosario. Characterized as a very heterogeneous, precarious and dangerous industry, the specialized bibliography confers a centrality to risks and accidents, as well as to safety and prevention. The predominance of Engineering and Medicine in the state of play reveals a certain medical-technical configuration of the problem that focuses on the individual and the biological, reproducing and transferring the conception of the dominant medical model to the workplace. This perspective has been questioned in Latin America since the 70s, mainly by Social Medicine, which also nurtured a number of anthropological approaches and shaped a theoretical arsenal that still today remains fundamental for an anthropology of health-disease processes in male and female workers.

In this paper we summarize the prevailing studies in the field of health in construction, the contributions made from anthropology to the problem of workers' health will be specified, and some analytical reflections will be shown as a result of an ethnographic study carried out in two construction sites in the city of Rosario between 2009 and 2019.

KEYWORDS

Health-disease processes, workers, Anthropology, construction industry.

FECHA DE RECIBIDO 12/07/2020

FECHA DE ACEPTADO 22/12/2020

COMO CITAR ESTE ARTICULO

Philipp, G. (2021) “El trabajo de la carpintería siempre es malo para la salud”: Antecedentes y aportes antropológicos al estudio de los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores de la construcción. Revista de la Escuela de Antropología, XXIX, pp. 1-23. DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXIX.145

Introducción

Rosario, la ciudad más poblada de la provincia de Santa Fe y el tercer nucleamiento urbano más importante de Argentina, fue el escenario privilegiado del rol protagónico que adquirió la industria de la construcción durante la reactivación económica en la etapa de la postconvertibilidad. Con su característico uso intensivo de fuerza de trabajo, la construcción de edificios multiviviendas se convirtió en una de las mayores generadoras de empleo en los



años siguientes a la crisis de principios de los 2000.

Esta fotografía local retrata un fenómeno que se da a escala planetaria, o sea, la capitalista: más de un centenar de ciudades han sobrepasado el millón de habitantes en los últimos veinte años. Como advierte Harvey (2012), la urbanización tiene un papel particularmente activo en la absorción del producto excedente que los capitalistas producen continuamente en su búsqueda de plusvalor. En la mayoría de los países la frecuencia de los accidentes mortales en el sector de la construcción supera ampliamente el de cualquier otro (Panaia, 2004). Para el 2000, en las obras en construcción de todo el mundo moría un trabajador cada diez minutos (López-Valcárcel, 2000). En esta región, durante los primeros años del llamado "boom de la construcción", la reactivación de la industria se tradujo en un drástico aumento del índice de siniestralidad¹ que, sostenido durante años, posicionó al sector como el primero a escala nacional en incidencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales². Fue en este contexto que comencé mi investigación, como estudiante de grado de Antropología, y que continuó hoy como becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

En el presente artículo expongo un avance del proceso analítico en curso sobre la problemática de la salud-enfermedad-atención de los trabajadores de la construcción que abordo en mi indagación. Me propongo aquí: -sintetizar los estudios y perspectivas que predominan en el campo de la salud en la construcción; -precisar los aportes necesarios que se han realizado desde la Antropología a la salud de los trabajadores; -mostrar algunos resultados del trabajo etnográfico desarrollado en dos obras en construcción de la ciudad de Rosario entre los años 2009 y 2019.

1 Los índices expresados por los informes de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo señalan que, mientras en el 2003 hubo 28.503 siniestros registrados en este sector en todo el país, en el 2007 se notificaron 93.700, que constituyen el 13,8% de los registrados en el total de la economía (SRT, 2009).

2 "Las 3 actividades con mayor incidencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales en 2013 son construcción (135 AT/EP cada mil trabajadores cubiertos), agricultura, caza, silvicultura y pesca (93 AT/EP por mil) e industrias manufactureras (90 AT/EP por mil)" (SRT, 2014:5).



Antes de pasar a los objetivos, quisiera introducir sucintamente a qué me refiero con industria de la construcción, cómo se realizó el trabajo etnográfico y quiénes son los sujetos que le dan sentido. La industria de la construcción se caracteriza generalmente por su gran heterogeneidad, precariedad y peligrosidad. Tanto el Instituto de Estadística y Registro de la Industria de la Construcción (IERIC) en nuestro país, como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a nivel internacional, señalan la gran heterogeneidad que existe con respecto al tamaño de la construcción; el uso de la fuerza de trabajo; el grado de utilización de maquinarias; entre otras variables (OIT, 2015). La construcción abarca edificios para multiviviendas; construcción y refacción de casas; obras viales; construcciones petroleras; e infraestructura (IERIC, 2005). De modo que los trabajadores se insertan en el mercado laboral en situaciones muy diferentes: las condiciones del trabajador "cuentapropista" que realiza refacciones o mantenimiento en un hogar, por ejemplo, divergen de las del empleado en una multinacional que ejecuta actividades de alta complejidad para la industria petrolera. Esta heterogeneidad repercute por tanto en la contratación de la fuerza de trabajo. Las obras de pequeña escala son las que registran mayor informalidad laboral; ésta va disminuyendo a medida que nos acercamos al otro extremo, la construcción de edificios de gran escala. No obstante, la preeminencia –a nivel regional e internacional– del sistema de subcontrataciones reduce el número de empresas grandes y disemina las responsabilidades y riesgos en el proceso productivo que incorpora "rubro a rubro" y bajo diferentes condiciones a los trabajadores. De esta forma, la industria de la construcción presenta los mayores índices de trabajo informal e históricamente posee los más altos niveles de empleo en negro.

Para delimitar el estudio, me concentré en el proceso de construcción de edificios multiviviendas del sector privado, y más particularmente en el de la estructura de hormigón, que es el proceso medular y el que consume mayor tiempo y cantidad de fuerza de trabajo. Muy sintéticamente, el proceso de trabajo en la construcción de la estructura de hormigón comienza con un terreno



vacío, listo para las primeras excavaciones y la realización de las bases de la edificación. Sobre éstas se arma consecutivamente el encofrado de cada losa, es decir, un molde hecho de fenólicos (placas de madera rígidas y resistentes) sostenidos por maderas, puntales y flechas, en cuyo interior se ubican las armaduras de hierro. Una vez que el encofrado del piso está apuntalado se procede a rellenar con el hormigón, una mezcla gris espesa de cemento, piedra, arena, agua y aditivos. El día después de la hormigonada, se inicia a desencofrar retirando y trasladando paulatinamente todos los materiales para empezar con un nuevo encofrado correspondiente al piso superior, y así sucesivamente hasta el término del edificio. El objeto de este proceso lo constituye el "hormigón armado", la unión del hormigón con los hierros. Los medios de trabajo son en su mayoría instrumentos de mano que los trabajadores llevan colgados de la cintura en la "clavera": martillos, barretas de hierro, tenazas, metros de madera, lápiz de madera, cintas métricas y nivel de mano. Además de este que equipo, cada trabajador posee a la hora de ser contratado, la empresa provee de: palas, carretillas, picos, puntales, baldes, cucharas, pinzas gigantes, apisonador, etc. Se suman maquinarias eléctricas e hidráulicas de reducido tamaño y complejidad, como las sierras eléctricas fijas, de mano y el taladro, y eventualmente se introducen máquinas alquiladas de tecnología más avanzada, a saber, hormigonera, camión, excavadora, pilotera, grúa, entre otras. Es decir, el grueso del proceso de trabajo sigue recayendo sobre el trabajo artesanal del carpintero con su herramienta. Así, la construcción conforma el sector no-fordista de la economía, a causa de un proceso de industrialización inconcluso (Panaia, 2004), y es posible caracterizarla como una moderna manufactura en transición cuyas estrategias precarizadoras están históricamente arraigadas a la vez que algunos de ellas se constituyen como de "avanzada" con respecto a otros sectores productivos (Philipp, 2021).

Con mucha dificultad accedí a dos obras en construcción: una donde realicé un trabajo de campo compartido con una compañera de la carrera entre los años 2009 y 2010, ubicada en el barrio Pichincha;



otra durante 2018 y 2019, cercana a la Ciudad Universitaria de Rosario. El objeto de estudio no es la localidad, sino el producto del conocer; por tanto, los trabajadores de la obra no se vuelven objetos sino sujetos que conocen su realidad (Rockwell, 2009). Acorde a esta perspectiva, las estrategias de investigación que utilicé (observación con participación; entrevistas semiestructuradas y en profundidad; reconstrucciones biográficas; relevamiento y análisis de fuentes secundarias), implicaron buscar, sistematizar y analizar un conjunto de fuentes que remitieran a la descripción de los saberes, prácticas y representaciones construidos por distintos sujetos sociales significativos.

¿Pero quiénes son los trabajadores de la obra? Entendemos metodológicamente a estos grupos de trabajadores como "microgrupos"³ integrados por una cantidad flexible de miembros (tan flexible como las condiciones en las que la producción gestiona la fuerza de trabajo), conformados por hombres de entre 18 y 64 años de edad, mayormente jóvenes; de oficio carpinteros, inscriptos en diversas categorías (ayudantes, "comodines", medio oficiales, oficiales y capataces); pero prácticamente todos familiares (hermanos, hijos, sobrinos, yernos y cuñados) de algún trabajador de la construcción ya inserto en esta industria, y provenientes, en su mayoría, de provincias del interior (Chaco, Corrientes, San Juan, entre otras) y países vecinos (Paraguay, especialmente).

El campo de la salud y el trabajo en la construcción

La industria de la construcción es considerada peligrosa en todo el mundo debido a la gran proporción de accidentes mortales que recae en el sector. Según las investigaciones relevadas, esta situación confiere una centralidad al tema de la seguridad y la prevención; exige asimismo una gran especificidad por el carácter peculiar y heterogéneo de la producción.

En la búsqueda y revisión de la bibliografía referida a

³ Seguimos a Menéndez cuando afirma que "los más importantes microgrupos en términos de frecuencia de acciones, respecto de procesos de s/e/a son los grupos domésticos, los grupos de amigos, los grupos laborales a nivel de pequeño grupo, etc. en los cuales se generan y practican básicamente las actividades de autoatención" (Menéndez, 2015:228).



investigaciones empíricas sobre la salud de los trabajadores de la construcción en Latinoamérica –especialmente en Argentina, Uruguay y México– nos encontramos con aportes que refieren a la salud fundamentalmente en términos de riesgos, accidentes, seguridad y prevención. Los estudios provienen mayormente de las Ingenierías, de la Medicina ocupacional o del trabajo y, en menor medida, de la Epidemiología y de la Sociología del trabajo. Si bien algunos de mis mayores referentes para abordar los trabajadores de la construcción, sus experiencias migratorias y los procesos de trabajo hacen alusión a los riesgos (Vargas, 2005 y Del Águila, 2017) y las cargas laborales (Marega, 2012), el problema de la salud-enfermedad no ocupa el foco de sus indagaciones antropológicas.

Este estado de la cuestión revela una determinada constitución histórica de la problemática que se estructuró desde fines del siglo XIX, en un proceso donde la salud laboral se fue configurando como un campo diferenciado del asignado a la salud pública, y en la práctica se dividió en dos campos: el de la Medicina del Trabajo (orientada a diagnosticar y tratar los accidentes y enfermedades ocasionados en el establecimiento laboral) y el de la Higiene y Seguridad (enfocada desde la Ingeniería al desarrollo de técnicas de seguridad y control ambiental en el lugar de trabajo) (Grimberg, 1991). “Desde una mirada centrada en lo individual y lo biológico, el enfoque reproduce y traslada al área laboral la concepción del modelo médico dominante” (Grimberg, 1991:10).

La preocupación de los estudios por los costos que implican los accidentes mortales en todo el mundo y que pueden significar entre el 4% y el 10% del PBN según el país (Panaia, 2004), muestran que la relación entre salud y trabajo fue y sigue siendo un terreno de expertos en productividad (Laurell, 1978). Prevalece una mirada estrictamente económica y racional que concibe a los riesgos de manera mecánica y los vuelve prevenibles y evitables (Pucci y Trajtenberg, 2003).

La mayoría de las indagaciones se proponen identificar “condiciones no saludables”, “factores de riesgo” y posibles “actos inseguros” (Solís Carcaño y Sosa-Chagoyán, 2013). Entre las condiciones



que intervienen en la grave situación destacan: 1) la informalidad y el no registro de los trabajadores; 2) el incumplimiento de la normativa legal y la ausencia de controles; 3) la falta de capacitación en prevención, descalificación del personal y la insuficiencia de elementos de protección; 4) el sistema de subcontrataciones que dispersa responsabilidades legales; 5) el trabajo a la intemperie, la diversidad de oficios que conviven en una obra y las tareas de alto riesgo asociadas.

Con el objeto de identificar los agentes que, desde una visión técnica, implican riesgos para los trabajadores, reconocen: la exposición excesiva al ruido y a determinadas sustancias tóxicas; los sobreesfuerzos; las posiciones incómodas e inadecuadas; posturas mantenidas; movimientos repetitivos; levantamiento y traslado de peso excesivo; trabajo en altura; caída de materiales; y manejo de herramientas y equipos (Canney, 2000; Bartra Asmat, 2000; Bellorín et al, 2007). Observan que las regiones anatómicas más afectadas son: la mano; la espalda inferior y superior; hombros; cuellos; y rodillas (Sarmiento-Salinas et al., 2004; Bellorín, et al., 2007). Los accidentes que consideran más usuales son: caída de altura; cortes; pinchazos; lesiones (contusiones y magulladuras, sobre todo); atrapamientos ocasionados por el uso de herramientas y manejo de materiales; golpes por caída de objetos; fallas en los equipos y descargas eléctricas (Canney, 2000). Asimismo señalan, entre las consecuencias no inmediatas a la exposición prolongada a los agentes nocivos, las enfermedades: osteoarticulares; musculoesqueléticas; dérmicas; respiratorias; neuropsicológicas; otológicas; y fatiga (Solís Carcaño, 2006; Pérez, 2013; Sánchez-Aguilar, et al, 2017).

En líneas generales, los estudios en torno a la salud en la construcción se mueven entre dos grandes modelos que, en vistas de la visión indemnizatoria de la nocividad, están orientados a definir la culpabilidad en caso de accidente: uno lo asocia a la organización del trabajo y a la gestión, con lo cual, predomina la idea de que la empresa es la responsable; el otro atribuye la responsabilidad del accidente al error humano, o sea, el trabajador individual resulta siempre el principal culpable (Pucci



y Trajtenberg, 2003).

Únicamente los enfoques que devienen de la Epidemiología Social y la Sociología del Trabajo, acentúan lo social⁴ de los accidentes y las enfermedades, vinculándolos directamente con el empeoramiento de las condiciones de trabajo, la precariedad contractual, la flexibilidad, la subcontratación en cadena, el trabajo autónomo y la presión por la productividad (Silva, 2002; Pucci, 2004). Dado que entienden que “la forma de actuar de un grupo social frente a los factores de riesgo se explica desde cómo los percibe, los categoriza y les otorga sentido” (Silva, 2000:149), y que “la percepción del riesgo y en particular, los niveles en los cuales el mismo se vuelve aceptable, dependerán de la posición ocupada por un individuo o grupo en la sociedad, de los roles desempeñados, de los sistemas de representación existentes y de los valores puestos en juego” (Pucci, 2004:13), ambos antecedentes le otorgan importancia a la participación de los trabajadores en el estudio del tema.

Sin embargo, incluso en estas indagaciones que trascienden los señalamientos meramente técnicos e incorporan la cuestión de la “cultura del riesgo” (Pucci, 2004) o que abogan por un “viraje cultural” (Silva, 2001), “lo cultural” se toma principalmente por su lado racional, electivo y consciente. El énfasis es entonces colocado en el aprendizaje y la capacitación, dando con la perspectiva biomédica dominante que “trabaja explícita o implícitamente con la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales, racionales y además responsables” (Menéndez, 2015:108).

En este panorama, la perspectiva socioantropológica es indispensable para abordar los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores de la construcción.

Medicina Social y Antropología de los trabajadores y su

4 Si bien los modelos dominantes se posicionan desde una perspectiva médico-técnica sería un error soslayar que éstos también contienen una concepción de “lo social”. Efectúan un recorte particular de la realidad a través del que categorizan los hechos sociales, atribuyendo responsabilidades más o menos estrechas o “individualizantes”.



salud

Revisar brevemente los aportes de la Medicina Social, la Epidemiología crítica y la Salud Colectiva latinoamericanas, se vuelve imprescindible por dos razones: 1) porque nutrieron a una cantidad de investigaciones antropológicas, que desde los 70 abordaron la salud-enfermedad de trabajadores de distintos sectores productivos (gráficos, cerveceros, siderúrgicos, aceiteros, docentes, entre otros); 2) porque conformaron un arsenal teórico que aún hoy sigue siendo fundamental para una antropología de los y las trabajadoras y su salud.

En un panorama donde prevalecía un concepto de lo social como equivalente a cualquier factor biológico, las contribuciones teóricas de la Medicina Social fueron fundamentales para trascender los modelos convencionales y demostrar el carácter histórico y social de la enfermedad (Betancourt, 1994). Hacia fines de los años sesenta las transformaciones en la producción y en las condiciones de vida implicaron para los trabajadores un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas y de los accidentes laborales. Los cuestionamientos al paradigma imperante trascendieron el campo médico y se aglutinaron en una ola de luchas sociales que puso en entredicho, con perspectivas muy variables en los distintos países del mundo, el modo de resolver la satisfacción de las necesidades de la clase trabajadora (Laurell, 1982). En ese contexto, la Medicina Social Latinoamericana se vio influenciada por teorías europeas contemporáneas (Iriart et al., 2002). Entre ellas destaca la experiencia del denominado Modelo Obrero Italiano, que empezó a gestarse a raíz de la Comisión Médica de la Camera del Lavoro de Torino, que en 1964 se convirtió en el Centro de Lucha contra la Nocividad del Trabajo. La exploración de la nocividad del trabajo, a partir de la cual decenas de miles de trabajadores devinieron en investigadores de sus condiciones de trabajo y salud, posibilitó la formulación de reivindicaciones respaldadas por intensas luchas en las fábricas (Laurell, 1984).⁵

⁵ Por cuestiones de espacio no profundizaré aquí en la trascendencia del Modelo Obrero, que llegó a hegemonizar el campo de la medicina del trabajo y a impulsar la aprobación de la Ley de Reforma Sanitaria en 1978. No obstante, recomiendo los análisis críticos de Laurell (1984) y Grimberg (1991) sobre este fecundo proceso.



Retomando la perspectiva desarrollada por la medicina social europea del siglo XIX, las investigaciones latinoamericanas confrontaron con las explicaciones simplistas que encontraban en un agente específico la causa necesaria y suficiente para producir una enfermedad. Criticaron tanto las visiones monocausales como los modelos multicausales que no consideraban adecuadamente los vínculos dinámicos por los cuales la dialéctica del proceso salud-enfermedad se ve afectada por las condiciones sociales.

Entre aquellas investigaciones antropológicas que desde los 70 abordaron la salud-enfermedad de los trabajadores de distintos sectores productivos me interesa puntualizar brevemente las que se constituyeron en cimientos *sine qua non* de la experiencia etnográfica. En México, Cristina Asa Laurell es una de las representantes de la Medicina Social Latinoamericana e influyó en los posteriores estudios realizados por la antropología en Argentina. Analizó junto a Noriega (1988), las condiciones de salud de la industria siderúrgica mexicana como consecuencia de la forma en que se da el proceso de producción y su reconversión industrial. Estudiaron las "cargas laborales" más relevantes y su presencia simultánea en relación a los daños a la salud que sufren los trabajadores siderúrgicos. Encontraron que, cuando se construye el conocimiento desde los lugares concretos de trabajo y junto a sus protagonistas, no se puede hablar solamente de enfermedades y accidentes ya que aparecen todo un conjunto de molestias, enfermedades agudas, fatiga, estrés crónico, envejecimiento prematuro y acortamiento de vida, que las superan ampliamente. Tampoco pueden pensarse los accidentes únicamente como producto de medidas de seguridad deficientes, sino que dependen de toda una serie de cargas y por lo tanto, hablar de acto inseguro y de conducta peligrosa es un serio error a la hora de examinar las causas de los accidentes en el ámbito laboral (Laurell y Noriega, 1988).

No me voy a detener en el conocido y vasto aporte que realizó Eduardo Menéndez –antropólogo argentino, radicado en México desde los años setenta– a la antropología de la salud tanto en México, España como en Argentina. Pero sí mencionar que su



influencia se extiende hasta el día de hoy, propiciando debates más que oportunos en estos tiempos en los que la salud adquiere inesperados planos protagónicos en el crítico escenario socio-político en que vivimos.⁶ Asimismo sus producciones sobre la salud de los trabajadores, de la mano de autores como Franco Basaglia (Italia), abonaron teóricamente a prácticas y reflexiones que diversos antropólogos y antropólogas venían llevando adelante en Buenos Aires con trabajadores. Entre ellos se encontraban Santiago Wallace, centrado en el estudio de los cerveceros; Mabel Grimberg, abocada al gremio gráfico; y Susana Margulies, con un proyecto sobre la salud de los ferroviarios. Entre 1986 y 1987 se constituye el Área de Antropología y Salud en el Instituto de Ciencias Antropológicas (ICA) de la Universidad de Buenos Aires (UBA), al tiempo que la salud de los trabajadores se define en Argentina como un objeto de estudio de las ciencias antropológicas (Grimberg, 2008).

La línea inaugurada por el Área de Antropología y Salud abonó en núcleos de trabajo cruciales, entre los cuales destaco: 1) la construcción de una antropología crítica con un enfoque político y del trabajo como campo de fuerza y de luchas históricas; 2) la puesta en relación de dos problemáticas hasta el momento no articuladas en las ciencias sociales, ni en la salud pública (el trabajo y la salud-enfermedad), recuperando los aportes de ciertos autores (como Marx, Thompson, Gramsci o Williams) y poniendo en la mesa discusiones sobre las relaciones de clases, la experiencia de los trabajadores, el problema de la hegemonía, los procesos transaccionales, etc.; 3) el cuestionamiento del enfoque biomédico sobre el cuerpo y la enfermedad; 4) la metodología apoyada en recuperar las experiencias, los saberes y prácticas, las demandas, las formas de problematizar y resolver de los conjuntos sociales, sopesando los marcos globales para construir e interpretar los datos (Grimberg, 2008).

Las contribuciones, particularmente prolíficas, de la investigación

6 Pienso, entre otras cosas, en una charla virtual titulada "Salud, Covid 19 y políticas estatales en Argentina e México", en la que se reunieron Eduardo Menéndez, Rosa María Osorio y Susana Margulies, disponible en el canal de youtube del ISHIR.



de Mabel Grimberg siguen siendo fundamentales para pensar la articulación del problema de la salud con las prácticas organizativas y autogestivas de las/os trabajadoras/res en diversos ámbitos y procesos laborales actuales (Grimberg, 2018 y 2009). En tanto pone en juego coordinadas teóricas y metodológicas imprescindibles para comprender la agencia de los grupos sociales y su vinculación con las condiciones socio-políticas y económicas en las que se inscriben los procesos de producción.

Retomando las propuestas de la Medicina Social, el Núcleo de Estudios del Trabajo y la Conflictividad Laboral (NET) abordó en Rosario y su región el impacto de las nuevas formas de organización del trabajo en los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores de distintos sectores (siderúrgico, frigorífico, supermercadista, bancario, salud estatal, docente y aceitero) desde un enfoque socioantropológico (Rodríguez, 2014; Rodríguez y Vogelmann, 2014). En este caso también, las indagaciones atendieron a focalizar en la singularidad de los sujetos sociales sin dejar de lado la ponderación de los contextos generales donde sus prácticas cobran sentido y poniendo en juego de este modo una perspectiva relacional. Estas producciones estuvieron vinculadas a una constante intención de propiciar el diálogo entre las Ciencias Sociales y los/as trabajadores/as, delegados/as y sindicatos, en Encuentros Regionales, así como en talleres, seminarios y ciclos de formación, en colaboración con el Taller de Estudios Laborales. La investigación que llevo adelante actualmente se debe en gran parte a la posibilidad de ser parte de las actividades del NET (UNR) desde hace más de diez años. Por último, el recientemente publicado *Tratado Latinoamericano de Antropología del Trabajo*, renueva las preocupaciones de antropólogos y antropólogas por la situación de la clase obrera en Latinoamérica y el Caribe. Hernán Palermo y Lorena Capogrossi (2020) reunieron diversas investigaciones focalizadas en las experiencias, prácticas y significados de trabajadores/as que permiten cuestionar categorías estancas y nociones binarias y continuar con la crítica al modelo médico hegemónico en relación a las dolencias y reivindicaciones de las y los trabajadores latinoamericanos (Palermo y Capogrossi,



2020).

Resultados preliminares de una etnografía en las “obras de construcción”

A partir de la consideración del estado de la cuestión sobre el tema de la salud de los trabajadores de la construcción y el vacío de abordajes socioantropológicos que encontramos, me nutro de los ya mencionados aportes de la Medicina Social y la Antropología de los trabajadores y su salud, para analizar algunas dimensiones emergidas del proceso etnográfico que llevé a cabo en dos obras en construcción de la ciudad de Rosario.

Ante las preguntas por la salud en relación a su trabajo, la mayoría de las respuestas de los trabajadores ligados a las actividades de carpintería en las obras en construcción, no tuvieron que ver única o directamente con los riesgos y los accidentes, sino con lo pesado del trabajo, con el desgaste que acompaña sus trayectorias laborales, con los materiales y con el clima. Al interrogarlos sobre cuál es el trabajo más pesado, contestaron por unanimidad: *“levantar los fenólicos, porque pesan mucho”* (Reg., 18/04/18). Esta tarea constante de levantar y trasladar los fenólicos les *“arruinó la salud”* y fue *“lo que más los fundió”*, fundamentalmente por su peso, pero también porque *“tienen muchos químicos, pegamentos”* (Reg., 24/10/18). Vemos claramente, en este caso, la simultaneidad de las cargas en relación a los daños a la salud que sufren los trabajadores; si se quisiera identificar un agente presente en los medios de trabajo, como los fenólicos por ejemplo, aparecerían la mayoría de los agentes mencionados por la bibliografía médico técnica: la exposición a sustancias tóxicas; el sobreesfuerzo; las posiciones incómodas e inadecuadas; movimientos repetitivos; levantamiento y traslado de peso excesivo; trabajo en altura; y caída de materiales. Por el contrario, lejos de representarse las causas de los malestares y dolencias aisladamente e identificarlas en términos de agentes o riesgos, los trabajadores construyen un significado de la relación trabajo-salud desde la negatividad. Como decía un oficial: *“el trabajo de la carpintería es siempre malo para la salud... los mismos materiales, el polvillo, durante todo el día,*



cuando cortás madera, no sé qué le ponen a la madera... tienen muchos químicos, pegamentos..." (Reg., 06/09/18).

La idea de que "el trabajo de la carpintería siempre es malo para la salud" denota una constante en las condiciones que afectan a la salud y un entramado resultante de esas condiciones que implica desgastes y daños. Éstos, como concluían Laurell y Noriega (1988), no se pueden limitar a los conceptos de enfermedad y accidente laboral, sino que se vinculan con un conjunto de "males", así como al envejecimiento prematuro y al acortamiento de la vida, incluida la vida productiva con lo que eso supone para muchos trabajadores. En tal sentido, un capataz, con más de veinte años de experiencia en el gremio del hormigón, me decía que el de la construcción "es un trabajo pesado" y que "la mayoría están mal de la cintura y las hernias", y que justo hablaba con otro trabajador "sobre la edad de jubilación, a los 55... pero a los 50 ya no das más, no da el cuerpo... estás todo el día haciendo fuerza, todos esos años" (Reg., 18/04/18). En esta industria los trabajadores se jubilan a los 55 años de edad, con 25 años de aportes, sin embargo, mucho tiempo antes "no dan" más; sus fuerzas, esas de las que se apropia el capitalista para la valorización, están desgastadas.

Otro elemento que es una constante en las representaciones de los trabajadores sobre el proceso de trabajo en la construcción y su salud es el clima, porque "el clima siempre es adverso, siempre, el clima, si hace frío hace frío, si hace calor hace calor, te toca viento..." (Reg., 06/09/18). El clima en esta industria convierte la actividad en "un trabajo insalubre, tenés frío, calor, ta lloviendo, sufrís el agua también" (Reg., 18/04/18).

No obstante, la exposición diaria a las condiciones climáticas, que el proceso de trabajo genera, implica tanto un padecimiento traducido en términos de insalubridad y adversidad, como una particular configuración de la trama de flexibilidades arraigadas en esta industria. Las características atípicas de la misma y la forma de organizar el trabajo naturalizan e institucionalizan una serie de flexibilidades del proceso de trabajo. El mal tiempo, que como factor natural es aún más naturalizable que otros, tales como el apuro y la ganancia patronal, se inscribe en la "flexibilidad



horaria" que hace que en la construcción el alargamiento o el acortamiento de las jornadas laborales sea la regla. Cuando llueve a los trabajadores registrados les corresponde el cobro de solo dos horas. Al estar asentado en el Convenio Colectivo de Trabajo el pago por horas, el clima influye directamente en la variación y disminución del sueldo necesario para la reproducción de la vida de estos trabajadores y sus familias.

Otras flexibilidades inscritas en los hábitos de esta industria, además de la horaria y la salarial, son las: -numérica, expresada en el campo a través de una alta rotación de los trabajadores, que la nombran como si fuera una más de las categorías laborales del convenio, la de los "comodines", que van "*siempre de un lado para el otro*" (Reg., 11/09/09); y, -contractual, respaldada por la ley de Fondo de Desempleo, instaurada en los años 60 y reactualizada por la Ley 25.371 en los 2000, que les permite a los trabajadores cambiar fácilmente de una empresa a otra, así como a los empresarios despedir sin ninguna consecuencia. El régimen de Fondo de Desempleo excluye el preaviso y el pago de indemnización por antigüedad en caso de que el empleador concluya la relación contractual. Los entrevistados –aún estando dentro del bajo porcentaje de trabajadores registrados– habían pasado por muchas empresas constructivas y explicaban que la razón era sencillamente buscar mejores salarios.

En resumidas cuentas, este régimen de contratación sumado al pago por hora y el hábito extendido de prolongar o disminuir las jornadas laborales, permite adaptar el uso de la fuerza de trabajo a las necesidades de la producción que, en este sector, son particularmente variables.

Hablar de flexibilidad, desde la perspectiva que sostengo, es hablar de precarización, que es el resultado de la ofensiva del capital sobre las condiciones de trabajo y de vida de la clase trabajadora con el fin de aumentar o mantener las ganancias (Soul y Martínez, 2009). Ésta tiene un doble efecto: aumenta la explotación de la fuerza de trabajo a la vez que facilita su disciplinamiento.

Por último, el análisis de las prácticas y representaciones de los trabajadores del hormigón ante su exposición constante a



condiciones de peligrosidad revela algunas significaciones sobre la prevención de los riesgos en términos de "cuidados". No obstante, mientras observamos que el cuidado en los microgrupos resulta una práctica asidua en la obra, donde las advertencias, gritos y ayuda en situaciones de peligro entre compañeros constituye a veces un contrapunto con las exigencias de la Higiene y Seguridad, los mismos trabajadores entienden que el cuidado en el lugar de trabajo tiene sus limitaciones: "*medio difícil cuidarte también, tené que cuidarte mucho, por más que te cuide, si te cuida directamente no tené que hacer fuerza, no tené que hacer nada*". Luego de un silencio, el que llamaban "correntino" remató con un chiste: "*yo ahora me estoy cuidando (risas) no hago nada*" (Reg., 24/10/18). Estos sentidos sobre los cuidados que se imponen en el ámbito de trabajo recalcan en la responsabilidad individual o en el microgrupo de trabajadores más próximos, diluyendo la consideración de otras instancias, agentes intervinientes o posibilidades de organización y reclamo. Respuestas como: "*cada uno se tiene que cuidar solo, porque es su vida*" o "*depende de cada uno la salud, de cómo uno se cuide*" (Reg., 24/10/18) refuerza la individualización sobre la que se basa la perspectiva del modelo médico hegemónico, pero al mismo tiempo se contrapone con un "sentido común"⁷ que prevalece tanto en las representaciones de los profesionales en el ámbito laboral, como en los estudios científicos sobre el tema. Éste indica de manera simplista y binaria (cuidado/no cuidado) que los trabajadores no se cuidan porque no usan los elementos de seguridad que requieren las normas de Higiene y Seguridad. Desde distintas disciplinas esta situación se ha conectado con la descalificación de la mano de obra (o su "ignorancia"), con el modelo hegemónico de masculinidad, y/o con la concepción dejouriana

de "ideología defensiva", que en términos psicológicos explicaría una supuesta indiferencia ante las instrucciones de seguridad,

⁷ "categorizado como un conjunto múltiple y heterogéneo de mitos y certezas, conocimientos y concepciones acerca de "lo real" (Rockwell, 1995); y que, desde una perspectiva gramsciana, configura una visión del mundo, a menudo contradictoria y disgregada, en la que se combinan elementos propios de la praxis de los subordinados con la afirmación de las concepciones de los grupos sociales dominantes" (Vogelmann, 2014:128).



una inclinación al peligro y un desprecio por los accidentes. Sin embargo, la permanencia y observación en la obra me permitió comenzar a complejizar estas visiones teniendo en cuenta: 1) los límites que impone el proceso de trabajo en la construcción al cuidado, que los trabajadores reconocen en la incompatibilidad con el uso de algunos elementos de seguridad en determinados momentos: *"uno no puede estar atado siempre, porque estás en continuo movimiento, uno va para acá para allá, a lo mejor estás fratacheando y mientras fratacheas tenés que estar como un avión viendo esto viendo lo otro y no podés"* (Reg., 06/09/18) y expresan en la contradicción irresoluble entre cuidarse bien y trabajar en la construcción, que lleva nuevamente a la representación de que *"el trabajo de la carpintería siempre es malo para la salud"*; 2) los saberes construidos por los trabajadores sobre el proceso de trabajo, su peligrosidad, y los miedos que les generan algunas circunstancias vividas con respecto a éste, que dejan entre signos de pregunta la idea tan común de que no son conscientes de los riesgos que corren; 3) los sentidos que otorgan los trabajadores a la consciencia sobre seguridad de las patronales ligada a lo económico: *"se evitan los accidentes, se evitan las multas, eso es lo que más les duele"*. Cuando la empresa es consciente, *"vos le pedís una soga y te traen un soga, pedí una linga, zapatean un poco a lo mejor, porque hay que cambiarla, pero te la traen igual"* (Reg., 06/09/18), pero *"también está la otra, que si decís 'yo no subo porque no tengo', 'bueno andate'"*, que los lleva a aceptar arriesgar su vida porque *"pasa... la necesidad"* (Reg., 06/09/18). Se revela en las percepciones de los trabajadores la mirada estrictamente económica y racional de las empresas y las exigencias de la Higiene y Seguridad, que concibe a los riesgos de manera mecánica. Al mismo tiempo, la necesidad de trabajar conjugada con la gran precariedad de las condiciones de trabajo que caracteriza el sector y facilita el despido sin trabas (en los casos en que la relación contractual está registrada) hace de límite para resistirse a los descuidos y los riesgos y muestra que el sujeto no siempre puede elegir y actuar en términos racionales y responsables, como pretenden el sentido común y la perspectiva



biomédica dominante.

Por razones de espacio, no puedo prolongar el análisis de cómo se construye ese entramado de cooperación en los cuidados y de "autoatención", ligado con redes de parentesco, de amigos, paisanos y vecinos que excede el espacio laboral y del que éste se nutre recíprocamente. Otras dimensiones importantes para analizar la configuración de la relación salud-trabajo en la construcción que quedaron afuera del escrito son las trayectorias laborales previas así como las experiencias que configuran un acceso y una permanencia en la obra en general caracterizada por la "recomendabilidad", de nuevo enlazadas a redes sociales, de parentesco, paisanaje y/o étnicas que construyen los trabajadores que migran junto a sus familias en búsqueda de fuentes laborales. Estos y otros elementos de la cotidianeidad de la obra, enriquecen, complejizan y permiten la aproximación antropológica al estudio de los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores de la construcción, del que este texto es un pequeño aporte.

Conclusiones

La peligrosidad de la industria de la construcción destacada a nivel global suscita una cantidad de investigaciones que confieren centralidad al tema de la seguridad y la prevención. Aquellas que versan sobre la salud de los trabajadores de la construcción en Latinoamérica refieren a la temática fundamentalmente en términos de riesgos, accidentes, seguridad y prevención, y provienen de las Ingenierías, de la Medicina ocupacional o del trabajo y, en menor medida, de la Epidemiología y de la Sociología del trabajo, en consonancia con una determinada constitución histórica de la problemática estructurada desde fines del siglo XIX. Ante este panorama y con la necesidad de contar con aportes de la antropología repasé los que la Medicina Social Latinoamericana brindó a las indagaciones etnográficas sobre la salud de los trabajadores de diversos sectores laborales. Procurando continuar con la perspectiva teórico-metodológica abonada por esta línea, prioricé en la indagación el análisis de las prácticas y saberes que los propios trabajadores construyen



sobre su salud en relación a las condiciones de trabajo en las obras en construcción. Éstos me mostraron significados que –en contraposición con las categorizaciones médico técnicas sobre agentes o riesgos– conectan las múltiples causas de sus malestares y dolencias, en términos de negatividad, de lo pesado del trabajo, del desgaste a través de los años, de los materiales que se utilizan y de las condiciones climáticas a las que están expuestos. Las experiencias de los carpinteros revelan que para pensar la salud en la obra hay que rebasar y complejizar los conceptos de la Medicina del Trabajo y la Higiene y Seguridad, fundados en lo individual y lo biológico. Requieren incluir una serie de saberes vinculados a los “males” que “funden” y “arruinan” la salud; a la “insalubridad” y “adversidad” de las condiciones del proceso de trabajo. Al tiempo que se relacionan con condiciones flexibles de trabajo arraigadas en el sector y que lo vuelven uno de los más precarios en comparación con otras industrias. Finalmente, surgen significaciones sobre el “cuidado”, ligadas al compañerismo en la obra, que si bien contrastan con el sentido común (especialmente predominante entre los profesionales y jefes del sector, y en una cantidad de estudios académicos) de que los trabajadores no se cuidan, reproducen la individualización que sostienen los marcos biomédicos al respecto de accidentes, seguridad y prevención en la construcción.

En suma, este artículo es un intento de mostrar la importancia que la perspectiva social tiene en el estudio de la salud de los/as trabajadores/as, así como su vacancia en el sector específico de la construcción. El anhelo es continuar profundizando y poniendo en foco la trama densa de los fenómenos que hacen a la dialéctica del proceso salud-enfermedad, en su afectación por las condiciones sociales y de trabajo.



Referencias bibliográficas

- BELLORÍN, M. et al. (2007) Síntomas Músculo Esqueléticos en Trabajadores de una Empresa de Construcción Civil. *Salud de los Trabajadores*, 15 (2)
- BETANCOURT, O. (1994) Reflexiones para la investigación de la salud de los trabajadores. *Revista Salud de los trabajadores*, 2 (1)
- GRIMBERG, M. (1991) La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica. *Cuadernos de Antropología Social*, Nro. 5, ICA, UBA, Buenos Aires, pp. 9-32.
- GRIMBERG, M. (2008) Salud de los trabajadores como campo de estudios y de práctica social. Los aportes de Santiago Wallace. En: Conmemoración de los 50 años de la carrera de Ciencias Antropológicas en la UBA, Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires.
- GRIMBERG, M. (2009) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos*, Buenos Aires, Editorial Antropofagia.
- GRIMBERG, M. (2018) Autogestionando el trabajo y la salud. Procesos de construcción de poder de los trabajadores en una cooperativa gráfica de Buenos Aires. Ponencia presentada en las IX Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace, Buenos Aires.
- HARVEY, D. (2012) *Ciudades rebeldes. Del derecho de la ciudad a la revolución urbana*. España, Ediciones Akal.
- IRIART, et al. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana Salud Pública*, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart_celia_y_otros_medicina_social_latinoamericana__aportes_y_desafios.MEDICINA%20SOCIAL%20LATINOAMERICANA,%20APORTES%20Y%20DESAFIOS.pdf
- LAURELL, C. (1978) Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17, México, Editorial Era, pp. 59-79.
- LAURELL, C. (1982) La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19, Rosario.
- LAURELL, C. (1984) Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia. *Cuadernos Políticos*, 41, México, Editorial Era, pp. 63-83.
- LAURELL, C. y NORIEGA, M. (1988) La salud de los trabajadores siderúrgicos y la reconversión industrial. *Primera Época* N°15, México, pp. 9-34.
- LÓPEZ-VARCÁRCEL, A. et al. (2000), *Seguridad y salud en el trabajo de construcción: el caso de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*, Documento de Trabajo Nro. 139. Lima, Perú, Organización Internacional del Trabajo.
- MAREGA, M. (2012) Las manos de la obra. Proceso productivo, organización del trabajo y experiencia de los de la construcción en Rosario. Tesis de grado. Universidad Nacional de Rosario, Rosario.



- MARTÍNEZ OROPESA, C. y MONTERO MARTÍNEZ, R. (2015) La cultura de la seguridad en una empresa constructora: evaluación e interpretación de sus resultados. *Revista Salud de los Trabajadores*, 23 (2)
- MENÉNDEZ, E. (2015) Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención 'paralelas' y proyectos de poder. *Salud Colectiva*, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- PALERMO y CAPOGROSSI (Dir.) (2020) *Tratado latinoamericano de Antropología del Trabajo*, CLACSO / CEIL-CONICET / Universidad Nacional de Córdoba-CIECS, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20201117071349/Tratado-latinoamericano.pdf>
- PANAIA, M. (2004) *El sector de la construcción: Un proceso de industrialización inconcluso*, Buenos Aires, Ed. Nobuko.
- PÉREZ, S. (2013) Estrategias de desarrollo interdisciplinario para la prevención de enfermedades derivadas del trabajo en la construcción. Tesis doctoral. Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires.
- PHILIPP, G. (2021) Estrategias precarizadoras del capital sobre las condiciones de trabajo en la industria de la construcción rosarina: un estudio antropológico de las flexibilidades arraigadas en la obra. *Revista Latinoamericana del Trabajo*, Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL-CONICET), Argentina. Disponible en: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/ojs/index.php/lat/issue/archive>
- PUCCI, F. (2004) *Aprendizaje organizacional y formación profesional para la gestión del riesgo*. Montevideo, Organización Internacional del Trabajo, CINTERFOR.
- PUCCI, F. y TRAJTENBERG, N. (2003) Racionalidad e incertidumbre en las nuevas formas de Organización productiva de la industria de la Construcción uruguaya. Ponencia presentada en el 6to. Congreso Nacional de ASET (Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- ROCKWELL, E. (2009) *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires, Paidós.
- RODRÍGUEZ, G. (2014) *La salud de los trabajadores. Su relación con las nuevas formas de organización productiva en Rosario y su región*. Rosario, Humanidades y Artes Ediciones.
- RODRÍGUEZ, G. y VOGELMANN, V. (2014) *La Salud de los trabajadores (II) Procesos de trabajo y de salud-enfermedad en docentes de escolaridad media provincial y trabajadores de la industria aceitera en la ciudad de Rosario*. Rosario, Prohistoria ediciones.
- SANCHEZ-AGUILAR, M. et al. (2017) Enfermedades actuales asociadas a los factores de riesgo laborales de



la industria de la construcción en México. *Revista Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 63 (246). España, pp. 28-39.

SARMIENTO-SALINAS, R. et al. (2004) Factores de riesgo asociados a los accidentes de trabajo en la industria de la construcción del Valle de México. *Gaceta Médica de México*, 140 (6)

SILVA, M. (2001) Los riesgos de trabajo en la construcción, los casos de Rosario y Montevideo. *Economía, sociedad y territorio*, México.

SILVA, M. (2002) Arriesgarse para no perder el empleo: las secuelas en la salud de los obreros de la construcción del Mercosur. *Sociologías* no.8, Porto Alegre.

SOLÍS CARCAÑO, R. (2006) Riesgos en la salud de los trabajadores de la construcción. *Ingeniería* 10-2, México, pp. 67-74.

SOLÍS-CARCAÑO, R. y SOSA-CHAGOYÁN, A. (2013) Gestión de riesgos de seguridad y salud en trabajos de construcción. *Revista Educación en Ingeniería*, 8 (16), pp. 161-175.

SOUL, J. y MARTÍNEZ, O. (2009) Formas de resistencia y lucha contra la precarización laboral. Aproximación descriptiva a experiencias de Argentina. Ponencia presentada en el XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

VARGAS, P. (2005) *Bolivianos, paraguayos y argentinos en la obra:*

identidades étnico-nacionales entre los trabajadores de la construcción. Buenos Aires, Antropofagia.

VOGELMANN, V. (2012) Trabajadores y Reconversión en la Industria Frigorífica. Las experiencias gremiales de los trabajadores de la carne del Gran Rosario. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Rosario, Rosario.

Fuentes:

IERIC (2005) *Situación actual y evolución reciente del sector de la construcción*, Buenos Aires.

OIT (2015) *Migraciones laborales en Argentina: protección social, informalidad y heterogeneidades sectoriales*, Buenos Aires.

SRT (2009) "Año 2009 - Construcción - Casos notificados" disponible en: http://www.srt.gob.ar/estadisticas/sector/05_con/2009/2009si/INDEX.HTM

SRT (2014) "Accidentabilidad laboral en las provincias en el año 2013 Impacto de las actividades económicas desarrolladas" disponible en: http://www.srt.gob.ar/images/pdf/Accidentabilidad2013/Santa_Fe_2013.pdf
http://www.srt.gob.ar/estadisticas/sector/05_con/2009/2009si/INDEX.HTM

