

Asa Cristina Laurell

La política de salud en los ochenta

Preguntarse sobre cuáles serán las condiciones de salud en México durante los años ochenta, involucra de entrada una definición respecto a cómo entender la determinación del proceso salud-enfermedad en la sociedad. Dado que la corriente dominante del pensamiento médico no tiene como objeto el proceso salud-enfermedad de la colectividad sino al individuo enfermo, no ofrece una solución teórico-metodológica al problema. Carentes de una reflexión sistemática sobre el proceso salud-enfermedad de los grupos –esto es, sobre las formas socialmente determinadas de vida humana biológica–¹ los planificadores en materia de salud sustituyen la predicción por un simple procedimiento estadístico. Suponen así que el futuro es la prolongación de las tendencias del pasado y que la proyección resuelve el problema metodológico. Es claro, sin embargo, que este procedimiento deja sin resolver el problema de los cambios cualitativos, aun cuando éstos se expresen en la cantidad.

Algunos de los problemas de salud más apremiantes en varias partes del mundo hoy son fenómenos nuevos que no podían haberse previsto con la simple proyección estadística. Por ejemplo, después de décadas de disminución de la mortalidad general en todos los grupos de edad, a mediados de los años sesenta se observaron incrementos en la mortalidad en hombres relativamente jóvenes en varios países capitalistas² y en la mortalidad infantil en varios países capitalistas dependientes.³

En el presente ensayo el procedimiento será otro. Parte del planteamiento de que las condiciones colectivas de salud deben analizarse como el resultado de las características concretas del proceso de trabajo y de las consecuencias de éste para la reproducción social.⁴ Así, resulta necesario hacer algunas

1 A. C. Laurell, *La salud-enfermedad como proceso social*, mimeo, Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1979.

2 J. Eyer, P. Sterling, "Stress-related mortality and social organization", *URPE*, vol. 9, 1977, pp. 1-45.

3 A. Heredia Duarte, "El incremento de la mortalidad infantil en México", *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 103, n. 8, 1972, pp. 475-93. R. Guimares, *Saúde e medicina no Brasil*, ed. Graal, Rio de Janeiro, 1978, pp. 31-44.

4 A. C. Laurell, "Proceso de trabajo y salud", *Cuadernos Políticos* 17, 1978, pp. 59-80.

anotaciones sumarias sobre ciertos aspectos económicos, sociales y políticos de la sociedad mexicana relevantes para el problema de la salud.

En primer lugar parece posible afirmar que los próximos años seguirán bajo el signo de la crisis económica y política que ya entró en su segunda década en el mundo capitalista sin indicaciones claras de resolución.⁵ En México, aun cuando en 1979 hubo índices de crecimiento importantes en algunas ramas de la producción, persisten algunos de los problemas característicos de la crisis con relevancia para el proceso de salud-enfermedad. El desempleo sigue alto y sin grandes posibilidades de ser resuelto a corto o mediano plazo. Asimismo, el deterioro salarial característico del periodo se mantiene como el resultado de la combinación de la política salarial gubernamental de "topes" salariales y el proceso inflacionario acelerado. Si bien el primer elemento pudiera variar aunque parezca poco probable, la inflación ha sido incontrolable tanto nacional como internacionalmente.

Además, habría que mencionar la crisis agrícola que, a pesar de ser una de las principales preocupaciones del gobierno, sigue sin visos de solucionarse, lo que en el terreno de la salud plantea la cuestión de la alimentación popular tanto en el campo como en la ciudad.

La crisis, sin embargo, no solamente tiene importancia por sus efectos directos, sino también por los cambios que provoca en la estructura misma del capital. Otra vertiente que hay que explorar, entonces, se refiere a las implicaciones del proceso de internacionalización y concentración del capital, que se traduce en una nueva división del trabajo internacional y en cambios concretos en el proceso de trabajo. Esto involucra problemas como cambios en el tipo de productos agrícolas (incrementando los de exportación en detrimento de los granos básicos),⁶ el reforzamiento del desempleo estructural, la transferencia de la industria más contaminante y peligrosa a países como México⁷ y el incremento de la productividad y las tasas de explotación.⁸

La crisis significa, se ha dicho, un ataque a las clases trabajadoras, pero al mismo tiempo ha impulsado la lucha de éstas en defensa de sus precarias condiciones de existencia. Los setentas se

5 E. Mandel, *Las crisis*, ed. Fontamara, Barcelona, 1977.

6 M. Teubal, "La crisis alimenticia y el Tercer Mundo", *Economía de América Latina*, vol. 1, n. 2, 1979, pp. 61-68.

7 B. I. Castleman, "The export of hazardous factories to developing countries", *International Jour Health Services*. vol. 9, n. 4, 1979.

8 M. Arriaga, E. Velasco, E. Zepeda, "Inflación y salarios en el régimen de LEA", *Investigación Económica*, vol. 36, n. 3, 1977, pp. 211-40.

caracterizaron así por un auge imponente de luchas sindicales, por la tierra y en las colonias, que involucraron a cientos de miles de personas. Estas luchas originan los elementos que habrán de contraponerse a los elementos generados por la crisis. La defensa del salario, la regulación de la jornada laboral, impedir los despidos, lograr servicios básicos y tierra para cultivar tienen consecuencias positivas para el proceso de salud-enfermedad. La cuestión de la salud en los ochentas se inscribe así, en el campo dinámico creado por la crisis económica y las características de la lucha de clases del periodo.

Las repercusiones que pudieran tener nuevos avances de la ciencia para cambiar las condiciones colectivas de salud son muy limitadas ya que las principales causas de la enfermedad y muerte son problemas que no presentan incógnitas a la medicina. La desnutrición, las infecciones intestinales, la pulmonía, el homicidio y los accidentes son todos padecimientos de etiología conocida. Además, aun cuando hubiera avances en el entendimiento de enfermedades como las cardiovasculares y el cáncer, en lo que es hoy la patología emergente, sabemos que la utilidad práctica de los nuevos conocimientos está dada por las limitaciones que impone la estructura socioeconómica y política a su aplicación.

LA SALUD EN LA CRISIS ECONÓMICA

Históricamente, la crisis económica ha impulsado la investigación sobre las causas sociales de la enfermedad. Tenemos así una serie de estudios realizados al respecto a raíz de la Gran Depresión de los años treinta y algunos que se han hecho recientemente en otros países. El primer hallazgo de estos estudios se refiere al efecto diferencial de la crisis sobre las condiciones de salud, lo que significa que no necesariamente se refleja de inmediato en indicadores como la mortalidad general.⁹

Las investigaciones de los treinta se centran, así, en el problema del desempleo entendido como el causante de cambios importantes en los patrones de consumo y formas de vida.¹⁰ A pesar de que no hubo cambios relevantes en los indicadores de salud de la población general, estos estudios demuestran que los grupos de desempleados y sus familias sufrieron de problemas de salud en una frecuencia mayor que los individuos con empleo y sus familias. Estas diferencias se manifestaron en prácticamente todos los renglones desde la desnutrición en el adulto, la tuberculosis, los padecimientos respiratorios y cardiovasculares y las enfermedades venéreas, hasta problemas mentales¹¹ También se

9 G. St. J. Perrott, S. D. Collins, "Relation of sickness to income change in ten surveyed communities", *Public Health Reports*, vol. 50, n. 18, 1935, pp. 595-622.

10 L. C. Marsh, A. G. Fleming, C. F. Blackler, *Health and Unemployment*, Oxford University Press, 1938.

11 Ibid, pp. 62-94.

demonstró que el efecto de la crisis fue más importante sobre los grupos que cambiaron bruscamente sus condiciones de vida a raíz de ella, y que las repercusiones en su salud comenzaron a manifestarse a relativamente corto plazo.¹² Estos autores no llegaron a desarrollar el problema del desempleo en cuanto "no trabajo", o sea, no lo exploraron como relación social básica sino sólo como generador de recursos para el consumo.

En esos años se desarrollaron, también, investigaciones alrededor de los problemas de la desnutrición en los niños.¹³ En éstos se confirmó que los problemas más serios se dieron en las familias empobrecidas por la crisis y que hubo más problemas en la población urbana que en la rural.

Entre los estudios recientes los de Brenner¹⁴ y Eyer¹⁵ son los más relevantes. Ambos se centran más en el ciclo económico, con su movimiento de recesión y auge, que en la crisis económica propiamente hablando. Brenner demuestra, utilizando datos de Estados Unidos, Inglaterra y Suecia, que hay una correlación estadística entre los niveles de desempleo, inflación, ingreso real y una serie de indicadores de salud como son la mortalidad general, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y renales, cirrosis hepática, suicidio y homicidio y número de admisiones a los hospitales psiquiátricos. Por ejemplo, el autor calcula que el aumento de 1% en la tasa de desempleo durante seis años se asocia con un aumento en la muerte de 36 887 personas.¹⁶ Brenner sugiere que estos cambios en las condiciones de salud se explican por los problemas nutricionales, los altos niveles de *stress* psicosocial y el decremento en la utilización de los servicios médicos que la recesión conlleva. Señala, sin embargo, que existe una dificultad en la interpretación, ya que los efectos sobre la salud no son inmediatos y se presentan a un plazo variable para cada una de las diferentes causas de muerte.

Eyer aborda el problema de manera distinta al plantear que al mismo tiempo que se analizan los efectos del desempleo sobre las condiciones de salud, es necesario estudiarlas también en relación al trabajo. Según su análisis, una parte del aumento en la mortalidad que se observa en una fase del ciclo

12 G. Sto J. Perrott, S. D. Collins, "Sickness among 'depression poor'", *American Jour Public Health*, vol. 24, n. 1. 1934, PP. 101-7.

13 C. V. Kiser, R. K. Stix, "Nutrition and depression", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, octubre de 1933, pp. 299-307. C. E. Palmer, "Height and weight of children of the depression poor", *Public Health Reports*. vol. 50, n. 32, pp. 1106-12.

14 M. H. Brenner, *Estimating the social cost of national economic policy*, Congressional Joint Economic Committee, Washington, 1976.

15 J. Eyer, "Does unemployment cause the death rate peak in each business cycle?", *International Jour Health Services*, vol. 7, n. 4, 1977, pp. 625-62.

16 Brenner, op. cit., p. 5.

económico, se debe no al desempleo sino al sobretrabajo. Finalmente, el investigador señala cómo situaciones de solidaridad social parecen proteger contra los efectos dañinos del desempleo y del sobretrabajo. Por ejemplo, muestra cómo hay una correlación inversa entre el número de huelgas y la mortalidad general.

Estos estudios nos permiten discernir varios hechos importantes para el estudio del proceso de salud-enfermedad en relación con la crisis económica. En primer lugar señalan que el objeto de estudio no debe ser la población general sino los grupos definidos en función de la crisis. En segundo lugar, parece importante investigar tanto el desempleo, el "no trabajo", como el trabajo y sus transformaciones. En tercer lugar apuntan al hecho de que la crisis provoca otros problemas, como la inflación y el deterioro salarial, que tienen que ser incorporados en el análisis. Finalmente, abren la rica veta de estudios del proceso salud-enfermedad en su relación con el campo de la lucha de clases, donde se ubican por una parte los resultados de la capacidad de las clases trabajadoras de realizar sus intereses y, por el otro, toda la gama de actividades estatales referidas al campo de la salud.

En las tendencias de desarrollo de la formación social mexicana hay dos procesos interrelacionados pero distintos, que parecen tener relevancia especial para el análisis de las condiciones de salud. Por una parte podemos distinguir una tendencia al empobrecimiento de una parte importante de la población, que se expresa en el deterioro de sus condiciones de vida y trabajo, y por la otra, una tendencia al cambio en el proceso de trabajo centrado en las fábricas con consecuencias para los trabajadores y el espacio social y natural que los rodea. Es de esperar que los grupos directamente involucrados en estos procesos son los que tendrán mayores problemas de salud y que determinarán en última instancia las características del patrón patológico del país.

EL PROCESO DE EMPOBRECIMIENTO Y LA SALUD

El primer elemento constitutivo del proceso de empobrecimiento es el desempleo, que tiene, como se ha mencionado, implicaciones para la salud por sus efectos directos y como determinante de formas particulares de consumo. Respecto a los efectos directos del desempleo sobre el proceso salud-enfermedad, parece que pueden explicarse a partir del *stress* social y psicológico que causa. De esta manera Cobb¹⁷ demostró un incremento en la secreción de noradrenalina, sustancia química que revela el *stress*, en un grupo de obreros despedidos. La duración de esta reacción fue aproximadamente de un año y comenzó cuando el obrero se enteró de su próximo despido. Estos hallazgos son importantes,

17 H S. Cobb, "Physiological changes in men whose jobs were abolished", *Jour Psychosomatic Research*. vol. 18, 1974, pp. 245-58.

tanto porque la reacción de *stress* está relacionada causalmente con una serie de enfermedades como la hipertensión, las enfermedades cardiacas, la úlcera y la diabetes, cuanto porque incrementa la susceptibilidad a, por ejemplo, las enfermedades infecciosas. Esto explica por qué los obreros despedidos reportaron un número superior de problemas de salud que otro grupo que seguía trabajando.¹⁸ Otros estudios de desempleados demuestran una incidencia mayor de úlcera¹⁹ y de padecimientos infecciosos y nerviosos.²⁰

En segundo lugar, el mecanismo de actuación directa del desempleo sobre la salud nos permite prever que también tendrá consecuencia a largo plazo sobre los grupos de desocupados, aun cuando vuelvan a conseguir trabajo, ya que algunos efectos del *stress* se presentan después de un tiempo de latencia. En este sentido Eyer²¹ ha demostrado cómo determinados grupos con una historia social con episodios importantes de *stress* tienden a sufrir de una mortalidad más alta. Un estudio de Italia²² apunta en la misma dirección al encontrar que un año después de haber vuelto al trabajo los ex-desocupados seguían enfermándose más que sus compañeros.

Otro de los efectos directos del desempleo se refiere a la salud mental. Hay varios estudios que demuestran una relación directa entre la desocupación y los problemas psiquiátricos, la drogadicción y el suicidio. Dentro de la misma dinámica de desocupación se ubica el auge de la violencia que se refleja en un incremento en el homicidio.²³ Esto se descubre también en las estadísticas de mortalidad de México (véase cuadro), al dispararse el suicidio y el homicidio, cuando comenzó a descender el ciclo económico en 1974. El conjunto de estos hechos nos señala la necesidad de explorar la desocupación en su relación con la salud no sólo por sus implicaciones para el consumo, sino como la relación social "no trabajo".

18 S. V. Kasl, S. Gose, S. Cobb, "The experience of losing a job", *Psychosomatic Medicine*, vol. 37, n. 2, 1975, pp. 106-22.

19 R. J. Brown, "The increased incidence of peptic ulcer among single unemployed", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 34, n. 3, 1936, p. 306.

20 S. Fiandaca, L. Brigatti, "Disoccupazione e morbidità", *Medicina de Lavoro*, vol. 45, n. 5, 1954, pp. 300-4.

21 Eyer, Sterling, op. cit.

22 Fiandaca, op. cit.

23 Brenner, op. cit. C. Martínez, *Trastornos mentales en la ciudad de México en un periodo de crisis económica, política y social*, tesis, Maestría en Medicina Social, UAM-X, 1979.

CRECIMIENTO PORCENTUAL DEL PIB E ÍNDICE DE MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS EN HOMBRES DE 15 A 64 AÑOS, MÉXICO, 1970-1974.

	1970	1971	1972	1973	1974
Crecimiento anual del PIB					
(%) Enfermedades	6.9	3.4	7.3	7.6	5.9
izquémicas del corazón	113	100	105	176	102
Cáncer	104	100	103	101	98
Cirrosis hepática	107	100	101	115	93
Suicidio	155	100	94	92	285
Suicidio	112	100	92	82	139

FUENTE: World Health Statistic Annual, OMS 1970-1974

Un segundo elemento del proceso de empobrecimiento que viven grandes grupos de la sociedad mexicana es la caída del salario real que se ha dado aceleradamente de 1976 en adelante, como resultado del crecimiento desigual de los salarios y de la inflación. Este fenómeno lo han sufrido más severamente los sectores de trabajadores no asalariados y los que carecen de organización reivindicativa y trabajan en los pequeños y medianos establecimientos, pero aun los obreros de la gran industria han visto reducirse su ingreso.²⁴ Otros mecanismos para bajar el salario del obrero, para abaratar la fuerza de trabajo a fin de poder resistir el aumento de competencia en la crisis, consiste en llevar al "clandestinaje" a las fábricas para evadir el pago del salario mínimo y las prestaciones otorgadas por la ley. Esto ha ocurrido, por ejemplo, en la industria textil.

Finalmente, el tercer elemento de importancia para el proceso de empobrecimiento de grupos de la población es la crisis agrícola, cuya expresión más directa es el estancamiento en la producción, llegando incluso a tasas negativas de crecimiento.²⁵ Otra expresión de la crisis en el campo es el desempleo, que en parte se traslada a la ciudad por la corriente de migración y la pobreza generalizada.

Aparte de los efectos directos de la desocupación en las condiciones de salud, hay otros elementos del proceso de pauperización con consecuencias para el proceso salud-enfermedad de los grupos que lo sufren. Necesariamente hay un deterioro en su alimentación, que lleva a la desnutrición en los niños y

24 A. Alvarez, "Desarrollo reciente del movimiento obrero en México", *Investigación Económica*, en prensa.

25 J. Castell, F. Rello, "Las desventuras de un proyecto agrario: 1970-76", *Investigación Económica*, vol. 36, n. 3, 1977, p. 134.

aun en los adultos. Así, hay zonas del país donde en promedio se ingiere el 70% de las calorías necesarias y el 30% de las proteínas animales requeridas. Aun en las zonas clasificadas como de buena nutrición no se ingieren más que el 90% de las calorías y el 80% de las proteínas requeridas.²⁶ Es más, en un estudio realizado entre obreros especializados se encontró que no alcanzaron a satisfacer sus necesidades ni de calorías ni de proteínas, exhibiendo el 30% de ellos signos de desnutrición.²⁷ Estas pésimas condiciones nutricionales se explican por el nivel salarial, ya que en 1971 una persona con salario mínimo tenía que trabajar 4 horas y 41 minutos diarios para poder comprar la comida necesaria de su familia.²⁸ Con el desarrollo salarial actual no es de esperar que las condiciones nutricionales hayan de mejorar sensiblemente.

Algunos estudios de otros países,²⁹ sin embargo, apuntan que hay una relación cambiante entre la mortalidad y la desnutrición. En países como Guatemala y la India, a pesar de que la desnutrición está aumentando, las tasas de mortalidad tienden a disminuir. Esto no significa que la población está más sana sino que sobrevive en condiciones que antes llevaban a la muerte. Es decir, un decremento en las tasas de mortalidad no debe llevarnos a inferir siempre que han mejorado las condiciones de salud de la población.

Otro elemento del proceso de empobrecimiento con importancia para la salud, es lo que Kowarick³⁰ ha denominado como la expoliación urbana, refiriéndose a la inexistencia o a las condiciones precarias de los servicios del consumo colectivo necesarios para la subsistencia de las clases trabajadoras. Resulta inmediatamente claro que la ausencia de servicios como agua potable y drenaje influyen sobre la patología de un grupo. Sin embargo, el escaso desarrollo de una infraestructura adecuada y la creciente destrucción del ambiente urbano por el crecimiento anárquico de los centros urbanos, afectan por varias vías el proceso salud-enfermedad. Los sistemas ineficientes de transporte urbano y la diferente ubicación espacial de los centros laborales y habitacionales que obligan a grandes grupos a construir ellos mismos sus viviendas, de hecho también significan una prolongación de la jornada laboral y un mayor desgaste del trabajador.

26 *Revista de Comercio Exterior*, n. 21, 1971, p. 684.

27 A. Chávez, "Aspectos nutricionales en el obrero como factor de productividad", *Revista Mexicana del Trabajo*, vol. 3, n. 4, 1973, pp. 127-31.

28 A. Alvarez, E. Sandoval, "Desarrollo industrial y clase obrera en México", *Cuadernos Políticos*, n. 4, 1975.

29 C. Teller et col. *Population and nutrition*, mimeo. IX International Nutrition Congress, Río de Janeiro, 1978.

30 L. Kowarick: *El precio del progreso: crecimiento económico, expoliación urbana y la cuestión del medio ambiente*, memo, CEPAL, 1979.

Así, las características del proceso de empobrecimiento nos permiten inferir el patrón de patología que provoca: las enfermedades relacionadas con el *stress*, la desnutrición, el desgaste prematuro, los padecimientos infectocontagiosos, la violencia y la autodestrucción. La importancia de este patrón en el conjunto de la sociedad durante los años porvenir dependerá de la extensión y la profundidad del proceso de pauperización, problema que está directamente ligado con la crisis económica, su persistencia, las políticas intentadas para solucionarla y el éxito de las luchas populares por mejorar y defender sus condiciones de vida y de trabajo.

PRODUCTIVIDAD, CONTAMINACIÓN Y SALUD

La crisis origina un incremento en la competencia intercapitalista, y así el problema de la productividad se convierte en un asunto de vida o muerte para el capital.³¹ El aumento en la productividad se puede conseguir, en principio, por dos vías; o incrementando la intensidad del trabajo, o a través de un cambio tecnológico: ambos tienen consecuencias para el desgaste del trabajador y la patología que sufrirá. Los datos de productividad industrial para México demuestran un incremento sostenido de 40% en el periodo 1971 a 1975,³² que se interrumpe en 1976 para luego volver a subir.³³ Uno de los problemas que parece tener una relación directa con el aumento de la productividad son los accidentes de trabajo, cuyo número aumentó en 203785, o en un 82%, entre 1970 y 1977 y cuya frecuencia aumentó en 27.1 por mil, o en un 30%. La gravedad de los accidentes, asimismo, se profundizó ya que el número de casos con invalidez aumentó de 4381 a 9640 en el mismo periodo y las muertes de 471 a 1269.³⁴ La incidencia de accidentes es extremadamente alta en algunas industrias como las minas no metálicas donde se accidentaron el 78% de los obreros en el lapso de un año, en las minas el 35%, industrias de fundición y laminación 26% e ingenios azucareros 24%.³⁵ Asimismo resulta interesante constatar que hay una relación inversa entre el ingreso y el riesgo de accidentarse, ya que va desde 28.7% entre trabajadores que reciben menos que el salario mínimo, hasta 1.5% entre los que reciben salarios tres veces mayor que el mínimo o más.³⁶

La intensificación del trabajo, y generalmente también el desarrollo tecnológico, tienden a aumentar

31 E. Mandel, *Tratado de economía marxista*, ed. Era, México, 1969.

32 Arriaga et col., op. cit., p. 227.

33 SPP, *Boletín mensual de información*, vol 3, n. 8., 1979, p. 14.

34 IMSS, *Anuario Estadístico*.

35 Syntex, *La medicina del trabajo en México*, México, 1979, p. 22.

36 A. C. Lauren, "Proceso de trabajo...", cit.

el *stress* y las enfermedades relacionadas con él. La experiencia de los países capitalistas avanzados demuestra algunos hechos de suma importancia respecto a este problema. Así, en estudios recientes se ha encontrado que hoy el infarto de miocardio ya no es una enfermedad de los cuadros directivos sino tiene su frecuencia máxima entre obreros industriales o categorías intermedias como los supervisores. En estudios de los años treinta, los profesionistas, directivos y técnicos calificados tenían una incidencia hasta tres veces mayor de cardiopatía coronaria que los trabajadores no calificados.³⁷ En los estudios realizados durante las dos últimas décadas, sin embargo, la relación se invierte. En Francia de 1966 a 1971, por ejemplo, los obreros no calificados mostraban una sobremortalidad por enfermedades cardiovasculares de 91% entre 35 a 44 años, de 39% entre 45 y 54 años y de 22% entre 55 y 64 años, respecto al grupo de profesionistas liberales y cuadros directivos.³⁸ Un estudio italiano llega a conclusiones semejantes al registrar que el infarto al miocardio era aproximadamente 35% más frecuente entre obreros industriales que entre profesionistas.³⁹

No existen en México estudios que nos permitan establecer las diferenciales en mortalidad entre las distintas clases sociales, pero hay algunos datos que sugieren que andamos por el mismo camino que los países capitalistas avanzados, tendencias que se profundizan entre los grupos involucrados en el proceso de trabajo industrial. Así, de 1955 a 1974 hay un incremento sostenido en la tasa de mortalidad por enfermedades izquémicas del corazón entre hombres en edad productiva, que incluso llega a triplicarse en el grupo de edad de 45 a 64 años. Además, de 1970 a 1974 el ciclo económico y la mortalidad por esta causa tienden a variar concordantemente (véase cuadro anterior). En el mismo cuadro se observa que la cirrosis hepática tiene una variación semejante.

Un estudio realizado entre trabajadores de la industria automotriz, finalmente, demostró un incremento en las enfermedades relacionadas con el *stress* al aumentar la productividad basada en la intensificación del trabajo, aunque simultáneamente fue introducido como elemento de *stress* el despido masivo de personal.⁴⁰

Un segundo problema, relacionado con el recambio tecnológico y las características de una nueva división internacional del trabajo, se refiere a los riesgos directivos de la industria, sean de tipo químico

37 M. Timio, *Clases sociales y enfermedad*, ed. Nueva Imagen, México, 1979, p. 56.

38 J. Vallin: *Socioeconomic determinants of Mortality*, mimeo, México, 1979.

39 Timio, op. cit., p. 64.

40 M. Echeverría, S. Franco, M. A. López, R. Sánchez, R. Sempertegui, *Clase obrera y salud: el caso de DINA*, mimeo, Maestría en Medicina Social, UAM-X, 1979.

o accidentes. Algunas experiencias, que casi han asumido carácter de catástrofe local como el caso de Cromatos de México, sucursal de la transnacional alemana Bayer, y la contaminación de las fábricas cementeras, han comenzado a centrar la atención en el problema de la contaminación industrial. Sin embargo, parece claro que no son casos aislados y azarosos sino que hay toda una política de las metrópolis de exportar su industria contaminante y de alto riesgo para el trabajador, a los países periféricos, a fin de evitar los costos de la instalación de equipo anticontaminante y de protección al obrero.⁴¹ Mencionemos tan sólo el ejemplo del asbesto, estudiado por Castleman,⁴² quien demuestra cómo la producción de textiles de esta fibra, que causa cáncer del pulmón como resultado de una baja exposición, fue mandada a otros países al reglamentarse estrictamente su uso en Estados Unidos. Uno de los países receptores de esta industria altamente peligrosa fue México, que aumentó sus exportaciones de textiles de asbesto de casi cero en 1969 a 3 millones de libras en 1976. La lista de sustancias químicas con comprobado efecto carcinógeno es cada día más larga, lo que hace suponer que habrá un aumento constante en la exportación de industrias peligrosas de las metrópolis. Uno de los países más expuestos es México por su ubicación geográfica, y se puede prever una creciente exposición de los obreros mexicanos y de los habitantes que rodean los centros fabriles a sustancias altamente nocivas.

Las experiencias de implementación de la legislación mexicana en este terreno no son muy halagadoras. Así, el Reglamento General de Seguridad e Higiene del trabajo no contiene normas respecto a las concentraciones máximas permisibles de las sustancias químicas en los centros de trabajo, lo que dificulta cualquier acción legal. Aparte habría que señalar que la Secretaría del Trabajo, responsable de hacer valer el Reglamento, no cuenta con los medios técnicos necesarios para realizar inspecciones cuidadosas y científicas, ya que su Dirección de Medicina del Trabajo fue virtualmente desmantelada a partir de 1977. Con una infraestructura de protección tan deficiente resulta claro que no hay ningún seguimiento sistemático de los riesgos en los centros de trabajo, y que el tiempo de latencia entre el descubrimiento de la peligrosidad de una sustancia y la implementación de las medidas de protección, en México, es sumamente largo o eterno.

La transformación del ambiente químico es más evidente en los centros de trabajo, pero involucra en mayor o menor grado a todo el espacio urbano y sus habitantes. Sin embargo, como éste no se organiza arbitrariamente, sino reproduce la estructura clasista de la sociedad, las zonas de más alta

41 R. Elling, "Industrialization and occupational health in underdeveloped countries", *International Jour Health Service*, vol. 7, n. 2, 1977, pp. 209-35.

42 Castleman, op. cit.

contaminación tienden a coincidir con los espacios donde transcurre la vida de las clases trabajadoras. Aparte de las intoxicaciones agudas, los efectos de la contaminación sobre la salud no son muy conocidas, pero hay muchas evidencias de que el aumento en la frecuencia del cáncer es un efecto de la exposición, cada día mayor, a un creciente número de sustancias químicas. Datos de otros países⁴³ muestran cómo, con contadas excepciones, los cánceres son más frecuentes entre los trabajadores que entre la burguesía y las capas medias altas, lo que expresa esa exposición diferencial. Las estadísticas francesas referidas a hombres entre 35 y 64 años son contundentes, ya que las tasas de muerte por cáncer son dos veces más altas entre los trabajadores no calificados que entre los cuadros directivos y los profesionistas liberales.⁴⁴ Refiriéndose a la situación de creciente deterioro del ambiente, Berlinguer ha observado que el proceso de pauperización de las clases oprimidas, en países como Italia, se expresa en la adulteración de las funciones naturales como consecuencia de la reducción del salario.⁴⁵

En México los datos respecto a la mortalidad por el cáncer no muestran tendencias inequívocas, ya que no aumentan sistemáticamente año con año. Hay algunas evidencias, sin embargo, que permiten prever que será un problema de creciente importancia a corto plazo. Así, en el grupo de mayor exposición, que serían los hombres en edad productiva, hay un incremento a lo largo de los últimos veinte años.⁴⁶ Por otra parte, la mortalidad por cáncer en el Distrito Federal, una de las zonas más contaminadas del país, era un 60% más alta que la tasa general del país en 1971. Asimismo, en el Distrito Federal las infecciones respiratorias agudas como causa de muerte son más comunes que en el resto del país, lo que es otro indicador de los efectos de la contaminación del aire.⁴⁷

El impacto en las condiciones generales de salud de los problemas patológicos derivados de las transformaciones del proceso de trabajo industrial, complementa los resultados del proceso de empobrecimiento antes analizado. Las dos grandes tendencias en cuanto a las condiciones de salud están dados por estos procesos, pero la combinación precisa que tendrán se determina en la dinámica concreta de la crisis económica de los próximos años a nivel internacional y nacional, dinámica en la cual los elementos políticos tendrán mucha importancia. Paradójicamente puede pasar que ambas tendencias se profundicen si la política gubernamental implementada para salir de la crisis en los

43 Timio, op. cit., p 68.

44 Vallin, op. cit., p. 23.

45 G. Berlinguer, *Medicina y política*, ed. Cuarto Mundo, Buenos Aires. 1975, p. 22.

46 Laurell, "Proceso de trabajo...", op. cit., pp. 70-71.

47 SSA, *Estadísticas vitales de los EUM*, 1974.

próximos años sigue el camino monetarista propuesto por el FMI y adoptado por el actual gobierno, ya que acentúa elementos como el desempleo, la caída del salario y restricciones en el gasto social, al mismo tiempo que conlleva la concentración industrial y un proceso de intensificación del trabajo.

LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA NUEVA MODALIDAD CLASISTA

Independientemente del peso que se le da a los servicios médicos en el mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad, resulta indispensable revisar las políticas del sector salud, porque expresan cómo la salud gravita en la sociedad. Resumen las necesidades del capital respecto a determinadas condiciones de la fuerza de trabajo, la capacidad de lucha reivindicativa de las clases dominadas, la política económica del Estado y su proceso de hegemonía, etcétera. La característica del sistema de salud más comprometedor en términos políticos para el Estado hoy, es su contundente estructura clasista. Con veinticinco millones de personas al margen de los servicios médicos profesionales y con el 88% del presupuesto público destinado a dar servicios al 35% de la población derechohabiente de los institutos de seguridad social,⁴⁸ resulta poco creíble cualquier declaración oficial respecto a la igualdad de los mexicanos frente a su Estado.

La extensión de los servicios, por otra parte, resulta poco compatible con una política de restricción del gasto social. La política gubernamental respecto al sector salud, así, debe entenderse a la luz de esta contradicción que expresa la necesidad de aumentar la cobertura poblacional de los servicios médicos al mismo tiempo que hay una necesidad de restringir el crecimiento del gasto en salud.

Una revisión de las principales características de la política de salud en el periodo de 1976 a 1978, tal como se expresa en el desarrollo de la cobertura y del gasto, permite discernir algunas tendencias. En primer lugar, se registra una gran selectividad en el crecimiento de la cobertura respecto a distintos grupos sociales. Así, la cobertura de servicios médicos del esquema completo de seguridad social bajó en la agricultura, en el comercio, en la industria de la construcción y en algunas ramas de la industria de transformación, mientras que aumentó en el sector de servicios, especialmente los estatales, que vivieron un periodo de agitación y lucha.

En segundo lugar se aprecia toda una serie de medidas tendientes a racionalizar el gasto en las instituciones de salud, que van desde el recorte de personal combinado con la contratación de personal de menor calificación y salario más bajo, pasando por el aumento en las cargas de trabajo, hasta la disminución de los gastos de inversión.

En tercer lugar, destaca la implementación de programas de extensión de la cobertura en el marco de

48 A. C. Laurell, "La política de salud en la crisis económica: 1976-78", *Territorios*, n. 2, UAM-X, 1980. Los datos de este apartado están tomados de este trabajo.

la "medicina simplificada", entre los cuales se encuentran el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) de la SSA y, a partir de 1979, el programa IMSS/Coplamar. Ambos programas están basados en el principio de dar servicios básicos a grandes grupos poblacionales con un mínimo de recursos. Así, el PEC pretendía dar servicios a veintiocho millones de personas para 1982, en base a Casas de Salud construidas por la comunidad y de diez mil promotores de salud adiestrados en cursos de dos meses. El programa IMSS-Coplamar significa la continuación del programa de Solidaridad Social diseñado durante el régimen de Echeverría, interrumpido en 1977 y retornado hasta 1979 bajo nuevo nombre. Es un programa más sustancial que el PEC, pero sigue siendo claramente distinto a los programas regulares del IMSS.

En cuarto lugar, hubo un inicio de coordinación institucional de programas entre los organismos de los sectores estatal y paraestatal. Sin embargo, esta coordinación se refería esencialmente a los programas de planificación, o de control natal, hecho más relacionado con las preocupaciones demográficas que con un plan sistemático de integración institucional.

Estas tendencias revelan una preocupación clara por proporcionar algún tipo de servicios médicos a la población, pero al mismo tiempo perfilan la preservación nítida de un sistema de salud clasista, ya que cada grupo social, según su importancia económica y política, tiene servicios distintos de los demás grupos. Las declaraciones oficiales respecto a la integración del sistema de salud, vistas en esta perspectiva, cuando mucho pueden significar una administración conjunta, que permite más racionalidad en el manejo presupuestal, pero difícilmente implican que todos los mexicanos seremos iguales frente a las instituciones de salud. Lo único que podría cambiar estas tendencias sería una amplia movilización popular que modificaría el peso específico de lo económico y lo político en la cuestión de la salud, incrementando la importancia del último.

NUEVAS CONDICIONES, NUEVOS PLANTEAMIENTOS DE LUCHA

La crisis impulsa, así, tendencias adversas para las condiciones de salud de grandes grupos de mexicanos. Sin embargo, crea al mismo tiempo condiciones nuevas tanto para la lucha de las clases dominadas en la persecución de sus auténticos intereses, como para el proceso de generación de conocimiento, como un elemento específico y diferenciable de la lucha de clases.

La Gran Depresión de 1929 creó toda una corriente de pensamiento médico, que perseguía demostrar los efectos adversos de la crisis sobre la salud de las masas empobrecidas. A pesar de que percibieron la importancia de lo social para el proceso de salud-enfermedad de los grupos humanos, y a despecho de la verificación empírica que hicieron de esta relación, escapó a los integrantes de esta corriente tal vez lo más esencial. Asombrados por la repentina pobreza de grandes grupos de trabajadores, fijaron toda su atención en los problemas del consumo. La evidencia que presentaron fue contundente y sirvió como un elemento más en la lucha de las masas trabajadoras por garantizar mínimas condiciones de sobrevivencia aun en medio del desempleo y la caída del salario. Sus planteamientos fueron recogidos y llevados a la práctica dentro del marco del estado de bienestar, que aparentemente resolvía la problemática social de las condiciones colectivas de salud.

La irrupción de una nueva crisis económica y política que involucra al conjunto de los países capitalistas permite que simultáneamente en varios lugares –América Latina, Italia, Estados Unidos–, se recupere el análisis de las condiciones colectivas de salud como parte del proceso social. Y es hasta ahora cuando se discierne lo que quedó oculto en los años treinta; que la relación entre el proceso salud-enfermedad de un grupo y el proceso social no está dado ni única ni principalmente por la participación en el consumo, sino por las características del proceso de trabajo y las formas de reproducción que condiciona. La importancia de recuperar esta perspectiva reside en que centra la atención en el modo de producir, con todo lo que implica, y no tan sólo en los problemas de la distribución.

En una situación de auge de la lucha reivindicativa espontánea como la que se está viviendo en México y que se refleja en el elevado número de huelgas,⁴⁹ las demandas

49 Álvarez, op. cit.

respecto a la salud pueden fácilmente ser incorporadas. De hecho muchos sindicatos, al romper las trabas impuestas por dirigentes espurios, han tomado la cuestión de la salud como una demanda importante. Están, para mencionar dos ejemplos, la lucha de los electricistas del SME por la cláusula de jubilación a los veinticinco años por desgaste prematuro y la de los trabajadores textiles de Cuernavaca respecto al manejo de los servicios del IMSS.

Al ponerse al orden del día la lucha por la salud, sin embargo, hay dos posibilidades. O las demandas se formulan en función de una concepción poco elaborada de la relación entre lo social y el proceso de salud-enfermedad, y se concretan en la simple búsqueda de más servicios médicos y el pago por los daños causados por el trabajo, lo que significa la monetarización del riesgo; o bien se recupera la perspectiva de la íntima relación entre el proceso de trabajo y la patología, descubierta y desarrollada en los últimos años que origina demandas de salud distintas, ya que ponen en el centro el problema del control sobre el proceso de trabajo.