

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN MEXICO

Por Luis Fuentes-Aguilar*

RESUMEN

En este trabajo se analizan los riesgos a que están sujetos los trabajadores de la República Mexicana, y su distribución espacial, así como los recursos para la salud con que se cuenta, y la necesidad de elevar el derecho a la salud a nivel constitucional. Para dicho análisis se utilizó la regionalización de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR).

SUMMARY

This paper analyzes the risks to which the labourers of the Mexican Republic are subject and its spatial distribution. In the same manner, the health resources and the necessity that health will be a constitutional right. In this study the COPLAMAR regions were used.

INTRODUCCION

Si se rebasa el espacio humanístico de la medicina, las acciones más importantes en materia de fomento para la salud están, paradójicamente, fuera de su propio ámbito; esto se refiere a los problemas de subalimentación, ignorancia, subocupación y desocupación, hacinamiento, pobreza, contaminación ambiental y acceso limitado a los servicios de salud y seguridad social.

El problema de la salud en el trabajo, en la industria, y, en

* Investigador del Instituto de Geografía de la UNAM.

consecuencia, otros factores determinados por la incidencia y prevalencia de agresiones patógenas, así como la prevención de los accidentes y de las enfermedades, puede ser planteado de dos maneras diferentes:

La primera, tradicional, se esfuerza en la definición de un cuadro estrictamente médico-sanitario, dentro del cual todos los datos de la patología obrera (tasas de morbilidad, de invalidez y de mortalidad) son reducidos a sus causas más inmediatas (traumáticas, tóxicas, degenerativas, psicosomáticas, etcétera) que se producen en el lugar de trabajo, asumiendo esto último como una cuestión técnica independiente y desvinculada de cualquier liga estructural con el modo de producción dentro del cual se determina la relación capital-trabajo.

En este orden conceptual y de acuerdo con este marco teórico de referencia, se omite, por un lado, toda conexión entre lugar de trabajo y estructura socioeconómica; por otro, son consideradas irrelevantes las mismas condiciones objetivas en las cuales el trabajo está organizado y se desarrollan: tiempos y ritmos de producción, trabajo pesado, largas jornadas laborales, insalubridad de algunos trabajos, falta de aplicación de las normas de seguridad en las situaciones de peligro creadas por el progreso tecnológico y el desarrollo mercantil.

La ciencia y la práctica médica están condicionadas por el desarrollo histórico de las formaciones económicas sociales. Por ejemplo, el acelerado crecimiento industrial, con su respectivo incremento en la mecanización, requería aumentar la productividad del trabajador, lo que creó las condiciones para que se diera un gran impulso al estudio de la fisiología del trabajo, con la creación del Laboratorio de la Fatiga en la Universidad de Harvard. (1)

A medida que la máquina se perfecciona y derroca el trabajo del hombre con una rapidez y una precisión incesantemente creciente, el obrero, en lugar de prolongar su tiempo de ocio progresivamente, redobla su afán laboral como si quisiera rivalizar con la máquina.

1. Bheilh, J.: Economía, medicina y política, Universidad Central, p. 118, Quito, 1979.

En consecuencia, aun cuando se investiga con base en los datos clínicos, la indagación está casi siempre circunscrita a la eficiencia de las máquinas, a la salud del microclima, a lo patogénico de las materias primas utilizadas, a la observación de las normas de higiene y de salubridad. Después se orienta en dirección de la introspección psicológica, y el surgimiento del accidente se explica, en sentido subjetivo, como propensión a cometer imprudencias y distracciones que inciden en determinados individuos con escasas aptitudes y patogénicamente preaispuestos, con: carencias físicas o mentales para desarrollar la labor, falta de concentración, problemas psicosomáticos, etcétera.

El segundo tipo de aproximación presupone, por el contrario, asumir algunas hipótesis guías según las cuales:

- a) Existe una interacción estrecha entre salud en la fábrica y salud en la sociedad.
- b) El lugar de trabajo se modela según los valores y reglas expresadas en la sociedad.
- c) El modo de producción determina las condiciones objetivas de la organización del trabajo.
- d) Existe una estrecha correlación entre organización del trabajo y patología del trabajo.

Esto implica que, una vez establecida la relación existente entre las distintas variables consideradas, la esfera de la intervención pública tiene la posibilidad de no agotarse en una acción reparatoria de los daños producidos por la organización del trabajo, sino de operar, con conocimiento de causa, sobre los niveles del orden estructural e institucional que determinan la situación de salud en la industria.

Al asumir la hipótesis a) se puede establecer a qué grado de patogenia interna, en la fábrica, corresponden situaciones de contagio externo y de alteraciones en el equilibrio ecológico; piénsese en algunas sustancias tóxicas y cancerígenas como, por ejemplo, los aditivos de la gasolina a base de tetraetilo de plomo, los detergentes y subs-

tancias biodegradables, cuya acción patógena se difunde durante el tiempo de producción. Viceversa, los cambios en el ambiente externo, los efectos de la urbanización intensiva, el aumento de las distancias y el stress producido por el tráfico, las tensiones familiares y la competencia en la escalada consumista, contribuyen al aumento de la patología del trabajo y al surgimiento, junto con los accidentes, de todos aquellos fenómenos de desgaste físico y mental consignados bajo el nombre de tecnopatía.

Considerar la hipótesis b) permite examinar la relación existente entre estructura y ejercicio del poder en la sociedad, y la estructura y el ejercicio de la autoridad en la fábrica. Entre instituciones destinadas al control social de los conflictos y del comportamiento, e instituciones destinadas al control de la salud y a la prevención de los accidentes en la fábrica; entre los fines y los intereses de la industria de la salud, y los de las instituciones públicas para la atención y la asistencia de los enfermos; entre las industrias del tiempo libre, y las organizaciones recreativas y poslaborales.

La hipótesis c) lleva directamente a excluir la posibilidad de organizar científicamente el trabajo. Rehúsa, por eso, asumir neutralidad o indiferencia sobre la solución técnica del proceso productivo respecto a la finalidad del empleo de los medios productivos y a la consecuente relación de producción que en torno a ella se establece.

Este tipo de análisis permite, también, verificar si en alguna medida, en cada rama de la producción, las influencias que se ejercen sobre el proceso productivo influyen sobre la división y sobre la parcialización del trabajo, sobre la seguridad y la higiene del lugar de trabajo, sobre el clima social interno y externo a la fábrica, sobre las diversas combinaciones de factores productivos, tanto en términos de composición orgánica del capital como de utilización del multiplicador tecnológico y de la creatividad profesional.

Con la hipótesis d) se define en qué medida la división del trabajo, la monotonía de las actividades, la obligatoriedad de los horarios, la fijeza de las actividades físicas y mentales del trabajo en cadena, la pérdida del oficio y del control de los propios movimientos,

las órdenes y los ritmos impuestos a tales movimientos, la determinación del salario basado en incentivos, la pérdida de la finalidad del propio trabajo, contribuyen a la incidencia de los accidentes, de las neurosis y de las tecnopatías, con consecuencias a veces irreversibles.

Por otra parte, las condiciones de vida determinan la salud y la enfermedad de una población. La forma en que se vive, es decir, la circunstancia existencial concreta de cada uno, es lo que define la manera de morir. Es cuestión de tiempo; todos llevamos a costas nuestra muerte, sólo que en el rico ese tiempo será más prolongado y más creativo que en el pobre.

En nuestro país, existen causas de muerte ligadas a la sociedad industrializada, tales como: accidentes, envenenamientos, violencias y enfermedades crónico-degenerativas. En los últimos años se viene presentando una tendencia ascendente en los riesgos derivados de la contaminación del aire, el agua y los suelos, generada principalmente por los desechos urbanos e industriales, cuyo control dista mucho de llegar a ser realidad.

El trabajador expuesto durante su labor a la inhalación de tóxicos cancerígenos desarrollará, al cabo de algunos años, esa temible dolencia. El niño desnutrido tiene muchas probabilidades de morir de algún padecimiento infeccioso, respiratorio o gastrointestinal. La salud y la enfermedad, la vida y la muerte están vinculadas a las condiciones existenciales y, específicamente, al trabajo que se desarrolla.

La regionalización COPLAMAR. La salud de una población depende de la satisfacción de sus necesidades esenciales, del acceso oportuno a los servicios y del saneamiento del ambiente. La determinante estructural del acceso y distribución de dichos elementos se manifiesta de manera diversa en el territorio nacional, por lo que una manera de evaluarlos es a través de la regionalización.

Asimismo, ocurre un enfrentamiento diferencial de los diversos grupos que componen una población a los riesgos de muerte, enfermedad e incapacidad. La salud, como un proceso social e histórico, no es homogénea para una población diferenciada en clases sociales. Las ne-

cesidades esenciales en salud sólo pueden ser definidas racionalmente tomando en cuenta lo anterior, considerando que la satisfacción de las mismas únicamente puede ocurrir en una sociedad que persiga abatir las profundas diferencias sociales y económicas de los grupos que la componen.

Una manera de evaluar los recursos para la salud de un país, es a través de una regionalización que indique la manera como estos recursos están distribuidos, de la facilidad de acceso de la población a esos recursos y la eficiencia y eficacia que tienen en la protección de la salud de la población.

El doctor Angel Bassols indica que: "las regiones son un todo y las partes naturales y económicas que las integran están interrelacionadas, se complementan y actúan el unísono; las regiones se estructuran y se transforman con el tiempo. También las regiones son producto histórico de un desarrollo desigual, dentro de condiciones diversas en el medio natural, demográfico y social. Se integran en forma objetiva y su conocimiento es materia de métodos especiales. Todavía hay controversias respecto a lo que es una región, pero también se confirma el criterio de que éstas sirven como base para la planeación".⁽²⁾

En la región es donde se plasman las relaciones de producción y se manifiestan las diferencias en los niveles de seguridad social que amparan a la población productiva. El trabajo debe considerarse como una ocupación remunerada que, desde el punto de vista psicológico, debe ser agradable. Económicamente el trabajo perturba colectivamente, independientemente de que sea agradable o no, cuando su valor no es suficiente para satisfacer cuando menos las siete necesidades elementales de la vida, que son: 1, alimentación; 2, sexualidad y reproducción; 3, habitación; 4, vestido; 5, conservación de la salud; 6, educación; 7, diversión.

El poder satisfacer estas necesidades elementales constituye lo menos que el hombre debe obtener por su trabajo en un nivel de decoro.

2. Bassols, Angel: La división económica regional de México. Textos Universitarios, UNAM, p. 11, México, 1967.

El trabajo debe proporcionar seguridad de vida y posibilidades para realizarse dentro de un ideal. Cuando el hombre no realiza estos fines esenciales, el trabajo es un factor de perturbación de primer orden.

La Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) realizó una regionalización del país que publicó en la obra "Geografía de la Marginación"⁽³⁾. De acuerdo con el concepto de marginación adoptado, por población marginada se entiende aquella que ha quedado al margen de los beneficios del desarrollo nacional y de los beneficios de la riqueza generada, pero no necesariamente soslayada de la generación de esa riqueza ni mucho menos de las condiciones que la hacen posible.

La base de la regionalización hecha por COPLAMAR comprendió básicamente: a) el cálculo de índices de marginación en diferentes niveles geográficos; b) la delimitación de regiones multiestatales según grados de marginación, y c) la delimitación de zonas y núcleos de mayor marginación en el interior de cada entidad.

Los índices de marginación para todos los niveles geográficos se calcularon a partir de 19 indicadores de las condiciones de vida de la población, que son los siguientes: 1. Bajos ingresos de la población económicamente activa; 2. Subempleo; 3. Población rural; 4. Ocupación agrícola; 5. Incomunicación rural; 6. Subconsumo de leche; 7. Subconsumo de carne; 8. Subconsumo de huevo; 9. Analfabetismo; 10. Población sin primaria; 11. Mortalidad general; 12. Mortalidad preescolar; 13. Habitantes por médico; 14. Viviendas sin agua entubada; 15. Índice de hacinamiento; 16. Viviendas sin electricidad; 17. Viviendas sin drenaje; 18. Sin radio ni televisión; 19. Población que no usa calzado.

En otras palabras, esta regionalización se determinó manejando algunos índices considerados negativos que, en cierta forma, son factores que condicionan y en algunos casos determinan una susceptibilidad a determinada patología.

3. COPLAMAR: Geografía de la marginación, situación actual y perspectivas al año 2000, Siglo XXI, editores, núm. 5, México, 1982.

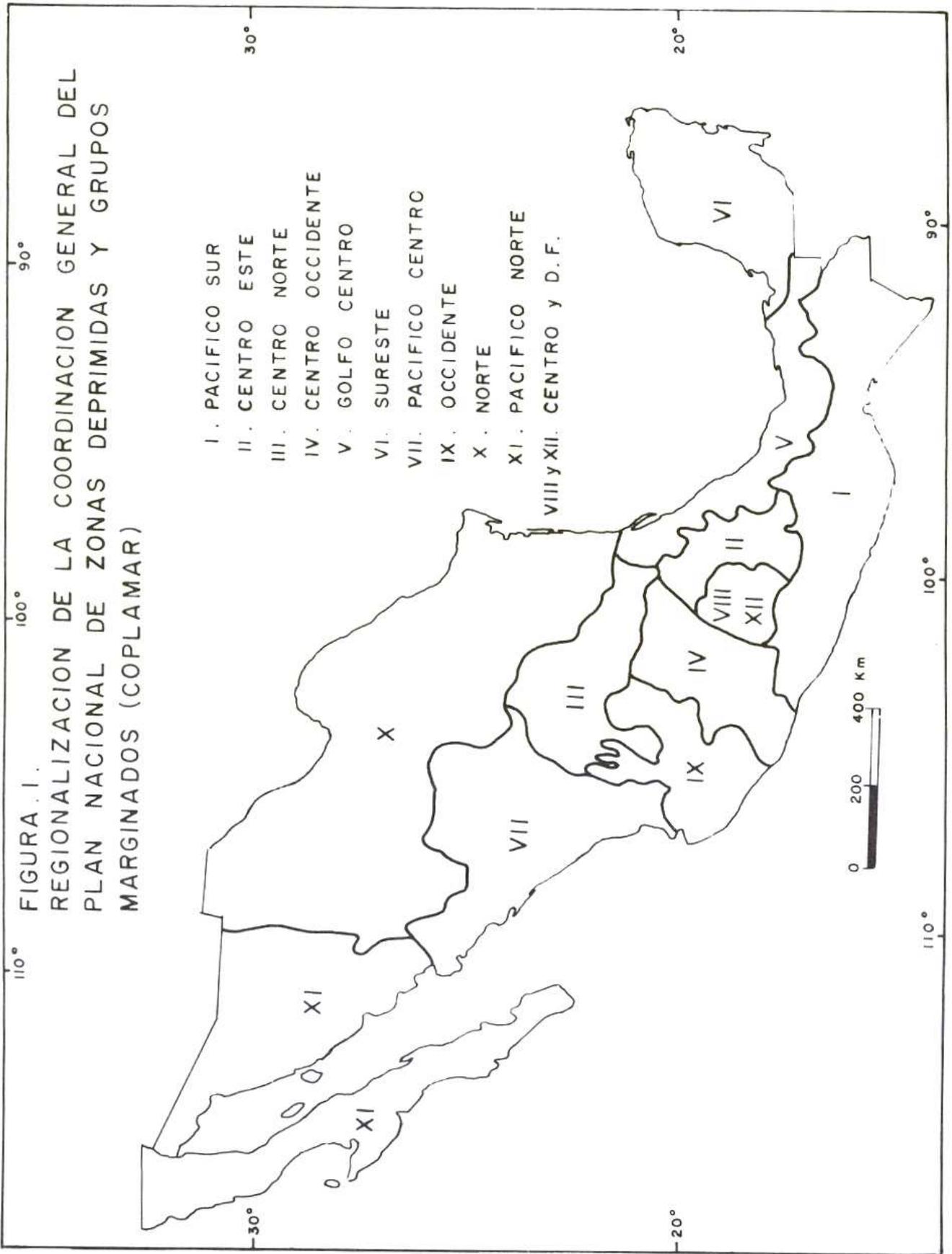
En la Figura 1 se aprecia la regionalización de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, que consta de las siguientes regiones:

- I. Pacífico Sur: Chiapas, Guerrero, Oaxaca
- II. Centro Este : Hidalgo, Puebla, Tlaxcala
- III. Centro Norte: San Luis Potosí, Zacatecas
- IV. Centro Occidente: Guanajuato, Michoacán, Querétaro
- V. Golfo Centro: Tabasco, Veracruz
- VI. Sureste: Campeche, Quintana Roo, Yucatán
- VII. Pacífico Centro: Durango, Nayarit, Sinaloa
- IX. Occidente: Aguascalientes, Colima, Jalisco
- X. Norte: Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas
- XI. Pacífico Norte: Baja California, Baja California Sur, Sonora.
- VIII y XII. Centro y D.F.: Morelos, México, Distrito Federal.

Los daños a la salud del trabajador. El proceso salud-enfermedad, desde el punto de vista social se determina por las condiciones materiales de vida que, a su vez, dependen de la forma en que se utiliza la naturaleza y del grado de desigualdad en la distribución de los bienes que genera la sociedad. Entre los aspectos sobresalientes de las condiciones materiales y culturales de vida están la alimentación, la vivienda, la educación y las condiciones de trabajo e higiene ambiental.

Como las condiciones materiales de vida y los factores educativos y culturales están desigualmente distribuidos entre la población, los cambios favorables en los niveles de salud son diferentes según la clase social.

Un aspecto importante del binomio salud-enfermedad se refiere al ambiente laboral. En las sociedades capitalistas, los empresarios buscan que la fuerza de trabajo produzca al máximo para obtener mayor



ganancia. Esto, aunado a las condiciones ambientales en los lugares de trabajo, se traduce en deterioro, envejecimiento precoz, enfermedades ocupacionales y lesiones invalidantes para los trabajadores. Este fenómeno se manifiesta de manera desigual entre los obreros de sectores y ramas productivas, según las condiciones técnicas de producción y el grado de organización de los trabajadores.

La limitación de la jornada laboral es un factor básico para proteger al trabajador del deterioro físico derivado de los ritmos más intensos que, con el fin de aumentar la productividad, se imponen con los métodos de trabajo a destajo o mediante el control del ritmo del trabajador ante la máquina.

La mala salud reduce la productividad, la capacidad creativa, el desarrollo intelectual y la participación social y política.

El concepto salud-enfermedad suele ser considerado en abstracto, es decir, desligado de situaciones concretas que lo caracterizan y definen, circunstancia que supone tal actitud como el resultado de una ideología fuera de la realidad. Dicho de otro modo, se comete el error de considerar a la salud como una suerte de don fortuito desligado de la biografía del sujeto, de la clase social a la que pertenece, de la ocupación que ejecuta, del ambiente en que vive.

Así, al divorciar el concepto salud de su relación humana, es decir, histórica, social y económica, se desvirtúa en su esencia y, de ahí en adelante, se le maneja como un instrumento al servicio del sistema dominante. Numerosos estudios han demostrado que a un estrato social más elevado corresponde una notoria disminución de los índices de mortalidad y un aumento en la esperanza de vida al nacer; y a medida que se adquiere una educación mejor y se disfruta de más altos ingresos económicos se presentan menos enfermedades.

Lo anterior demuestra que el proceso salud-enfermedad no es un fenómeno aislado, producto de una respuesta biológica individual, sino que se encuentra determinado por el tipo de relación que el hombre establece con la naturaleza, con su sociedad y con sus relaciones de producción.

ducción.

El sistema de medicina individual tiende a considerar al paciente como una colección de sistemas de órganos. En forma casi exclusiva, el tratamiento se reduce a sus modalidades biológicas tales como los medicamentos y la cirugía, y poca o ninguna atención se presta a los factores sociales que podrían ser los causantes de la enfermedad u obstáculos para la recuperación.

Por su parte, la medicina social concibe al individuo como un ser social y biológico. No sólo se interesa por órganos y sistemas, sino por individuos humanos que viven en sociedad. Así, la protección, el mantenimiento y el mejoramiento de la salud exigen la plena utilización tanto de los recursos sociales como de los puramente médicos.

La protección de la salud se basa fundamentalmente en medidas sociales que creen suministros de agua potable y alimentos adecuados; que ofrezcan un control de accidentes; que disminuyan los riesgos en el trabajo; que impidan la contaminación del ambiente y la exposición a radiaciones o a sustancias químicas peligrosas. La nutrición se mejora a través del desarrollo económico, los medios educativos y el enriquecimiento de los alimentos básicos. El descanso y la recreación se promueven mediante el control de la jornada de trabajo y el suministro de medios recreativos. Una buena parte de la educación sobre hábitos sanos la deben llevar a cabo las escuelas y los medios masivos de comunicación tales como la prensa, la radio y la televisión. El papel del médico y del personal que trabaja en el sector salud consiste en ayudar a desarrollar los recursos sociales necesarios para la protección de la salud, llamar la atención sobre sus defectos o carencias y luchar por la creación de nuevos recursos a medida que éstos se vayan haciendo necesarios.

Existe una relación directa entre las deficientes condiciones de vida y las tasas mayores de algunas enfermedades en ciertos grupos de la población. Entre las clases de menos recursos están presentes el bajo nivel de ingreso y de escolaridad, la carencia de servicios médico-sanitarios, y otras deficiencias. De acuerdo con sus ingresos,

hay diferencias entre las clases bajas y asalariados que cuentan con empleo e ingreso fijo y derecho a servicios médicos; mientras que los campesinos pobres, los desempleados que tienen ingresos inestables, la mayoría de las veces no pueden utilizar los servicios médicos. Lo más grave es que las clases bajas tienen que comprar estos servicios a particulares, frecuentemente a precios superiores a los que pueden pagar.

También es evidente que existe una relación directa entre pobreza y altos índices de mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles; asimismo, las enfermedades crónicas y agudas no infecciosas tienen una distribución diferencial por clases sociales. Los trabajadores del asbesto tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer pulmonar y mesotelioma; los teñidores de textiles, cáncer de vejiga; y los obreros del cloruro de polivinilo, cáncer hepático.

El tipo de nutrición de la población refleja el acceso diferencial a una alimentación adecuada y balanceada. La población subnutrida está expuesta a un mayor riesgo de enfermar y morir por enfermedades infectocontagiosas. El problema nutricional se inicia en los individuos desde el momento de su concepción, y adquiere mayor importancia durante el embarazo y en los dos primeros años, perdurando su efecto desfavorable a lo largo de toda la vida. La subnutrición es consecuencia de una injusta distribución del ingreso que mantiene a unos grupos de la población en posibilidad de adquirir sólo lo indispensable para sobrevivir físicamente.

La salud y la enfermedad conforman un dinámico proceso bio-social que está determinado, fundamentalmente, por la estructura económica y las relaciones sociales. Al binomio salud-enfermedad se enfrentan los grupos sociales de manera diferenciada. De esta manera, en función de la posición en el proceso productivo varían los riesgos de muerte, enfermedad e incapacidad. De acuerdo con esta concepción, la necesidad esencial en salud es atenuar el enfrentamiento diferencial de la población al proceso salud-enfermedad.

Si las condiciones materiales de vida de la población actualmente mejoraran, hasta alcanzar la satisfacción de sus necesidades esen-

ciales y obtener atención integral y oportuna de los servicios de salud, las tasas de mortalidad de la población se modificarían radicalmente, de acuerdo con las tendencias que marca la epidemiología, para los diferentes estratos sociales de la población.

El desarrollo de la epidemiología corresponde a la etapa no sólo del desarrollo de nuevas teorías sobre el trabajo, sino de la implantación de nuevas condiciones de trabajo y productividad que afectan profundamente la salud de los trabajadores. Las nuevas condiciones de higiene y de alimentación colectivas eran requisitos básicos para el desarrollo de las nuevas técnicas de producción que se sintetizan en el taylorismo; pero dichos mejoramientos objetivos no pueden impedir, dado el crecimiento intensivo de los ritmos productivos y sociales, la presencia de nuevas condiciones negativas de salud para los trabajadores. A pesar de esto, la salud pública y los programas epidemiológicos no tomaron en cuenta estas nuevas condiciones, y la enfermedad de los trabajadores sólo es registrada a través del rubro de accidentes laborales.⁽⁴⁾

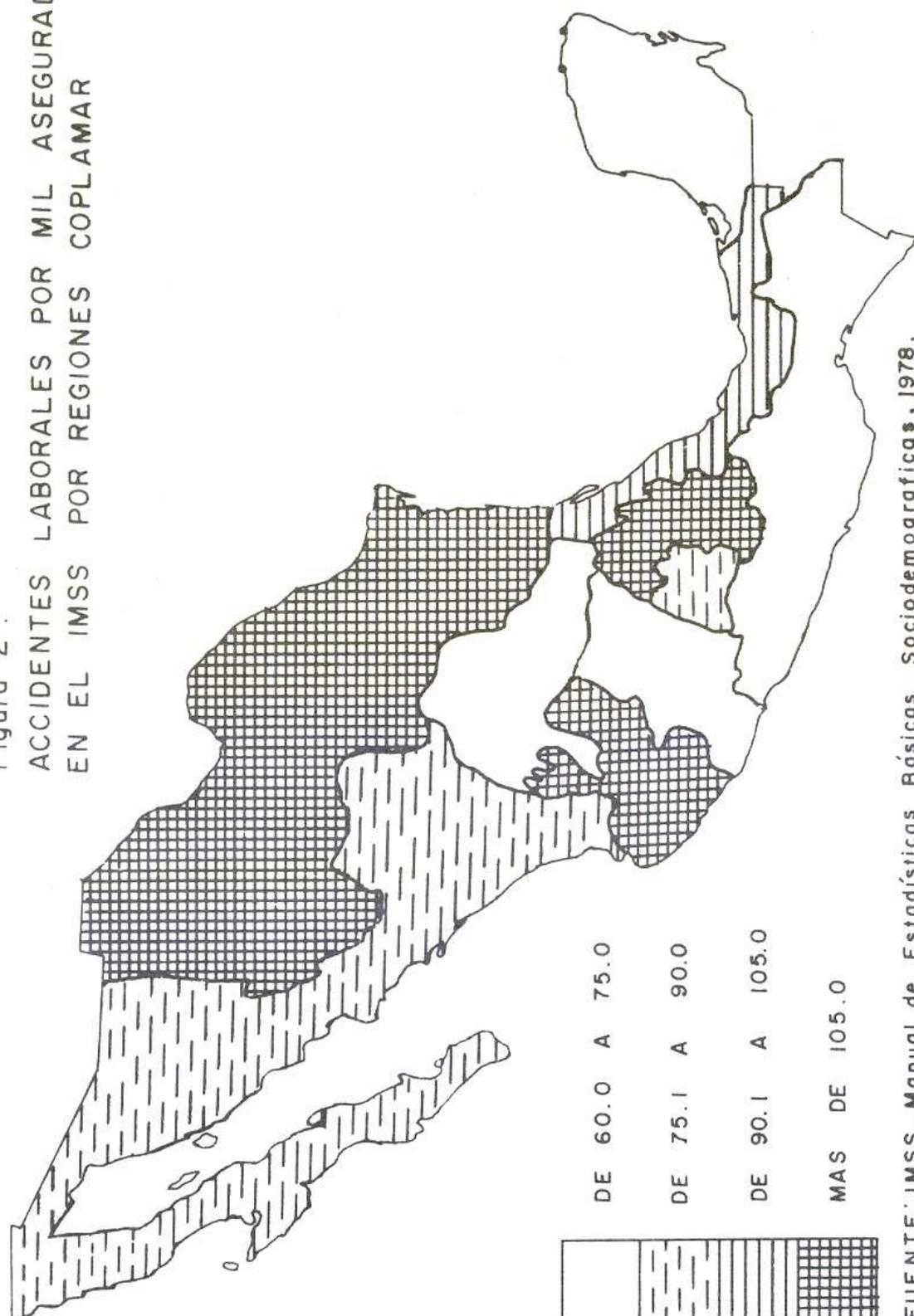
Por otra parte, sólo excepcionalmente se hace referencia a la salud como a "una condición de armónico equilibrio funcional, físico y psíquico del individuo dinámicamente integrado en su ambiente natural, de trabajo y social"⁽⁵⁾, y al concepto de enfermedad como una ruptura de ese equilibrio.

En la industria, el rubro que presenta la máxima incidencia es el de accidentes. Un accidente de trabajo es un hecho involuntario y repentino consecutivo a la exposición a un riesgo propio del trabajo, que sobreviene durante él o con ocasión del mismo, que determina la muerte del obrero o un estado morbosos que lo incapacita en alguna forma, parcial o total, temporal o definitiva. Así como las enfermedades profesionales, los accidentes de trabajo constituyen un riesgo específico.

4. Basaglia, Franco: La salud de los trabajadores. Aportes para una política de salud, Ed. Nueva Imagen, pp. 58-62, México, 1978.

5. Soppelli, C.: Salud para los marginados, Ed. Romana, p. 18, Milán, 1978.

Figura 2.
 ACCIDENTES LABORALES POR MIL ASEGURADOS
 EN EL IMSS POR REGIONES COPLAMAR



FUENTE: IMSS, Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas, 1978.

Sin contar las enfermedades comunes que se acentúan por el trabajo, los accidentes constituyen el riesgo que produce mayores pérdidas económicas para las personas involucradas, para la industria y para el país. Los más gravosos son los accidentes menores, porque son los más comunes. Debido a la inseguridad del ambiente industrial, los accidentes son más frecuentes en ciertos sectores que en otros.

En la República Mexicana, las tasas de accidentes laborales por mil asegurados, registrados en el Instituto Mexicano del Seguro Social, presentan valores superiores a 105, en las regiones: Norte, Occidente y Centro Este. Las regiones COPLAMAR que presentan las tasas más bajas corresponden, desde luego, a las menos industrializadas, pero, aun así, registran valores entre 60 y 75. Ver Figura 2.

Los tipos de accidentes más frecuentes registrados, según la lesión, son las heridas y las contusiones, que, de acuerdo con el IMSS, representan el 43% y el 27.9%, respectivamente, entre los asegurados, ya sean eventuales o permanentes. Ver Cuadro 1.

Los accidentes de mayor incidencia que se presentan son: golpes por objetos y contra ellos, 46.6%; atrapados, 14.9%; escoriados, 13.1%; caídas, 11%. Ver Cuadro 2.

Las regiones anatómicas más susceptibles a accidentes, según los registros del personal derechohabiente del Seguro Social son, principalmente, las extremidades: manos, 46.2%; pies, 15.8%; miembro superior, 10.1%; miembro inferior, 9.5%. Les sigue en incidencia la cabeza, principalmente los ojos, con el 7.8%. Ver Cuadro 3.

Los riesgos específicos que ofrece el trabajo se pueden agrupar en: enfermedades profesionales, accidentes del trabajo, enfermedades comunes condicionadas por el trabajo y fatiga industrial. Además de estos riesgos específicos hay muchos otros que derivan de condiciones generales tales como las deficiencias de saneamiento básico en los ambientes de trabajo.

Las causas que producen los riesgos del trabajo son de origen muy diverso. Algunos de los problemas surgen de la naturaleza misma

CUADRO 1

ACCIDENTES Y DAÑOS DE TRABAJO REGISTRADOS POR EL IMSS, REGIMEN PERMANENTE Y EVENTUAL, SEGUN TIPO DE LESION, 1980.

TIPO DE LESION	CASOS	%
Heridas	236 514	43.0
Contusiones	153 630	27.9
Quemaduras	41 587	7.6
Torceduras y esguinces	25 185	4.5
Cuerpo extraño	28 636	5.2
Fracturas	29 169	5.4
Efectos tóxicos diversos	9 362	1.7
Lesiones superficiales	7 815	1.4
Luxaciones	6 289	1.2
Amputaciones	3 924	0.7
Varios de frecuencia menor	7 840	1.4
Total	549 951	100.0

Fuente: Jefatura de Medicina del Trabajo, IMSS.

CUADRO 2

ACCIDENTES Y DAÑOS DE TRABAJO REGISTRADOS POR EL IMSS, REGIMEN PERMANENTE Y EVENTUAL, SEGUN TIPO DE ACCIDENTES, 1980

TIPO DE ACCIDENTE	CASOS	%
Golpeado por y contra objetos	256 277	46.6
Atrapado por, bajo o entre	86 943	14.9
Escoriado o con abrasión	72 044	13.1
Caída, el mismo o inferior nivel	54 995	11.0
Sobreesfuerzo	23 648	4.3
Contacto con temperaturas externas	16 498	3.0
Reacción corporal	13 699	2.4
Contacto con radiaciones y sustancias cáusticas, tóxicas o nocivas	9 349	1.7
Accidentes con o sin colisión	8 799	1.6
Contacto con corriente eléctrica	6 599	1.2
Tipo de accidente sin causa especificada	1 100	0.2
Total	549 951	100.0

Fuente: Jefatura de Medicina del Trabajo, IMSS.

CUADRO 3

ACCIDENTES Y DAÑOS DE TRABAJO REGISTRADOS POR EL IMSS, REGIMEN
PERMANENTE Y EVENTUAL, SEGUN REGION ANATOMICA, 1980

REGION ANATOMICA AFECTADA	CASOS	%
Mano	254 077	46.2
Pie	86 692	15.8
Miembro superior	55 545	10.1
Miembro inferior	52 245	9.5
Ojos	42 896	7.8
Cabeza y cara	23 298	4.2
Cuerpo en general	16 498	3.0
Cuello y tórax	9 349	1.7
Tronco	3 852	0.7
Varios	5 499	1.0
Total	549 951	100.0

Fuente: Jefatura de Medicina del Trabajo, IMSS.

del ambiente industrial, del proceso industrial y de las materias que se usan.

A veces se trata de la exposición prolongada a polvos tóxicos, vapores, gases, venenos, temperaturas y humedad excesivas, iluminación defectuosa, ruidos, vibración, ventilación inadecuada, hacinamiento, mal estado sanitario en general; otras veces proviene de factores tales como las horas de trabajo, la fatiga, las enfermedades infecciosas, la mala nutrición, defectos en la higiene corporal o en la esfera mental.

Los riesgos de trabajo registrados por el IMSS, que produjeron incapacidad permanente y muerte, por accidentes de trabajo, accidentes de tránsito y por enfermedades de trabajo, sumaron un total de 15 578 casos, de los cuales 12 739 provocaron alguna incapacidad permanente y 2 839 fueron mortales. Los riesgos por accidentes de tránsito provocaron 1 016 casos de los cuales el 43.2% fueron letales y 56.8% sufrieron alguna incapacidad. Los accidentes de trabajo registrados fueron 12 441 de los cuales 18.3% fueron mortales y el 81.3% provocaron incapacidad permanente. El riesgo menos letal son las enfermedades de trabajo, que en 1980 sumaron 2 121 casos, de los cuales el 5.8% fueron mortales y el 94.2% determinaron alguna incapacidad. Ver Figura 3 y Cuadro 4.

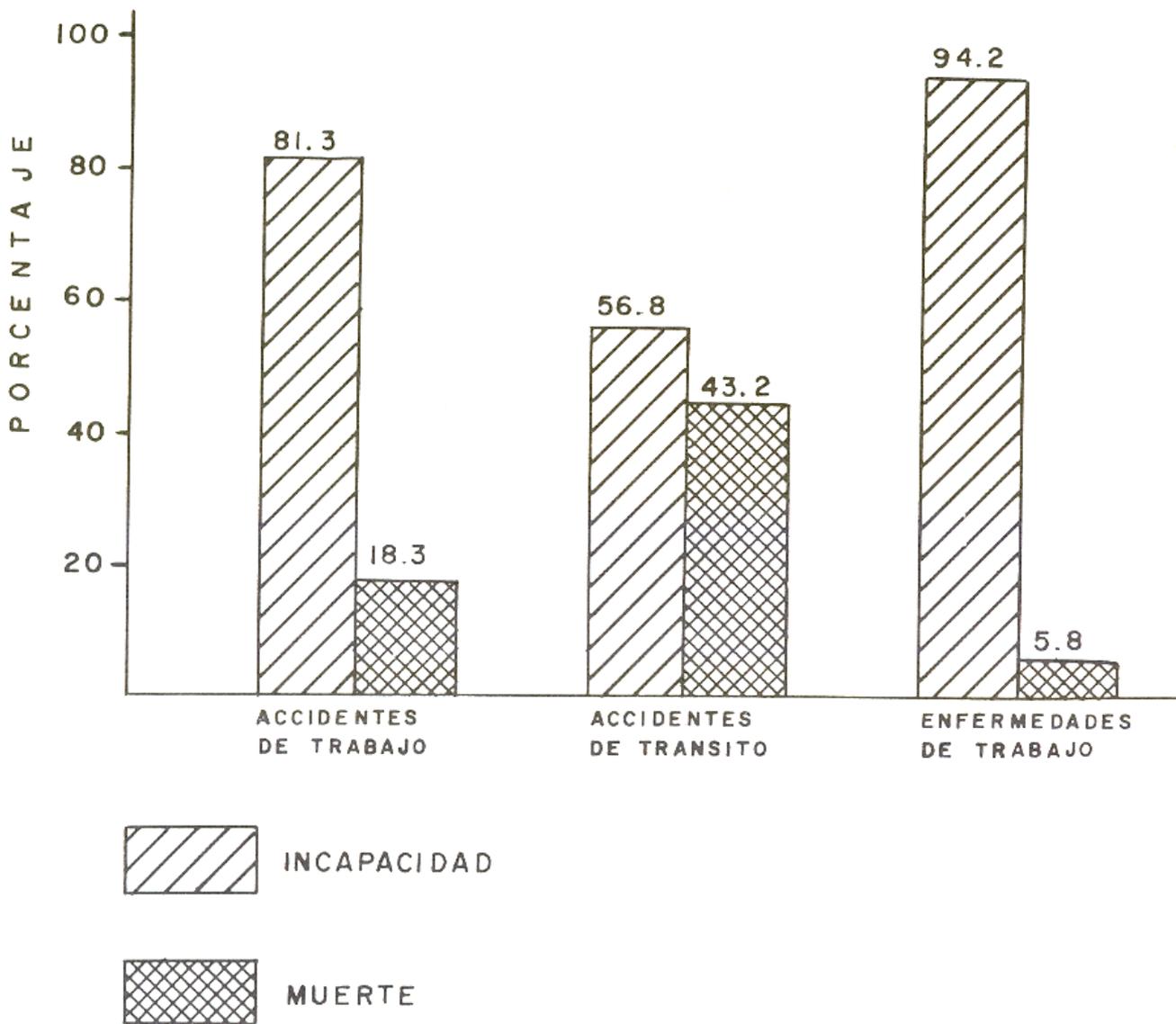
Una enfermedad profesional es aquella que presenta una relación de causa efecto con el ejercicio de la profesión u oficio, que constituye un cuadro clínico más o menos constante y característico, directamente atribuible al trabajo en sí o a las diversas sustancias con las cuales el trabajador se pone en contacto durante su ejecución.

Se calcula que existen alrededor de dos mil enfermedades atribuibles al trabajo. ⁽⁶⁾ Hay que distinguir de éstas las enfermedades indirectamente profesionales, que son cuadros de la patología ordinaria que pueden encontrar condiciones propicias para su desarrollo en el desempeño de un oficio o profesión. Es el caso de la anquilostomía

6. San Martín, Hernán: Salud y Enfermedad, La Prensa Médica Mexicana, p. 199, México.

FIGURA 3

RIESGOS DE TRABAJO REGISTRADOS POR EL IMSS , QUE PRODUJERON INCAPACIDAD PERMANENTE Y MUERTE, 1980.



FUENTE: Jefatura de Servicios de Sistematización, IMSS.

CUADRO 4

RIESGOS DE TRABAJO REGISTRADOS POR EL IMSS, QUE PRODUJERON INCAPACIDAD PERMANENTE Y MUERTE, 1980.

RIESGO	INCAPACIDAD PERMANENTE	MUERTE	TOTAL DE CASOS
Accidentes de trabajo	10 165 - 81.3%	2 276 - 18.7%	12 441 - 100%
Accidentes de tránsito	577 - 56.8%	439 - 43.2%	1 016 - 100%
Enfermedades de trabajo	1 997 - 94.2%	124 - 5.8%	2 121 - 100%
Total de riesgos	12 739	2 839	15 578

Fuente: Jefatura de Servicios de Sistematización, IMSS.

sis, del asma del cáñamo, de la tuberculosis, etcétera, en las cuales es difícil precisar la relación entre el trabajo y la enfermedad.

La enfermedad profesional es producida por un riesgo industrial específico y no sucede fuera de esa ocupación; sin embargo, cualquier enfermedad está determinada por una multicasualidad que impide establecer una sola causa definitiva,

En la Figura 4 se puede apreciar la distribución espacial, por regiones COPLAMAR, de enfermedades laborales por 100 mil asegurados en el IMSS, donde destacan las regiones Norte, Centro Norte y Centro Este, con tasas mayores a 60. Les sigue, en orden descendente, la región Centro y D.F., con un intervalo de clase entre 30 y 60; el resto del país presenta una tasa inferior a 30 casos de enfermedades laborales por 100 mil derechohabientes del Seguro Social.

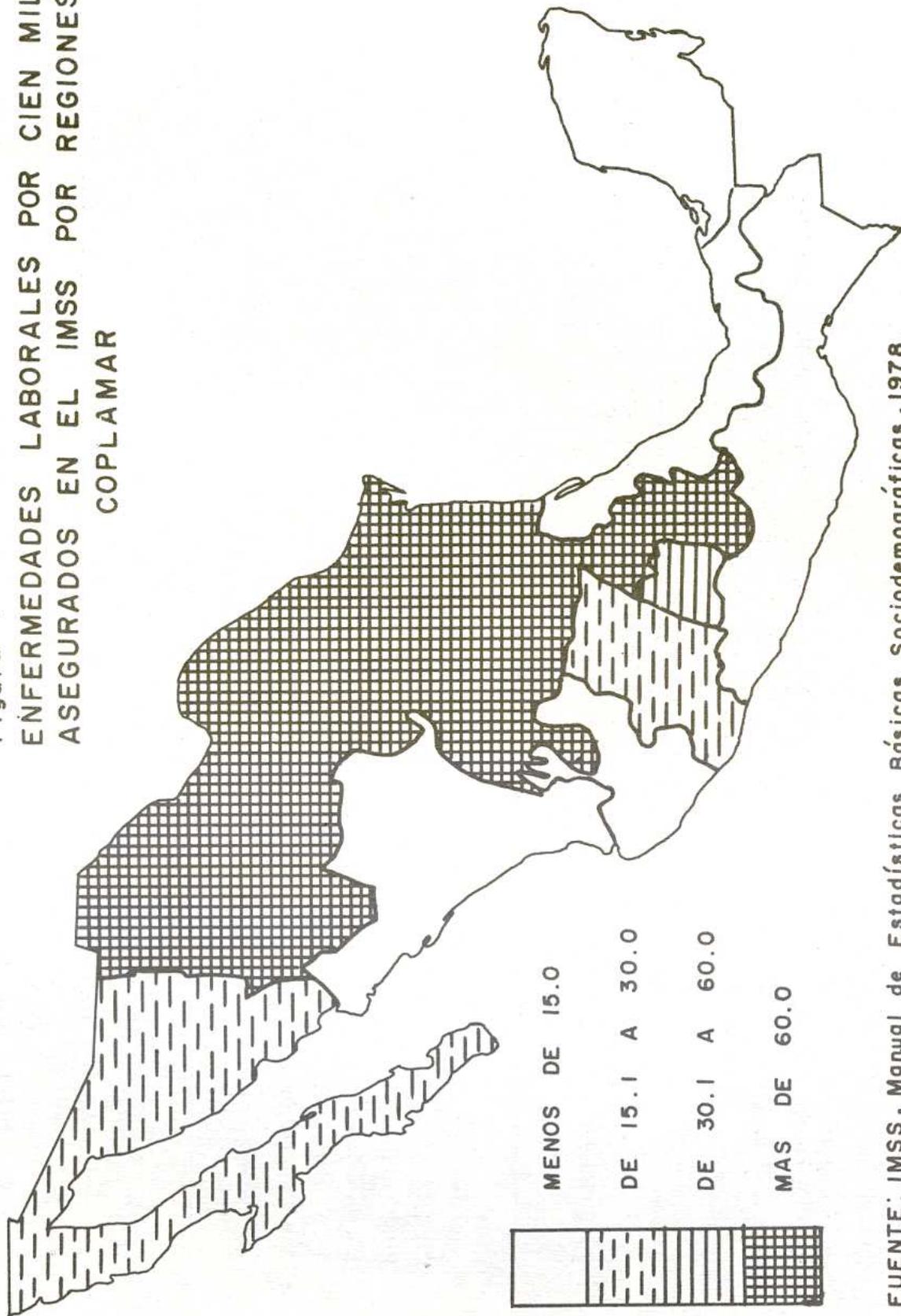
La secuela económica más importante para el capital, de las enfermedades laborales, es el tiempo que se deja de trabajar y que es necesario suplir con fuerza de trabajo supernumeraria. Al respecto, el IMSS registró cerca de 20 millones de días subsidiados en el año de 1976, de los cuales el 41.6% corresponden a riesgos de trabajo y el 58.4% a enfermedades generales. Los días subsidiados por el IMSS representaron más de 1 500 millones de pesos, en 1976, lo que implicó una erogación cercana al 5% del total de los ingresos del Seguro Social. Ver Cuadro 5.

A nivel individual, los traumatismos psicosomáticos que lleva consigo una enfermedad laboral se manifiestan en la susceptibilidad a perder la armonía con el entorno laboral, familiar, y social, que frecuentemente se manifiesta por el reconocimiento que se otorga al que es productivo en esta sociedad de consumo, y que, por otra parte, margina al económicamente dependiente aun cuando haya pagado de antemano el derecho a su protección socioeconómica.

Se podría decir que el tema de la salud no es estructural si se le observa solamente bajo el papel de la racionalización de los componentes sanitarios, de su difusión y del servicio sanitario.

Pero si la salud es salario, ocupación, horas extra, modo de

Figura 4
 ENFERMEDADES LABORALES POR CIENTO MIL
 ASEGURADOS EN EL IMSS POR REGIONES
 COPLAMAR



FUENTE: IMSS, Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas, 1978.

CUADRO 5

INCAPACIDADES OTORGADAS, DIAS DE TRABAJO NO LABORADOS Y SUBSIDIADOS E IMPORTE TOTAL DE LOS SUBSIDIOS DIRECTOS PARA TRABAJADORES ASALARIADOS EN EL IMSS, 1976.

CONCEPTO	INCAPACIDADES		DIAS SUBSIDIADOS		IMPORTE DE LOS SUBSIDIADOS	
	MILES DE INCAPACIDADES	%	MILES DE DIAS	%	MILLONES DE PESOS (2)	%
TOTAL (1)	977.5	100.0	19 987.8	100.0	1 598.4	100.0
POR RIESGOS LABORALES	440.9	45.1	8 312.5	41.6	836.0	52.3
POR ENFERMEDADES GENERALES	536.6	54.9	11 675.4	58.4	762.4	47.7

1. No incluye las incapacidades por maternidad

2. En 1976, los ingresos totales del IMSS fueron de 33 906 millones de pesos, representando los subsidios el 4.7% del total.

FUENTE: Jefatura de Servicios de Sistematización.

trabajar y de vivir, ritmos de trabajo, desarrollo productivo, económico y urbanístico, equilibrio ecológico, igualdad social, discriminación y segregación, se debe, entonces, decir que la salud es un tema estructural en el que cada elemento que incide en la salud lo es de la estructura que determina el nivel de salud o de la patología dominante de una comunidad. Cada elemento, a su vez, tiene una jerarquía según el lugar y el tiempo en que dicha estructura se presenta.

La difusión estructural del sector salud se origina en la irracional multiplicidad de instituciones públicas de salud y la duplicación de esfuerzos a que esto da lugar, que son obstáculos no menos importantes para la satisfacción adecuada de las necesidades sanitarias y asistenciales de la población en general y de los trabajadores en particular.

Los recursos para la salud. Una manera de evaluar la atención para la salud de los trabajadores es a través de los recursos para la salud que comprenden, básicamente, tres tipos: 1. Los recursos financieros que constituyen los ingresos económicos que tienen las instituciones de seguridad social. 2. Los recursos instalados o físicos tales como centros hospitalarios, el número de camas, censadas, los gabinetes de diagnóstico radiológico, los laboratorios clínicos y los quirófanos. 3. Los recursos humanos tales como médicos, enfermeras y otros técnicos que se dedican al diagnóstico y rehabilitación.

Para analizar la cobertura real se ha examinado la capacidad que tienen los recursos instalados y humanos para prestar servicios de calidad aceptable a una determinada población. Este análisis se realiza con indicadores que muestran la cantidad de derechohabientes que se puede atender adecuadamente con un determinado recurso, suponiendo su uso eficiente.

Estos indicadores obedecen a normas y experiencias internacionales y nacionales que suponen una alta productividad del recurso, así como una administración eficiente basada en un sistema de atención médica supuestamente escalonada y regionalizada.

Los indicadores de cobertura de los recursos físicos y humanos

para la atención a la salud señalan la capacidad máxima de atención poblacional por unidad de recurso. Mediante la aplicación de los indicadores se determinan los recursos necesarios para atender la salud de una población dada, e, inversamente, dado un recursos determinado se puede estimar la capacidad de cobertura poblacional.

Para cada recurso instalado y humano de atención para la salud, COPLAMAR calculó los indicadores que señalan la capacidad máxima de cobertura de población por unidad, para la República Mexicana:

Un médico para 1 117 habitantes

Una enfermera para 559 habitantes, o dos enfermeras por médico

Una cama censable para 532 habitantes

Un gabinete radiológico para 31 250 habitantes

Un laboratorio clínico para 11 628 habitantes

Un quirófano para 16 667 habitantes

En la República Mexicana, el número de médicos por 10 000 habitantes, de todas las instituciones de asistencia, presentan una distribución poco favorable para la mayor parte de la población, principalmente en el sur y en las entidades de Sinaloa, Durango y Zacatecas. Ver Figura 5. Esta situación se agrava porque la concentración de los servicios médicos es todavía mayor en las ciudades. En las pequeñas poblaciones rurales, aun cuando cuenten con centro de salud atendido por un pasante de la carrera de medicina, a éste frecuentemente no se le encuentra porque reside en la población más cercana que presente mayores comodidades.

La distribución de las enfermeras en el país, es sensiblemente mejor. Ver Figura 6. Esto indica que gran parte de la atención médica es suministrada por el personal de enfermería; sin embargo, todavía se presentan carencias importantes de este personal que también se concentra en las ciudades con mayor equipo médico.

Como consecuencia de lo anterior, los recursos instalados o físicos también se concentran en las ciudades que tienen servicios centrales y cierto equipo que fomenta la acumulación de servicios técnicos para la salud, por lo que muchos de ellos son subutilizados. Fig

FIGURA 5
 NUMERO DE MEDICOS POR 10 000 HABITANTES DE TODAS LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA EN LA REPUBLICA MEXICANA.

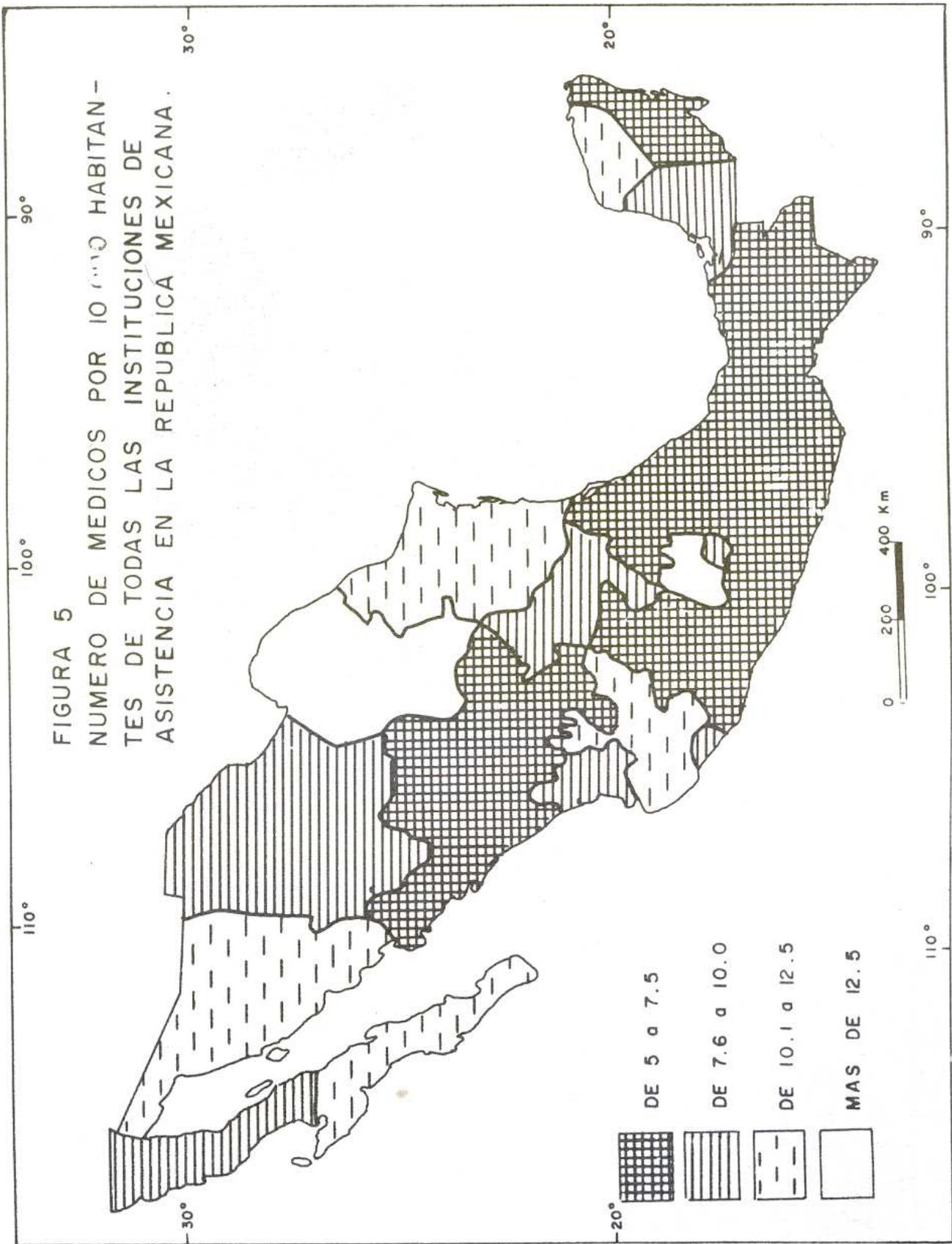
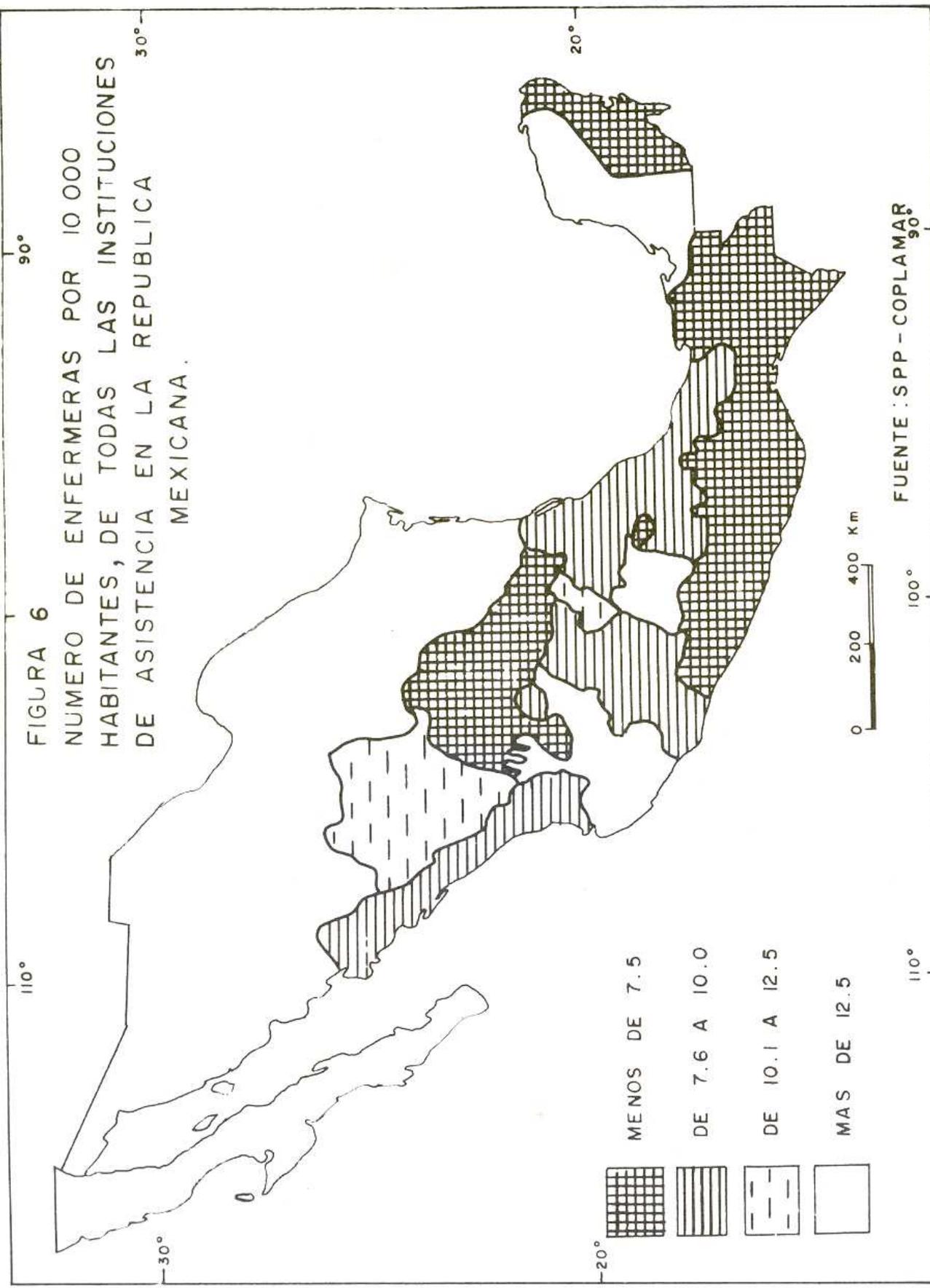


FIGURA 6
 NUMERO DE ENFERMERAS POR 10 000
 HABITANTES, DE TODAS LAS INSTITUCIONES
 DE ASISTENCIA EN LA REPUBLICA
 MEXICANA.



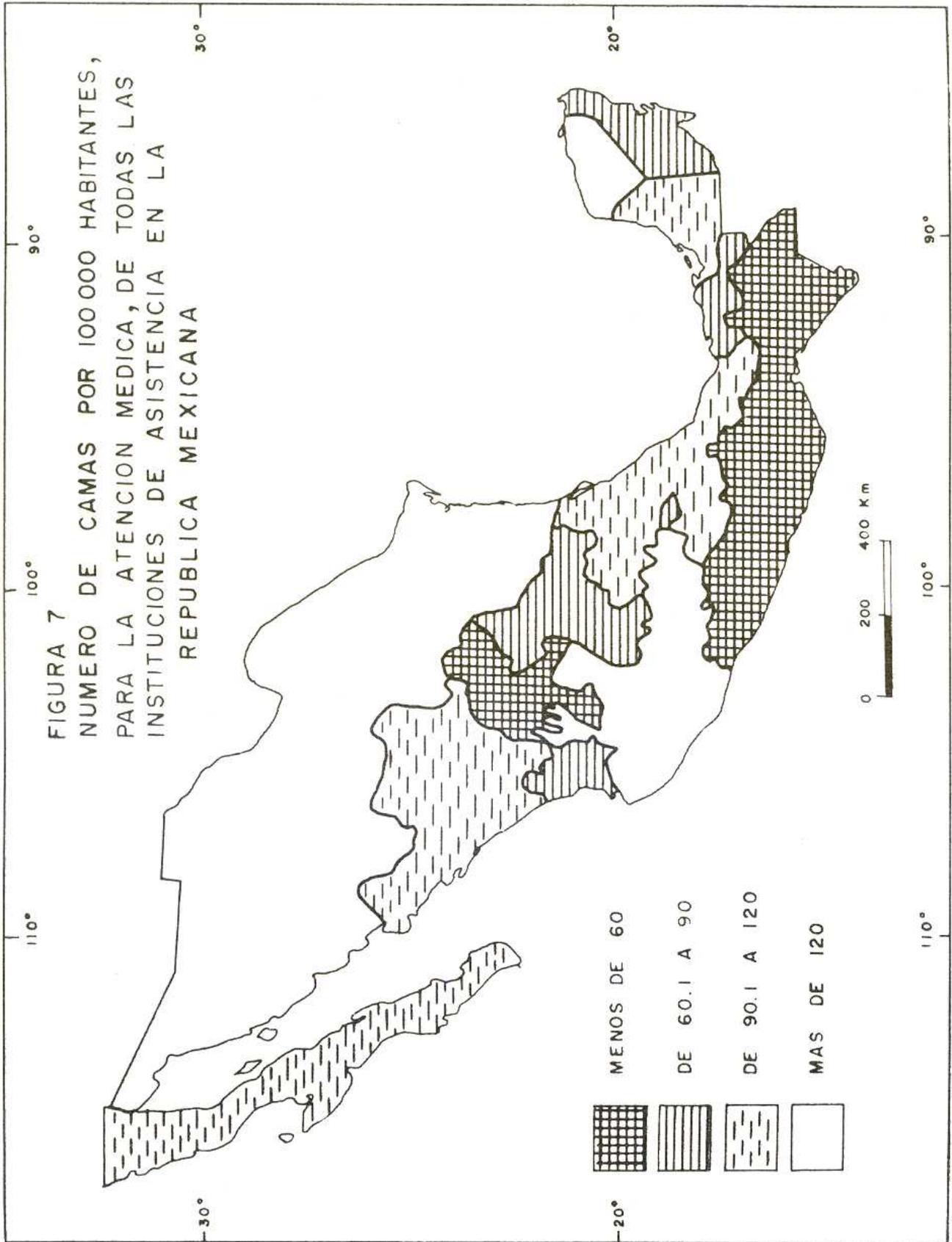
ra 7 y 8. La racionalización de los recursos físicos para la atención médica sólo se podrá obtener de una manera más eficiente cuando la racionalización que se emplee tome en consideración los indicadores establecidos y haya una verdadera política para la salud, que incluya a toda la población y no solamente a la que es derechohabiente de algún sistema de seguridad social.

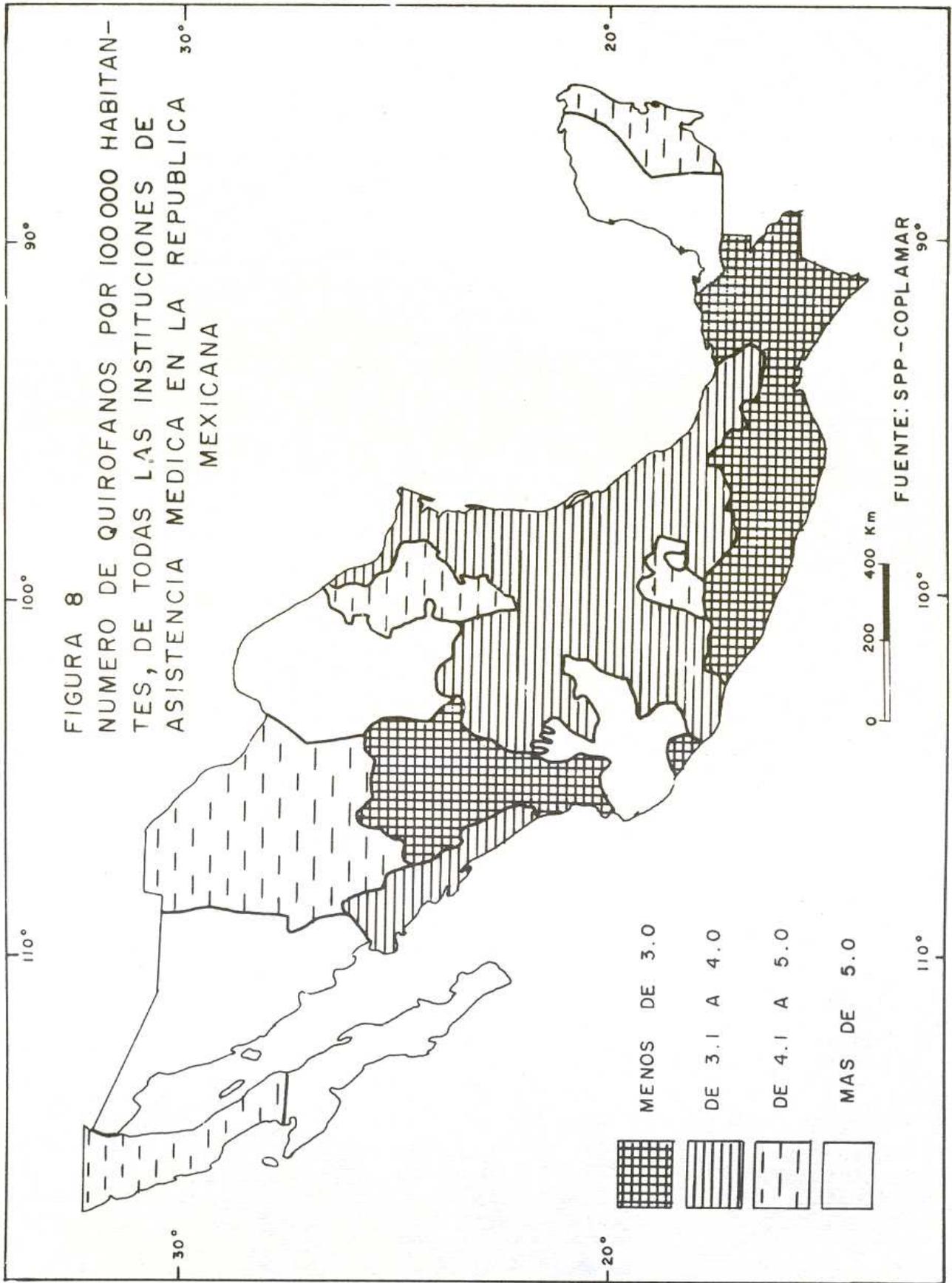
Mediante una cuota periódica se adquiere el derecho a los servicios médicos de la seguridad social, y no es necesario ningún pago adicional cuando se recibe el servicio. Además de las cuotas del trabajador, el financiamiento se complementa con aportaciones de los patrones y del Estado. Se trata de un servicio no mercantil de financiamiento y socializado. Sin embargo, en la medida en que no cubre a toda la población, es un sistema discriminatorio en el que la sociedad en su conjunto aporta recursos para los servicios de salud destinados sólo a una parte de la población.

En 1978, año del cual se dispone de información por entidades federativas, la cobertura nominal de los sistemas de seguridad social mostraba grandes diferencias. En un extremo Coahuila, con el 66.2%, tenía el mayor porcentaje de cobertura nominal; en el otro, Oaxaca era la de menor cobertura, con 16.6%. Así, el rango de variación es de 50%. Oaxaca, Tabasco, Guerrero y Michoacán, son los cuatro estados con menor cobertura nominal, todos ellos con menos del 20%. Ver Figura 9. Cuadro 6.

En cambio, las entidades federativas situadas arriba de la media nacional de cobertura nominal eran, en orden de mayor a menor cobertura: Coahuila, Aguascalientes, Distrito Federal, México, Querétaro, Yucatán, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Hidalgo y Morelos.

Las regiones con mayor población cubierta nominalmente son las de menor índice de marginación; todas ellas tienen valores de cobertura nominal cercanos o superiores al promedio nacional. Las regiones con mayor índice de marginación tienen una cobertura nominal mucho menor: entre el 19.55 y el 29.4%, que son la Pacífico Sur, Centro Este, Centro Norte, Centro Occidente y Golfo Centro. De todo el país, la





CUADRO 6

COBERTURA NOMINAL DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL POR REGION Y ENTIDAD FEDERATIVA, 1978.

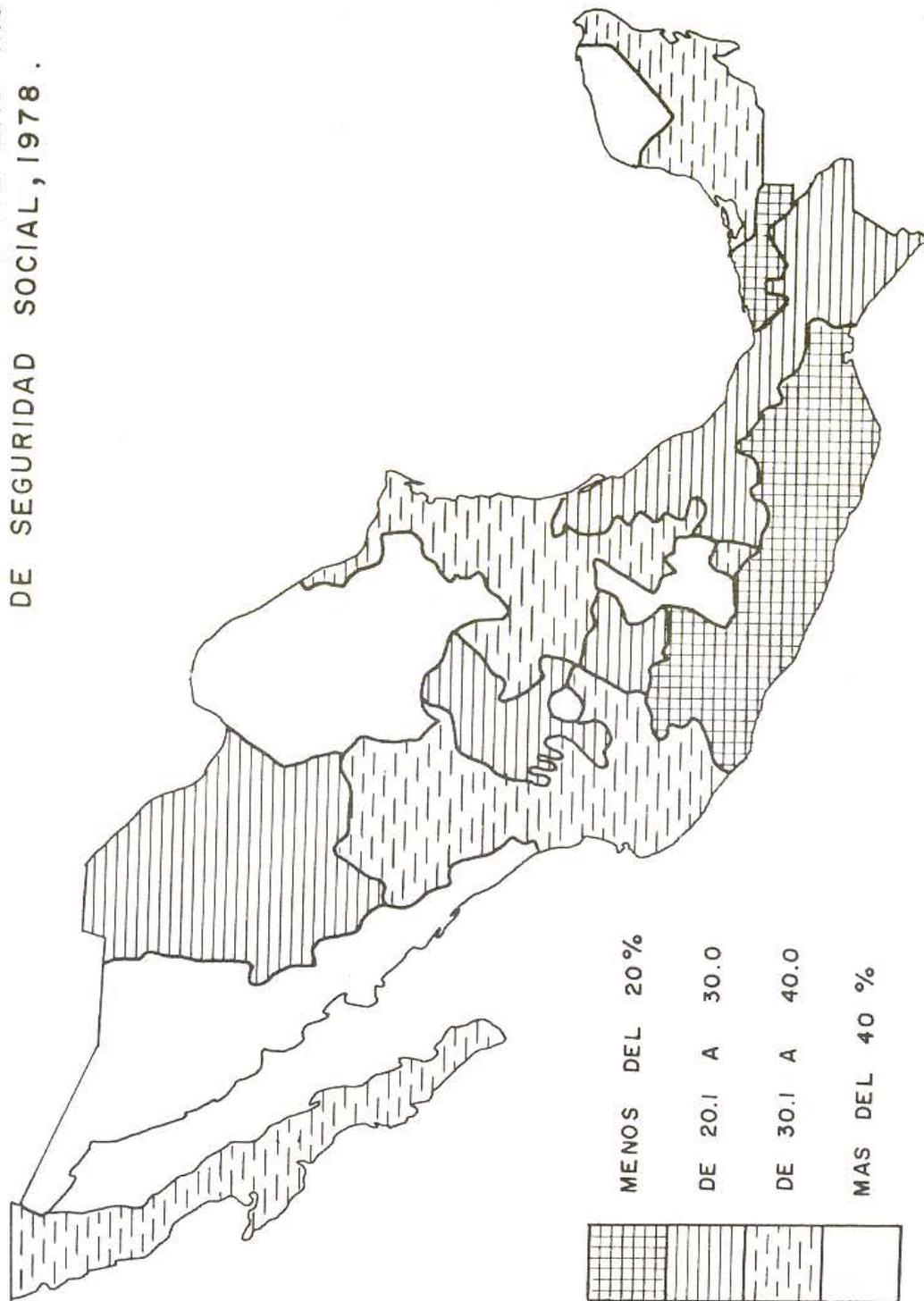
REGIONES Y ENTIDADES FEDERATIVAS	COBERTURA NOMINAL	PORCENTAJE DE LA POBLACION
TOTAL NACIONAL	27 742 828	38.0
I. <u>Pacífico Sur</u>	1 245 543	19.5
Chiapas	453 953	22.5
Guerrero	415 900	19.8
Oaxaca	375 690	16.6
II. <u>Centro Este</u>	1 465 193	28.6
Hidalgo	562 398	39.6
Puebla	747 463	23.4
Tlaxcala	155 332	31.5
III. <u>Centro Norte</u>	782 699	29.4
San Luis Potosí	491 718	31.4
Zacatecas	290 981	26.4
IV. <u>Centro Occidente</u>	1 694 051	26.7
Guanajuato	798 186	28.2
Michoacán	568 575	19.9
Querétaro	327 290	50.4
V. <u>Golfo Centro</u>	1 592 159	25.0
Tabasco	208 470	18.7
Veracruz	1 383 689	26.3
VI. <u>Sureste</u>	687 922	45.2
Campeche	139 948	37.6
Quintana Roo	60 790	36.1
Yucatán	487 184	49.6

REGIONES Y ENTIDADES FEDERATIVAS	COBERTURA NOMINAL	PORCENTAJE DE LA POBLACION
VII. <u>Pacífico Centro</u>	1 364 551	36.0
Durango	369 576	31.2
Nayarit	222 106	30.6
Sinaloa	772 869	41.6
IX. <u>Occidente</u>	1 972 963	37.2
Aguascalientes	276 606	60.8
Colima	110 493	31.5
Jalisco	1 585 864	35.3
X. <u>Norte</u>	3 443 082	42.9
Coahuila	910 313	66.2
Chihuahua	632 088	29.4
Nuevo León	1 164 212	45.9
Tamaulipas	736 469	37.3
XI. <u>Pacífico Norte</u>	1 147 888	36.6
Baja California	426 686	30.1
Baja California Sur	71 394	36.9
Sonora	649 806	42.6
VIII y XII. <u>Centro y D.F.</u>	9 346 777	54.5
Morelos	376 466	39.5
Valle de México	8 970 311	55.4

Incluye: IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM.

Fuente: Elaboración COPLAMAR, Cuaderno de Información del Sector Salud, 1981.

Figura 9
 COBERTURA NOMINAL DE LAS INSTITUCIONES
 DE SEGURIDAD SOCIAL, 1978 .



FUENTE: COPLAMAR, Sector Salud .

Pacífico Sur, la más marginada, es también en la que menor cobertura tiene la seguridad social.

Para los trabajadores libres, no pertenecer a un sistema de seguridad social implica estar desvalidos ante cualquier riesgo. F. Zweig, (7) en su obra Labour, Life and Poverty, opina que todavía no se ha comprendido lo que significa la salud para el obrero. La mayor contribución que puede ofrecer un Estado, para combatir la pobreza, consiste en mejorar las condiciones de salud de los trabajadores, porque no teniendo éstos otra cosa que ofrecer más que el servicio de su trabajo, cuando la enfermedad los imposibilita se quedan sin nada. Esta es la razón por la que los obreros libres sienten tanto la inseguridad cuando se enferman, porque para ellos todo depende de su capacidad de trabajo y de su salud, ambas cosas de precaria estabilidad.

Las posibilidades de mejorar la estructura de salud y la intención de ampliar los servicios a todos los habitantes, requiere de un sistema estructural más eficiente. Aun los recientes e importantes esfuerzos de ampliación de la cobertura y los apoyos a la compatibilización de programas reclaman acciones más eficaces.

La integración de los servicios representa grandes posibilidades para los programas de salud y para la población atendida, entre los que destacan:

1. Planear de una manera más completa los servicios de salud, con la participación activa de la comunidad, identificando claramente las políticas y los objetivos nacionales, regionales, estatales y municipales en materia de salud.

2. Formular un programa de desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud en los niveles nacional, regional, estatal y municipal, para lograr:

- 2.1 La ampliación de la cobertura a toda la población.

7. Zweig, F.: Labour, Life and Poverty, Gollancz Ltd., p. 19, London, 1979.

2.2 La regionalización de los servicios dentro de un esquema por niveles de atención.

2.3 La racionalización y optimización de los recursos humanos, financieros y físicos.

3. Coordinar, con las instituciones educativas, el desarrollo cuantitativo y cualitativo de los recursos humanos para la salud, a fin de satisfacer las necesidades a corto, mediano y largo plazo, de auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas.

4. Desarrollar programas de adiestramiento y capacitación en el trabajo, y de educación continua, destinados al personal de salud.

5. Reforzar los programas de educación para la salud, dirigidos a la población, a fin de fomentar hábitos preventivos y de higiene de la comunidad.

6. Formular una política de desarrollo de la investigación biomédica y médico-social, favoreciendo la que tenga mayor repercusión sobre la salud de la población.

7. Consolidar un sistema nacional de información sobre las características de la salud y los recursos y servicios dedicados a atenderla.

La integración de los servicios de salud es un proceso que, a lo largo de su desarrollo, puede modificarse y reorientarse de acuerdo con las soluciones que se den a los diversos problemas que se suscitarán durante su puesta en práctica, y en función de la evaluación de los resultados que se vayan obteniendo y de la factibilidad creciente de algunas medidas que, por ahora, no son aplicables.

En un nuevo concepto de seguridad social, no sólo se otorgan las prestaciones tradicionales en los casos de riesgos profesionales, enfermedades específicas, maternidad, invalidez, vejez y muerte, sino que se han creado prestaciones de orden social con el propósito de mejorar los sistemas de vida de la población, poniendo al servicio de los derechohabientes: vivienda, centros deportivos, unidades de abastecimiento,

centros para el desarrollo de actividades artísticas y culturales y centros vacacionales.

Todas estas prestaciones de carácter social fueron incluidas en el régimen de seguridad social con el propósito de procurar la superación social del trabajador y su familia, poniendo a su alcance los medios de tener una vida más digna y la posibilidad de mantener su capacidad de trabajo y de disfrutar de los beneficios y satisfacciones de la cultura.

Sin embargo, se aprecia una injusta discriminación en el campo de la salud. La calidad de los servicios varía radicalmente de una institución a otra y de una región a otra. La marginación a que siguen condenados los trabajadores independientes del campo y de la ciudad, resulta tanto más injusta cuanto así quedan clasificados los estratos más necesitados de protección social. Incorporarlos a los regímenes de seguridad social supone un proceso que tenga como base una estructura mínima de prestaciones para toda la población, pero exige también modificar los principales contributivos, con mayor sentido de equidad, con el propósito de poder ampliar la cobertura a los estratos de trabajadores más desamparados.

El derecho a la salud. El derecho laboral tiende a lograr, en el proceso productivo, una relación armónica y justa entre el capital y la fuerza de trabajo. Es así como se reconoce que el trabajo es un derecho social que no debe ser objeto de comercio ilimitado; que exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta, y que debe efectuarse en condiciones que aseguren la salud y un nivel económico decoroso del trabajador y su familia.

El derecho a recibir prestaciones no podrá derivar únicamente de la eventual ubicación de una persona dentro del proceso productivo, sino, antes bien, de su calidad inalienable de ser humano.

Neumann⁽⁸⁾ en su libro "Public Health and Property", justifica

8. Neumann, John: Public Health and Property, MacGraw Hill Co., p. 49, USA, 1976.

el derecho a la salud de la manera siguiente: "El Estado proclama ser un Estado de derechos de propiedad. Su objetivo es defender la propiedad de los ciudadanos. Pero muchos ciudadanos no poseen más propiedad que su fuerza de trabajo y ésta depende enteramente de su salud. Su única propiedad es ésta y el Estado, por tanto, tiene la obligación de protegerla, y el pueblo el derecho de exigir que la salud, su única propiedad, sea protegida por el Estado".

Colocar la enfermedad y sobre todo la salud en el sistema social que opera en el proceso global, desde la etiología hasta la curación, constituye la posibilidad inicial de definir una política humanística para la salud. Hasta ahora, las políticas acerca de la salud han sido definidas explícita o implícitamente por el Estado; éstas han sido, más que de salud, políticas contra la enfermedad.

La reciente adición al artículo 4° constitucional señala que: "toda persona tendrá derecho a la protección de la salud". Esta reforma representa una medida legislativa trascendente, del gobierno, encaminada a la satisfacción de una de las aspiraciones más ingentes del pueblo mexicano: tener acceso a los servicios de salud independientemente de si están o no en el régimen de seguridad social.

Antes de esta reforma se venía propiciando un tratamiento de excepción y de privilegio en favor de los trabajadores (artículo 123 constitucional) que pueden exigir, por virtud principalmente de sus aportaciones, los servicios de salud derivados del mencionado régimen; en tanto que los usuarios de los servicios asistenciales no estaban en aptitud legal de exigir servicios oportunos y de buena calidad.

La reforma no se limitó sólo a consagrar el derecho universal de la salud, sino que adquirió el rango de garantía constitucional al incorporarse en el Título correspondiente a Garantías Individuales y al ordenar que "la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud", estableciendo la concurrencia de la Federación y de los estados en materia de salubridad general.

Un director del Instituto Mexicano del Seguro Social, doctor Ignacio Morones Prieto, decía: "Sin un enérgico programa de bienestar

social no será posible conservar por mucho tiempo nuestra estabilidad, ya que si aumenta el desequilibrio que existe entre las clases poseedoras y las masas populares, se corre el peligro de que, en pocos años, los sectores sociales que componen nuestro país ya no estén acordes con una política nacional unitaria.

Estos pensamientos guían el propósito de extender la seguridad social en un plazo perentorio, amparar la totalidad de los mexicanos, no sólo desde el punto de vista de la salud física, sino para lograr la protección de todo riesgo social, propiciando sin distinción de creencias políticas o religiosas, condiciones sociales o económicas, el desarrollo integral de nuestros compatriotas, tomando en consideración sus exigencias materiales y sus necesidades espirituales".⁽⁹⁾

La seguridad social mexicana, por su propia dinámica, su desarrollo y logros positivos ha llegado a una meta crucial que la enfrenta a tres problemas fundamentales:

1. Su extensión a todo el país. Alcanzando su actual desarrollo, su siguiente e inaplazable paso debe ser su total y general ampliación a todo el país. De no ser así, se corre el riesgo de caer en un perjudicial estancamiento, en el que se habrá perdido su sentido y fundamental razón de ser. Por otro lado, sería difícil seguir sosteniendo que se vive en un régimen de seguridad social, cuando faltan los elementos estructurales que lo definen; o sea, justa distribución de la riqueza, protección y beneficios para todos.

2. Ampliación a corto plazo. La situación desesperada en que vive una parte de los mexicanos exige solución inmediata. No se debe esperar que la extensión de la seguridad social a todo el país se realice al ritmo con que se ha hecho hasta la fecha, ya que transcurrirán varias generaciones antes de su completa y general extensión, esto sin contar con el incremento demográfico tan acentuado en los grupos sociales marginados.

3. Calidad uniforme de servicios y prestaciones. Un régimen

9. Morones Prieto, Ignacio: La seguridad social en México, IMSS, pp. 32-33, México, 1964.

de seguridad social establece que toda posibilidad económica, todo adelanto técnico o científico deben utilizarse en beneficio de la salud del hombre, abstracción hecha de su ideología política, creencia religiosa, nivel económico o social.

Se debe evitar la existencia de organismos de seguridad social de desarrollo paralelo, obligados a prestar servicios insuficientes o de calidad inferior en razón del bajo nivel económico de sus asegurados. Esto determinaría la existencia de dos seguridades sociales: una de "primera" y otra de "segunda, y, consecuentemente, la existencia, también, de grupos sociales con salud de "primera", junto con grupos, los más numerosos, con salud de "segunda".

Actualmente ya se exhibe una incorrecta distribución de los recursos y posibilidades del país, con la existencia simultánea de grandes centros hospitalarios, como los del IMSS, por citar un aspecto de una seguridad social deforme, junto a centros de salud periféricos que con un reducido presupuesto se esfuerzan por prestar servicios de la misma calidad a grupos sociales en continuo aumento.

Consideraciones finales. En la actualidad, los países que han alcanzado un índice más alto de desarrollo han logrado que la mayor parte de su población goce de los beneficios de la seguridad social. Por esto los problemas de la salud no pueden ser tratados aisladamente, sino como el resultado de los procesos que promueven el desarrollo.

La ausencia de correlación entre algunas variables económicas, por un lado, y la salud, por otro, indica que el crecimiento por si solo no basta para mejorar las condiciones de salud de la población, ya que es imprescindible considerar la distribución del ingreso entre la población así como otros indicadores de bienestar.

La higiene ocupacional pretende promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de aquellos que desempeñan una ocupación, evitando daños a la salud por las condiciones en la que se realiza el trabajo, protegiendo a los trabajadores de los riesgos inherentes a los agentes nocivos, y también, mediante la ubicación de los trabajadores de acuerdo con sus capacidades y requerimientos psico

somáticos.

Las características o propiedades de las materias primas; equipos, maquinaria o herramientas; productos, subproductos o desechos; el proceso o métodos utilizados o, a veces, el estado de fatiga, la actitud del trabajador, o las condiciones existentes en el lugar de trabajo, son frecuentemente graves riesgos ocupacionales.

En la actualidad, la atención se centra sobre un agente patógeno en particular, el factor de riesgo o el vehículo; esto es lo que se considera como causa, mientras que se tiende a ignorar el complejo total de factores sociales y ambientales que crean la causa y la ponen en contacto directo con el posible huésped.

Un campo importante en la promoción de la salud, en el cual todavía estamos atrasados, es la creación de medios que permitan el descanso y la recreación. La fuerza de trabajo que se emplea en el proceso de producción requiere de cierto reposo. Los periodos de trabajo deben ir seguidos de periodos de descanso y, en ciertas condiciones, bajo supervisión médica.

La promoción de la salud exige un nivel de vida adecuado junto con las mejores condiciones posibles de vida y de trabajo. La promoción de salud del pueblo es una función social que requiere de los esfuerzos coordinados de grandes grupos, de gobernantes, de trabajadores, patrones, educadores y del personal del sector salud que debe definir las normas y determinar los medios.

Por otra parte, es necesario elevar a rango constitucional el derecho a la salud para todos los residentes de la República Mexicana, sin distinción de etnia, sexo, edad, religión, capacidad de pago, filiación política, situación penal, actividad productiva, clase social, nacionalidad, estado civil, y cualquier otra características. Este hecho supondría modificar y corregir las disposiciones vigentes que puedan impedir o dificultar el ejercicio de este derecho y su regulación social.

Asimismo, esto obliga a la promulgación de una Ley Federal de

Salud que estableciera los alcances de ese principio y tomara en cuenta, entre otras cosas, las vías legales de organización, participación e intervención de la población en los servicios de salud, y aquellas para la vigencia y control de todos los actos nocivos a la salud de la población.

Los derechos sociales establecidos en la Constitución deben ampliarse con la incorporación del derecho a la salud. La intervención deliberada del Estado, para proteger la salud de la población, se apoyaría, además, en la tradición de la salud pública que, incluso, limitó la libertad de los particulares para vender agua contaminada, leche no pasteurizada, o que ha pugnado por hacer obligatoria la vacunación de los infantes. La reglamentación del derecho a la salud tendría necesariamente elementos fiscalizadores y hasta punitivos, pero estos contenidos se reducirían al mínimo si el modelo de prestación de servicios se basa en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud.

APENDICE
CUADRO 7

COBERTURA POBLACIONAL DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION MEDICA DE TODAS LAS
INSTITUCIONES POR ENTIDADES FEDERATIVAS Y REGIONES COPLAMAR, 1980.

REGION Y ENTIDAD	POBLACION	MEDICOS	INDICE POR 10 000 HAB.	ENFERMERAS	INDICE POR 10 000 HAB.
REPUBLICA MEXICANA	67 382 581	64 969	9.6	91 526	13.6
<u>I. PACIFICO SUR</u>	6 789 151	3 490	5.1	3 505	5.1
CHIAPAS	2 096 812	1 096	5.2	949	4.5
GUERRERO	2 174 182	1 139	5.2	1 386	6.3
OAXACA	2 518 157	1 255	5.0	1 170	4.6
<u>II. CENTRO ESTE</u>	5 343 752	3 536	6.6	4 672	8.7
HIDALGO	1 516 511	1 058	7.0	1 196	7.9
PUEBLA	3 279 980	2 164	6.6	3 174	9.7
TLAXCALA	547 261	314	5.7	302	5.5
<u>III. CENTRO NORTE</u>	2 815 964	1 973	7.0	2 390	8.5
SAN LUIS POTOSI	1 670 637	1 357	8.1	1 760	1.0
ZACATECAS	1 145 327	616	5.4	630	5.5
<u>IV. CENTRO W.</u>	6 819 160	4 164	6.1	5 570	8.2
GUANAJUATO	3 044 402	1 623	5.3	2 370	7.8
MICHOACAN	3 048 704	1 989	6.5	2 416	7.9
QUERETARO	726 054	552	7.6	784	10.8
<u>V. GOLFO CENTRO</u>	6 414 367	4 356	6.8	5 378	8.4
TABASCO	1 149 756	608	5.3	629	5.4
VERACRUZ	5 264 611	3 748	7.1	4 749	9.0

REGION Y ENTIDAD	POBLACION	MEDICOS	INDICE POR 10 000 HAB.	ENFERMERAS	INDICE POR 10 000 HAB.
VI. SURESTE	1 616 783	1 698	10.5	2 207	13.6
CAMPECHE	372 277	316	8.5	475	12.7
QUINTANA ROO	209 858	130	6.2	147	7.0
YUCATAN	1 034 648	1 252	12.1	1 585	15.3
VII. PACIFICO CENTRO	3 770 318	2 752	7.3	3 966	10.5
DURANGO	1 160 196	835	7.2	1 386	11.9
NAYARIT	730 024	568	7.8	729	10.0
SINALOA	1 880 098	1 349	7.2	1 851	9.8
IX. OCCIDENTE	5 136 161	5 133	10.0	6 945	13.5
AGUASCALIENTES	503 410	367	7.3	447	8.9
COLIMA	339 202	332	9.8	446	13.1
JALISCO	4 293 549	4 434	10.3	6 052	14.1
X. NORTE	7 880 489	8 881	11.3	13 126	16.6
COAHUILA	1 558 401	2 075	13.3	3 337	21.4
CHIHUAHUA	1 933 856	1 655	8.5	2 479	12.8
NUEVO LEON	2 463 298	2 847	11.5	4 503	18.3
TAMAULIPAS	1 924 934	2 304	12.0	2 807	14.6
XI. PACIFICO NORTE	2 945 756	3 009	10.2	4 903	16.6
B. C. N.	1 225 436	1 119	9.1	1 795	14.6
B. C. S.	221 389	273	12.3	364	16.4
SONORA	1 498 931	1 617	10.8	2 744	18.3
VIII y XII CENTRO y D.F.	17 850 720	25 977	14.5	38 864	21.7
MORELOS	931 675	901	9.7	1 395	14.9
CUENCA DE MEXICO	16 919 045	25 076	14.8	37 469	22.1

CUADRO 8

COBERTURA POBLACIONAL DE RECURSOS INSTALADOS PARA LA ATENCION MEDICA DE TODAS LAS INSTITUCIONES POR ENTIDADES FEDERATIVAS Y REGIONES COPLAMAR, 1980.

REGION Y ENTIDAD	POBLACION	CAMAS	INDICE POR 100 000 HAB.	GABINETES RAYOS X	INDICE POR 100 000 HAB.	LABORATORIOS	INDICE POR 100 000 HAB.	QUIROFANOS	INDICE POR 100 000 HAB.
REPUBLICA MEXICANA	67 382 581	77 668	115.2	1 432	2.1	1 132	1.7	2 583	3.8
I. PACIFICO SUR	6 789 151	3 274	48.2	96	1.4	66	0.9	141	2.0
CHIAPAS	2 096 812	956	45.6	27	1.3	17	0.8	37	1.8
GUERRERO	2 174 182	1 149	52.8	41	1.9	25	1.1	57	2.6
CAXACA	2 518 157	1 169	46.4	28	1.1	24	0.9	47	1.8
II. CENTRO ESTE	5 343 752	5 225	97.7	100	1.9	67	1.2	181	3.4
HIDALGO	1 516 511	1 776	117.1	39	2.6	18	1.2	59	3.9
PUEBLA	3 279 980	3 085	94.0	50	1.5	41	1.2	104	3.1
TLAXCALA	547 261	364	66.5	11	2.0	8	1.4	18	3.3
III. CENTRO NORTE	2 815 964	2 103	74.7	53	1.9	35	1.2	93	3.3
S. L. P.	1 670 637	1 428	85.5	32	1.9	19	1.1	55	3.3
ZACATECAS	1 145 327	675	58.9	21	1.8	16	1.4	38	3.3
IV. CENTRO W.	6 819 160	5 722	83.9	130	1.9	68	1.0	223	3.2
GUANAJUATO	3 044 402	2 679	88.0	59	1.9	21	0.7	95	3.1
MICHOACAN	3 048 704	2 271	74.5	62	2.0	38	1.2	100	3.3
QUERETARO	726 054	772	106.3	9	1.2	9	1.2	28	3.8
V. GOLFO CENTRO	6 414 367	5 744	89.5	112	1.7	79	1.2	207	3.2
TABASCO	1 149 756	764	66.4	21	1.8	15	1.3	32	2.8
VERACRUZ	5 264 611	4 980	94.6	91	1.7	64	1.2	175	3.3

REGION Y ENTIDAD	POBLACION	CAVAS	INDICE POR 100 000 HAB.	GABINETES RAYOS X	INDICE POR 100 000 HAB.	LABORATORIOS	INDICE POR 100 000 HAB.	QUIRO-FAVOS	INDICE POR 100 000 HAB.
VI. SURESTE	1 616 783	2 222	137.4	41	2.5	33	2.0	84	5.2
CAMPECHE	372 277	426	114.4	11	2.9	9	2.4	19	5.1
QUINTANA ROO	209 858	153	72.9	8	3.8	7	3.3	10	4.7
YUCATAN	1 034 648	1 643	158.8	22	2.1	17	1.6	55	5.3
VII. PACIFICO									
CENTRO	3 770 318	3 545	94.0	56	1.5	34	0.9	110	2.9
DURANGO	1 160 196	1 152	99.3	14	1.2	7	0.6	30	2.6
NAYARIT	730 024	543	74.4	10	1.4	7	0.9	21	2.9
SINALOA	1 880 098	1 850	98.4	32	1.7	20	1.0	59	3.1
IX. OCCIDENTE	5 136 161	7 022	136.7	118	2.3	75	1.5	251	4.9
AGUASCALIENTES									
TES	503 410	606	120.4	11	2.2	6	1.2	17	3.4
OOLIMA	339 202	558	164.5	14	4.1	7	2.0	10	2.9
JALISCO	4 293 549	5 858	136.4	93	2.2	62	1.4	224	5.2
X. NORTE	7 880 489	11 435	145.1	225	2.8	133	1.7	355	4.5
COAHUILA	1 558 401	2 246	144.1	61	3.9	31	2.0	88	5.6
CHIHUAHUA	1 933 856	2 836	146.6	52	2.7	25	1.3	82	4.2
NUEVO LEON	2 463 298	3 529	143.2	64	2.6	44	1.8	107	4.5
TAMAULIPAS	1 924 934	2 824	146.7	48	2.5	33	1.7	78	4.0
XI. PACIFICO									
NORTE	2 945 756	4 467	151.6	85	2.9	63	2.1	150	5.1
B. C. N.	1 225 436	1 384	112.9	28	2.3	19	1.5	52	4.2
B. C. N.	221 389	260	117.4	13	5.9	6	2.7	12	5.4
SONORA	1 498 931	2 823	188.3	44	2.9	38	2.5	86	5.7
XIII Y XII CENTRO									
Y D. F.	17 850 720	26 909	150.7	416	2.3	479	2.7	788	4.4
MORELOS	931 675	966	103.7	34	3.6	9	0.9	31	3.3
OJENCUA DE MEXICO	16 919 045	25 943	153.3	382	2.2	470	2.8	757	4.4

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Basaglia, Franco, La salud de los trabajadores. Aportes para una política de salud. Ed. Nueva Imagen, México, 1978.
- Bassols, Angel, La división económica regional de México, Textos Universitarios, UNAM, México, 1967.
- Breilh, J., Economía, medicina y política, Universidad Central, Quito, 1979.
- COPLAMAR, Geografía de la Marginación. Situación actual y perspectivas al año 2 000. Siglo XXI editores, Núm. 5, México, 1982.
- Morones Prieto, Ignacio, La Seguridad Social en México, IMSS, México, 1964.
- Neumann, John, Public Health and Property, McGraw Hill Co., USA, 1976.
- San Martín, Hernán, Salud y Enfermedad, La Prensa Médica Mexicana, México, 1978.
- Soppelli, C., Salud para los Marginados, Ed. Romana, Milán, 1978.
- Zweig, F., Labour, Life and Poverty, Gollancz Ltd, London, 1979.