

*CAPITALISMO
y
ENFERMEDAD*

Raúl • Rojas • Soriano



PLAZA Y VALDES

P Y V

FOLIOS
UNIVERSITARIOS

En este libro se analizan las causas sociales de la problemática de salud que se genera en el proceso productivo. Para esto se recurre a conceptos y leyes sociológicos a fin de lograr una comprensión y explicación más profunda del proceso salud enfermedad visto como un fenómeno social, y no sólo como un hecho biológico e individual. De esta manera, se rebasa la concepción tradicional de la medicina del trabajo, que enfoca el problema de los accidentes y enfermedades laborales fundamentalmente desde el punto de vista técnico y subjetivo, al recurrir a conceptos como "condiciones de trabajo inseguras" y "actos inseguros" para explicar el origen de la patología industrial.

En este libro se demuestra que tales conceptos dan cuenta de una realidad inmediata y externa de los procesos sociales que originan los daños a la salud del proletario. Encubre, por lo tanto, las verdaderas causas, como es la organización capitalista de la producción que predominan en nuestra sociedad capitalista: relaciones de explotación.



9 789688 561522

Raúl Rojas Soriano

Capitalismo y enfermedad

Raúl Rojas Soriano

Capitalismo y enfermedad



Diseño de portada: Fabián González Negrín

Primera edición: 1983

Segunda edición: 1984

Tercera edición corregida y aumentada: 1985

Cuarta edición corregida y aumentada: marzo de 1988

Quinta edición corregida y aumentada: enero de 1995

Primera reimpresión: febrero de 1999

CAPITALISMO Y ENFERMEDAD

© Raúl Rojas Soriano

© Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

Derechos exclusivos de edición reservados para todos los países de habla española. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio, sin la autorización escrita de los editores

Editado en México por Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

Manuel María Contreras No. 73 Col. San Rafael

México, D.F. 06470 Tel. 705-00-30

ISBN: 968-856-152-5

Hecho en México

www.raulrojassoriano.com

www.facebook.com/rojassorianoraul

@RojasSorianoR

Índice

| | |
|--|-----|
| Introducción | 9 |
| 1. Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad | 13 |
| 2. Aplicación de las leyes y categorías del materialismo dialéctico al análisis del proceso salud-enfermedad | 27 |
| 3. El modo de producción capitalista: explotación y enfermedad de la clase obrera | 47 |
| 4. El papel del estado y de la seguridad social en la salud de la clase obrera | 77 |
| 5. El desarrollo del capitalismo en México | 89 |
| 6. Características de la formación social mexicana y sus repercusiones en la salud-enfermedad de la población | 121 |
| 7. Estado y políticas de salud en México (1982-1988) | 147 |
| 8. Análisis de la morbilidad y mortalidad en México según clases sociales | 153 |
| 9. Elementos para el análisis del proceso salud-enfermedad en la clase obrera en México | 165 |
| 10. Elementos para la conceptualización del proceso salud-enfermedad. Hacia una definición de la salud y la enfermedad | 213 |
| Conclusiones | 231 |
| Apéndices | 243 |
| Bibliografía | 291 |

“... tanto el Gobierno como la ley no son otra cosa que los guardianes del Capital, y el Capital es nuestra cadena común. El Capital quiere ganancias y, por lo tanto, no se preocupa de la vida humana”.

Ricardo Flores Magón
Regeneración, 17 de diciembre de 1910

Introducción

El análisis del proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de la sociología es una tarea sumamente compleja, debido a los problemas teórico-metodológicos que deben enfrentarse cuando se considera *lo social* como el elemento que permite explicar la problemática de salud de los grupos sociales, así como los demás aspectos con los cuales se relaciona, por ejemplo la esperanza de vida, la conciencia sobre los problemas de salud, las características de los servicios médicos y el acceso real a ellos, etcétera.

El proceso salud-enfermedad deja de concebirse entonces como algo exclusivamente biológico e individual y se plantea como un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres históricos, en grupos que se relacionan con la naturaleza y entre sí de cierta manera, es decir, que trabajan y viven en circunstancias históricamente determinadas.

Se parte, por tanto, de la tesis de que las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, es decir, en el modo de producción dominante, en este caso el capitalista. Este régimen ha generado dos clases sociales fundamentales con intereses antagónicos: la burguesía, dueña de los medios de producción, y el proletariado, que posee sólo su fuerza de trabajo para subsistir. Esta realidad objetiva determina que la ubicación de ambas clases en la estructura socioeconómica sea distinta, lo cual repercute en las condiciones materiales de existencia de cada cla-

se y en la situación de salud, así como en los demás fenómenos relacionados con ella. De acuerdo con lo anterior, y apoyándonos en diversos estudios empíricos, puede decirse que “hay una situación diferencial entre las dos clases fundamentales existentes en el régimen de producción capitalista (la burguesía y el proletariado) respecto de la morbimortalidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos”. Esta hipótesis permite una aproximación al conocimiento de los elementos determinantes de la salud-enfermedad; empero, el conocimiento científico tiene que ser, en la medida de lo posible, cada vez más preciso y objetivo, lo cual implica recuperar una categoría central de la metodología de investigación: realizar análisis concretos de situaciones concretas.

Esta necesidad se debe a que la realidad —y principalmente la que interesa estudiar aquí— es muy compleja, en cuanto presenta múltiples facetas y relaciones que requieren conocerse a fin de elaborar hipótesis que, enmarcadas en planteamientos generales, permitan la apropiación teórica de la realidad concreta. Esto hará posible una comprensión más profunda de la especificidad del proceso salud-enfermedad sin que por ello se pierda su ubicación dentro de una totalidad más amplia: la formación social mexicana.

El planteamiento de hipótesis concretas permitirá, por otra parte, orientar la formulación de políticas y estrategias de acción a fin de incidir en aquellos factores que dañan la salud de la población, especialmente la del proletariado, en el que centraremos nuestro análisis. La perspectiva teórica a la que recurrimos es la marxista, debido a que sus categorías y leyes permiten, mejor que las de otras corrientes teóricas, profundizar en el análisis de nuestro objeto de estudio.

A partir de planteamientos formulados por Marx sobre las leyes que rigen en el modo de producción capitalista —que muestran la manera en que el capital explota el trabajo asalariado y las formas concretas de consumo de la fuerza de trabajo según el tipo de plusvalía que se extraiga—, construimos nuestra argumentación que conduce al planteamiento de la hipótesis, eje central de este trabajo, en la que, además, recuperamos diversos planteamientos hechos por diferentes autores interesados en analizar la relación de lo social con la salud-enfermedad. Esta hipótesis señala que “existe una situación diferencial entre los distintos sectores que componen el proletariado respecto de la morbimortalidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia

sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos". Las diferencias, tal como lo expresamos en el capítulo 8, están dadas tanto por elementos de la base económica como por los de la superestructura, siendo aquéllos los fundamentales para que se observe tal diferenciación.

En el trabajo se trata de demostrar, además, que la seguridad social es un instrumento del estado y de las clases dominantes a fin de mantener a la fuerza laboral en condiciones adecuadas de salud para que sea explotada por el capital; esto permite que dicha institución contribuya a mediatizar la lucha de clases, ya que proporciona los elementos necesarios desde el punto de vista del estado y de la clase capitalista para que se conserve y reproduzca la fuerza de trabajo. La seguridad social remite la lucha a la esfera del consumo, dejando de lado la contradicción capital-trabajo, lo cual contribuye a reproducir las relaciones sociales de producción capitalistas que permiten la explotación de la clase proletaria.

También se busca demostrar que en la conceptualización del proceso salud-enfermedad están presentes los intereses de clase. Ello se debe a que su interpretación está mediada por la ideología, que responde a determinados intereses, no obstante que es un proceso objetivo, real. Asimismo, la conceptualización elaborada por los representantes de las clases que tienen el poder económico y político influye en la respuesta social a la enfermedad, concretamente en las políticas de salud y en la práctica médica dirigidas a la clase proletaria.

En el trabajo se subrayan, además, diversos planteamientos teóricos e ilustraciones concretas de la problemática de salud-enfermedad del proletariado hechos por Marx y Engels. Éste es un aspecto de su obra que han destacado poco los estudiosos de la explotación capitalista que han seguido los desarrollos teóricos de los autores mencionados. Los fundadores del marxismo no sólo dieron cuenta de las leyes capitalistas que permiten la explotación de la clase proletaria, sino que analizaron sus daños concretos: los accidentes y enfermedades y la reducción de la vida del trabajador y de su familia, así como las políticas sanitarias que formularon los gobiernos de Inglaterra en la época que ellos estudiaron. Puede decirse que *El capital* de Marx y *La situación de la clase obrera en Inglaterra* de Engels, entre otras obras, representan una protesta de estos autores contra las condiciones de trabajo y de vida que dañan la salud de la clase trabajadora, y que son impuestas por el régimen de producción capitalista.

Los planteamientos teóricos y los análisis concretos efectuados por Marx y Engels en torno a la problemática de salud de la clase proletaria, para lo cual recurrieron a informes de médicos e inspectores de fábricas, se han ignorado o no se han aprovechado debidamente por parte de los especialistas en medicina del trabajo, epidemiología y salud pública. En este libro se procura recuperar tales planteamientos y análisis a fin de utilizarlos como guías en el estudio de la salud-enfermedad de la clase proletaria en México.

También enfatizamos en el trabajo la necesidad de la participación de los obreros tanto en la investigación de las condiciones de trabajo que afectan su salud, como en el diseño e implementación de medidas para disminuir los riesgos que ocasionan enfermedades y accidentes laborales. Sólo así podrán garantizarse un enfoque adecuado y una vigilancia permanente para analizar y resolver los problemas de salud que se presentan en el proletariado.

Es necesario, además, señalar que en este trabajo utilizamos el concepto de *enfermedad* para englobar a los accidentes y enfermedades, salvo cuando se especifiquen estos dos fenómenos.

Esperamos que esta obra sugiera nuevas líneas de reflexión e investigación a los profesionales de la sociología y de las ciencias de la salud.

Por último, deseo dejar constancia de la comprensión y ayuda que me brindó mi compañera Amparo Ruiz, así como de las sugerencias que me hicieron los doctores Guillermina Baena, Miguel Cruz, Alejandro Gálvez, Rolf Meiners, Primo A. Sandoval, Armando Suárez, Javier Torres y Ramón Troncoso. Estoy en deuda, además, con Vicky Miret por la revisión del texto y con Ricardo Nudelman por su ayuda para la publicación de este libro.

Raúl Rojas Soriano

1. Consideraciones metodológicas para el estudio del proceso salud-enfermedad

*“Este nuevo planteamiento del problema
entraña ya, incluso, su solución.”
Marx, “El trabajo enajenado”*

Niveles de análisis

El proceso salud-enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida. El proceso salud-enfermedad se encuentra, por tanto, vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen, tesis de la que partimos y que será el eje central de este trabajo.

De acuerdo con lo anterior, las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en última instancia en la estructura y organización de la sociedad, es decir, en el ámbito de *lo social*, aun cuando aquél se manifieste, en forma concreta, en seres humanos.

Antes de analizar la salud-enfermedad de acuerdo con esta visión, es necesario referirse, aunque sea brevemente, a otros dos enfoques que dan por resultado niveles de análisis distintos del proceso salud-enfermedad.

Los tres niveles se encuentran vinculados entre sí, pero cada

uno de ellos es válido en cierto momento, y responden a necesidades y circunstancias individuales y sociales diferentes.

El *primer nivel* es aquel en el que la enfermedad se presenta en un organismo determinado y para resolver el problema de salud que lo afecta se requiere el curso de la medicina y ciencias afines (biología, bacteriología, fisiología, anatomía, etcétera). En base a las teorías, métodos, técnicas e instrumentos disponibles se realiza un diagnóstico de la enfermedad, para lo cual se elaboran previamente hipótesis de presunción, sobre todo cuando el cuadro clínico es complejo. El diagnóstico permitirá iniciar el tratamiento de la enfermedad a fin de restablecer la salud y eliminar o reducir al mínimo las secuelas incapacitantes. Este nivel encuentra su ubicación en el *modelo que considera un solo tipo de causas de la enfermedad*, ya que el interés radica en eliminar el o los agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones "normales" del organismo, por ejemplo erradicar o limitar un proceso tuberculoso en individuos que llegan a una institución de servicios médicos, o reparar la salud del trabajador que se accidenta en una fábrica. Este modelo orienta la búsqueda de la causa que produjo la enfermedad pero de acuerdo con una concepción de ésta. El ideal, aquí, es establecer una relación de uno a uno, en la que una causa es necesaria y suficiente para que se produzca determinada enfermedad (etiología específica). Si se logra esto, podrá incidirse en forma directa e inmediata en el agente patógeno, físico o químico que daña la salud.

Este modelo encuentra su sustentación teórica en el conjunto de reglas conocido como postulados de Koch: primero, el microorganismo se halla siempre con la enfermedad, de acuerdo con las lesiones y la etapa clínica observadas; segundo, el microorganismo no se encuentra en ninguna otra enfermedad; tercero, el microorganismo, aislado de quien padece la enfermedad y cultivado durante varias generaciones, reproduce la enfermedad (en un animal experimental susceptible). La presencia "regular" y "exclusiva" del microorganismo demuestra una relación causal. En el caso del accidente de trabajo, éste se considera como "un suceso o serie de sucesos de ocurrencia rápida, emanados de un acto inseguro o de una circunstancia insegura y culminando en un daño impremeditado" (Blake 1977:78). De acuerdo con esto, los accidentes se conciben como eventos que surgen por causas específicas, como pueden ser el no emplear equipo de protección, las herramientas inadecuadas, actos inseguros, etcé-

tera. Y esta concepción orienta los estudios sobre los factores que provocan los accidentes, así como la práctica correspondiente para "eliminar" la causa. En un célebre estudio H.S. Heinrich utilizó 12 mil casos, tomados al azar, de reclamaciones falladas y archivadas por las compañías de seguros, y 63 mil de los registros de accidentes fabriles. Según el autor de dicho estudio, "la mayor responsabilidad en cada caso se atribuyó bien al acto no seguro de una persona o a una condición mecánica también no segura; pero ni *en un solo caso* se atribuyó la culpa a causas personales y mecánicas al mismo tiempo" (citado por Blake 1977:83).

Este nivel de análisis e interpretación de la enfermedad, y la consecuente práctica médica, es el de la medicina curativa que busca la reincorporación de las personas a las actividades que desempeñaban antes de enfermarse o accidentarse. De acuerdo con este enfoque, para resolver el problema de salud *individual* basta la acción competente del equipo de salud, apoyada en una infraestructura médica adecuada. Cualquier otra consideración es secundaria. Aquí, la utilización de las ciencias sociales está prácticamente ausente y los datos socioeconómicos que se anotan en la historia clínica se presentan como datos aislados, abstractos (ocupación, escolaridad, etcétera), que poco o nada dicen de las verdaderas causas por las que los individuos se enferman o accidentan.

Es importante subrayar que este enfoque de la enfermedad y, por consiguiente, la forma de abordar su tratamiento, es un logro objetivo, real, de la medicina como práctica científica "aislada" de las condicionantes sociales que determinan cómo, de qué y con qué frecuencia y gravedad se enferma la gente. Es una práctica que se sustrae de las verdaderas causas de la enfermedad pero que tiene su validez de acuerdo con dicho enfoque: la enfermedad vista como un problema individual, separada de las condiciones en que se produce, que son condiciones sociales: la forma como los individuos se relacionan con la naturaleza y con los demás individuos para producir y reproducirse. Este nivel de análisis implica, como ya se dijo, un determinado enfoque de la enfermedad que no interesa desarrollar aquí, aunque no podemos dejar de mencionarlo porque: 1) tiene su validez de acuerdo con determinada concepción de la salud y la enfermedad y, 2) por las implicaciones político-ideológicas que tiene, ya que las clases dominantes "ponen" los avances de la medicina al servicio de la clase trabajadora para resolver sus problemas de salud,

mediatizando sus reivindicaciones en este campo; se busca el acceso a los servicios médicos y se relega lo fundamental, lo que condiciona un mayor riesgo a la enfermedad y a la muerte y reduce su esperanza de vida: determinadas condiciones de trabajo y de vida.

En el *segundo nivel* el individuo ya no se concibe en forma aislada sino como parte de una comunidad que tiene ciertas características socioeconómicas y culturales y está expuesto a determinados riesgos de enfermedad. De acuerdo con esto se analizan algunos elementos con los que está relacionada la enfermedad: factores sociales, económicos, culturales, físicos, químicos, etcétera, a fin de establecer regularidades empíricas entre estos factores y el tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad. Ésta se vincula, por lo tanto, con condiciones deterioradas de vida y de trabajo: hacinamiento, falta de agua potable, desnutrición, educación médica deficiente, presencia de factores físico-químicos o mecánicos en el medio de trabajo y que resultan adversos para la salud, etcétera. Se adopta un *modelo multicausal* y se deja sentir el nivel de comprensión de la enfermedad como algo social en cuanto que se consideran variables que hacen mención de aspectos sociales, pero no permiten una comprensión profunda del verdadero significado de lo social.

La tuberculosis, de acuerdo con este enfoque, se debe no sólo a la presencia del bacilo de Koch en el organismo sino al hecho de que existen elementos sociales que condicionan el surgimiento y desarrollo de la enfermedad: hacinamiento, desnutrición, falta de detección oportuna de la enfermedad porque los individuos no acuden o carecen de servicios médicos, etcétera. Es el modelo de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark, que rebasa al modelo unicausal en la búsqueda de las causas de la enfermedad, pero es un enfoque ahistórico y mecanicista que no permite establecer una jerarquía entre los factores sociales y físicos, sino sólo señalar relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos.

En relación con los accidentes de trabajo se proponen hipótesis como la siguiente: "Existe una interrelación entre el número de accidentes ocurridos en la empresa, con el número de condiciones inseguras en la misma; así como con algunas características socioeconómicas, culturales y técnicas de sus trabajadores. De esta manera, mientras mejores sean las condiciones de seguridad e higiene y las características mencionadas en relación a los obreros, menor será el número de accidentes en la empresa"

(Cuéllar Ramírez *et al.* 1979a:162).

Al enfermo tuberculoso que acude al hospital se le indica que debe mejorar su vivienda, alimentarse bien, ver periódicamente a su médico, no realizar ciertos tipos de trabajo, etcétera. Y para evitar los accidentes se recomienda, por ejemplo, “que se incrementen las actividades que viene realizando la Comisión Mixta de Seguridad e Higiene en el Trabajo de esta empresa, relativas a difundir entre sus trabajadores la importancia que tiene el hecho de usar equipo de protección personal y ropa de trabajo adecuada; así como vigilar que las condiciones ambientales de trabajo sean las óptimas posibles” (Cuéllar Ramírez *et al.* 1979b:236).

Esta forma de concebir la enfermedad vinculada a factores sociales y físicos es el enfoque de la epidemiología tradicional, que puede definirse —según Macxy— como “la rama de la ciencia médica que estudia las relaciones entre los diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de un proceso infeccioso, enfermedad o estado fisiológico, en una comunidad humana”.¹

Este enfoque representa, sin duda, un avance cuantitativo respecto del anterior en la concepción de la salud y la enfermedad y en las prácticas para prevenir los daños a la salud y restablecerla.

El *tercer nivel* busca conocer las *causas fundamentales* de la enfermedad, la esperanza de vida y la muerte, y del acceso real a los servicios médicos en los seres humanos, no vistos en forma abstracta sino como seres históricos que pertenecen a grupos sociales que trabajan y viven de determinada manera, resultado de la forma en que se estructura y organiza la sociedad para producir y reproducirse. En este nivel se trata de descubrir los nexos internos entre los fenómenos, la esencia, a fin de establecer leyes que, si bien a nivel de tendencia, orienten la búsqueda de las causas determinantes y condicionantes de la enfermedad y de los demás eventos relacionados con la misma, y permitan plantear alternativas de solución dentro de una formación social históricamente determinada.

De acuerdo con este enfoque, la tuberculosis se concibe como una enfermedad social cuyas verdaderas causas residen en la estructura misma de la sociedad, ya que el bacilo de Koch se desarrolla, como se ha demostrado, en determinados ambientes

¹ Citado por Jacob H. Landes 1963:3. “La práctica de la epidemiología ya no se limita únicamente a las enfermedades transmisibles, sino que abarca también otros padecimientos como el cáncer, la diabetes y las enfermedades del sistema cardiovascular, así como las lesiones provocadas por *accidentes*” (*ibid.*, VII).

físicos y sociales que son producto de la forma en que la sociedad produce y se reproduce, del tipo de relaciones sociales imperantes; en pocas palabras, de la estructura económica de la sociedad. Y los accidentes de trabajo encuentran su explicación en la forma en que la sociedad organiza la producción, en la manera en que los individuos se relacionan con la naturaleza en el proceso de trabajo, es decir, en el modo de producción dominante.

Para conocer las causas fundamentales de la enfermedad vista como un fenómeno social, y formular leyes, tiene que recurrirse a categorías tanto teórico-metodológicas como histórico-sociales. Entre las primeras se encuentran causa y efecto, esencia y fenómeno, necesidad y casualidad, contenido y forma, lo singular y lo general, posibilidad y realidad; hay que incluir además las leyes del materialismo dialéctico: ley de la unidad y lucha de contrarios, ley del paso de cambios cuantitativos a cambios cualitativos y ley de la negación de la negación. Entre las segundas tenemos: modo de producción, proceso de trabajo, clases sociales, condiciones materiales de trabajo, condiciones materiales de vida, estado, ideología, etcétera.

Las categorías histórico-sociales son también instrumentos teórico-metodológicos ya que orientan el análisis de los fenómenos concretos al proporcionar —a nivel teórico— los elementos y relaciones básicos que deben analizarse en una realidad específica.

Este tercer nivel supone a su vez un enfoque que supera al anterior, ya que implica un cambio cualitativo en el análisis y comprensión del proceso salud-enfermedad. En este nivel se sitúa el quehacer de la sociología médica marxista, la cual considera que la salud-enfermedad, aun cuando se manifiesta en organismos concretos, es un fenómeno social cuyas causas deben buscarse en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar *por qué existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de ésta, en la esperanza de vida y muerte y en el acceso real a los servicios médicos.*

La sociología médica marxista pretende, pues, crear leyes y teorías para explicar la salud-enfermedad como fenómeno social, para lo cual tiene que destacar los aspectos y relaciones esenciales —vía el recurso de la abstracción— que la teoría científica y la práctica concreta señalan como los más comunes, fundamentales, de la realidad concreta. La sociología médica marxista vincula lo teórico con lo empírico, lo abstracto con lo concreto, a fin de alcanzar, a través de categorías, leyes y teorías. una com-

presión más profunda del proceso salud-enfermedad. Por ello,

lo que parece ser más "abstracto" y "metafísico" es en realidad mucho más *concreto* precisamente porque, mediante su misma dimensión de universalidad, la teoría expresa las interconexiones de un enorme número de particulares: tal teoría no es abstracta por ser general, por lo contrario, es mil veces más concreta porque abarca en su alcance una parte mucho mayor de la realidad que los conceptos más limitantes y particularizantes (Hoffman 1977:96).

De acuerdo con esto, la sociología médica marxista utiliza categorías más abstractas para explicar un fenómeno concreto ubicado en una totalidad históricamente determinada. Así, su enfoque supera al de la epidemiología tradicional que solamente se queda en el plano de lo empírico, de lo inmediato, al establecer regularidades empíricas entre factores sociales y físicos y la salud-enfermedad.

La sociología médica marxista explica, sobre la base de categorías teórico-metodológicas y de categorías histórico-sociales, la presencia de estas regularidades empíricas, es decir, propone hipótesis globales que permitan un análisis más completo y profundo del proceso salud-enfermedad. Aquí radica su enfoque cualitativamente superior.

En los tres niveles que hemos descrito pueden emplearse métodos, técnicas e instrumentos para obtener información empírica de la realidad concreta; la diferencia estriba en el tipo de realidad que se estudia en cada nivel. En el primero, la realidad es el individuo y se hace abstracción de sus condiciones materiales de existencia, ya que el interés radica en resolver a la brevedad posible un problema de salud, y el método que se utiliza es el clínico. El segundo nivel se refiere a la búsqueda de un conocimiento sobre una realidad en la que el individuo ya no se concibe aislado del acontecer físico y social; pero la realidad que se investiga es lo fenoménico, lo externo e inmediato de los vínculos y aspectos de los elementos físico-sociales y el proceso salud-enfermedad. Aquí pueden emplearse diversos métodos y técnicas que la práctica ha demostrado que son de gran utilidad para alcanzar un conocimiento objetivo, pero sobre los aspectos externos, que son manifestaciones de la esencia de la realidad. Estos métodos y técnicas pueden ser el experimento social, la observación, la encuesta, la entrevista, etcétera.

Los resultados de los estudios situados en este segundo nivel

son de utilidad para orientar las políticas y programas concretos en ámbitos reducidos: una comunidad, una fábrica. Su objetivo fundamental es ayudar al mantenimiento del sistema social a través de la implementación de medidas que permitan evitar situaciones disfuncionales que vulneren el adecuado funcionamiento del mismo.

En el tercer nivel la realidad que se estudia es la realidad en su conjunto, en sus múltiples nexos y determinaciones; es la realidad vista como una totalidad concreta, histórica, en la cual se encuentran y desarrollan todos los procesos y objetos. En este nivel de análisis el proceso salud-enfermedad, que se presenta en individuos que trabajan y viven bajo determinadas circunstancias sociohistóricas, es parte de esa totalidad (la formación social). Por tanto, la explicación de dicho proceso se encuentra en la base material de la sociedad, es decir, en la forma en que ésta se organiza para producir y reproducirse.

En este nivel de análisis se recurre también a los métodos y técnicas antes mencionados —ya que no existe otra forma de obtener información empírica de la realidad concreta— pero tales herramientas se encuentran ubicadas en una perspectiva teórica que da cuenta de determinada concepción del mundo, de la sociedad, de los fenómenos inherentes a ésta, como la enfermedad, y que guía, además, el manejo de los métodos y técnicas de investigación, así como la aplicación de los resultados de los estudios. Nos referimos al materialismo histórico y dialéctico como teoría y método general de conocimiento de la realidad concreta.

La concepción materialista de la realidad social y sus repercusiones en la investigación del proceso salud-enfermedad

Para el estudio del proceso salud-enfermedad es necesario tomar en cuenta aquella perspectiva teórica que permita una comprensión y explicación más profundas de dicho proceso a fin de evitar análisis superficiales o fragmentarios sobre el mismo, o que sólo profundicen en la forma en que se presenta un problema de salud en un momento determinado y dejen de lado su desarrollo y transformación, o que aislen el fenómeno que se estudia de las condiciones sociohistóricas en las que se encuentra inmerso. Asimismo, es necesario evitar que el estudio de la salud-enfermedad, visto como un fenómeno social, se inicie a partir de cualquier

elemento, o separarlo de la totalidad (la sociedad en su conjunto) de la que forma parte. Es importante señalar que el investigador tiene que aislar, pero en la mente —vía el recurso de la abstracción—, los fenómenos objeto de estudio, a fin de poder iniciar un análisis intensivo sobre sus diferentes aspectos y relaciones, pero esto no significa que los fenómenos se encuentren en forma aislada en la realidad concreta.

Proceder a estudiar el proceso salud-enfermedad sin tomar en cuenta lo anterior es adoptar el enfoque de la corriente positivista y sus variantes (el funcionalismo y el conductismo), lo cual limita el conocimiento científico de la realidad objetiva, en este caso del proceso salud-enfermedad.

Por ello es necesario tener presente durante el proceso de conocimiento de la realidad las premisas fundamentales del materialismo dialéctico e histórico a fin de orientar el estudio de los fenómenos concretos así como la selección, diseño y aplicación de los distintos métodos, técnicas e instrumentos de investigación. Las tesis centrales de dicha corriente pueden expresarse en los siguientes términos:

1) Todos los fenómenos de la realidad social se encuentran en relación y dependencia mutuas. La realidad es un todo interrelacionado y no un conjunto de cosas y procesos aislados, separados unos de otros. Esta tesis ofrece la posibilidad de llegar a conocer las causas de los fenómenos pero es importante señalar que la realidad se presenta de una manera muy compleja y dentro de la multitud de causas posibles es necesario conocer las causas determinantes y condicionantes de los fenómenos. Además, debe tenerse en cuenta que los efectos repercuten en las causas de diversa forma y con distinta intensidad, y los efectos se convierten a su vez en causas de otros fenómenos.

De acuerdo con lo anterior, la salud-enfermedad es un proceso vinculado a diversos factores sociales, físicos, químicos y biológicos; el desarrollo de la ciencia, en la que están presentes distintas concepciones de la salud y la enfermedad, ha enfocado de diversa manera este asunto. La teoría unicausal logró una amplia aceptación cuando a través de la experimentación pudieron establecerse ciertos nexos entre fenómenos biomédicos que la ciencia médica colocó en primer plano durante la segunda mitad del siglo XIX: un agente patógeno (por ejemplo, el bacilo de Koch) origina la tuberculosis. La medicina, urgida de conclusiones apoyadas en la experimentación para poder “elevarse” al rango de ciencia, dejó de lado planteamientos que desde el siglo

xviii (e incluso desde los tiempos de Hipócrates) venían cobrando fuerza: la enfermedad está relacionada con circunstancias concretas de la vida material (Johann Peter Frank, Rudolf Virchow, etcétera). El aspecto de lo social en la comprensión del fenómeno de la enfermedad quedó relegado u olvidado cuando los descubrimientos experimentales asombraron a los estudiosos de la salud y la enfermedad.

El desarrollo de la vida social en el modo de producción capitalista se encargó de socavar las bases de la teoría unicausal al observarse que la presencia de muchas enfermedades (tuberculosis, difteria, cólera) estaba relacionada con las condiciones materiales de trabajo y de vida de la población. Surge la teoría multicausal que, como ya hemos visto, incluye varios elementos como causantes de la enfermedad. Dicha teoría fue, sin duda, un avance importante cuando a la lista de posibles causas de la enfermedad se agregaron otras propias del medio ambiente físico y social, en lugar de señalar un solo tipo de causas (agentes patógenos, físicos o químicos).

La historia de la explicación de la enfermedad muestra claramente el desarrollo del pensamiento dialéctico que avanza de formas inferiores de conocimiento a formas superiores, y a veces hay retrocesos (como la teoría unicausal) que, sin embargo, poseen los gérmenes de concepciones más profundas cuando muestran su insuficiencia explicativa. Esto permite que la ciencia no se detenga en la búsqueda de las causas fundamentales de los procesos.

2) La realidad se encuentra en permanente movimiento, cambio, transformación. Para llegar a una comprensión profunda de las causas de los fenómenos debe partirse de la tesis de que éstos no son estáticos sino que en ellos se presentan continuos cambios. La realidad es, por tanto, un proceso, y no un conjunto de cosas acabadas, por lo que el conocimiento sobre ella es también un proceso en el cual se consolidan verdades relativas y cuyo encañamiento permite alcanzar un conocimiento más profundo y objetivo de la realidad.

De acuerdo con esto, el proceso salud-enfermedad no es algo fijo, único; está en permanente cambio y recibe múltiples influencias de otras instancias de la vida social. Su aprehensión, a través del pensamiento conceptual, debe tomar en cuenta lo anterior para evitar crear modelos o teorías definitivas. Si partimos de que los conceptos, categorías, hipótesis, leyes y teorías —en suma, el pensamiento abstracto— es una reproducción

mental aproximada de esa realidad en permanente cambio, la conceptualización del proceso salud-enfermedad dependerá de las condiciones materiales del momento histórico que se vive, lo cual no significa que la conceptualización se encuentre encapsulada en la realidad presente; puede apoyarse en formulaciones expuestas en el pasado y enriquecerse con los hechos del presente para comprender mejor las formas de desenvolvimiento que adopte en el futuro el proceso salud-enfermedad (la ciencia mantiene, pues, una autonomía relativa respecto de las condiciones reales de existencia).

3) Los cambios, las transformaciones que aparecen en la realidad, son cambios objetivos cuya fuente es la *contradicción interna* que se presenta en los procesos; no son resultado de fuerzas suprasensibles o de disposiciones subjetivas (emociones, deseos, etcétera). En otras palabras, el motor del desarrollo se debe a la existencia de polos antagónicos que se encuentran en unidad relativa y en lucha permanente. En el caso de la realidad social —donde se presenta el proceso salud-enfermedad— la contradicción principal en la sociedad capitalista se da entre el capital y el trabajo, y se expresa socialmente en la lucha de clases entre la burguesía y el proletariado.

El proceso salud-enfermedad y su conceptualización se encuentran presentes en la palestra donde se desarrolla la lucha entre ambas clases. Por ello, las condiciones reales de existencia, los intereses y las ideologías de las clases sociales están presentes en la forma en que surge y se desarrolla dicho proceso, así como en la concepción que se tiene de él.

4) Los elementos y procesos de la estructura social tienen diferente jerarquía o influencia en el surgimiento, desarrollo y transformación de los procesos sociales, por lo que no puede iniciarse el estudio de un proceso a partir de cualquier elemento.

Para explicar el proceso salud-enfermedad es necesario analizar los diversos aspectos con los cuales se encuentra relacionado y conocer los factores esenciales de mayor peso que determinan las modalidades que asume dicho proceso. Hay, en términos generales, dos grandes grupos de factores: los del ser social, o sea, los que surgen de la vida material de la sociedad (la forma en que se produce y se reproduce) y los de la conciencia: las concepciones, conocimientos, sobre la enfermedad. Las tesis del materialismo histórico nos permiten demostrar —como se verá más adelante— que la enfermedad, su frecuencia y gravedad, tienen su explicación en las condiciones materiales de trabajo y de

vida de los distintos grupos sociales y no en las ideas o creencias sobre la enfermedad, aunque éstas pueden repercutir para que se desencadene el proceso que lleve de la salud a la enfermedad, o para detenerlo a tiempo y evitar secuelas. Sin embargo, las condiciones reales de existencia determinarán en última instancia las posibilidades objetivas de evitar, minimizar o retardar la presencia de la enfermedad, por ejemplo, el vivir y trabajar en un medio ambiente contaminado, el padecer o no desnutrición, el acceso oportuno y adecuado a los servicios médicos, etcétera.

La conceptualización del proceso salud-enfermedad que la ciencia médica elabora, y que orienta las políticas de salud y la práctica médica, depende de la realidad material, de las relaciones sociales imperantes que son, en la sociedad capitalista, relaciones de explotación. En la conceptualización de dicho proceso también influyen los valores, las creencias, pero éstos se encuentran condicionados por los aspectos materiales de la sociedad. Sobre este asunto hablaremos en el último capítulo del trabajo.

5) La realidad se presenta a diferentes niveles; nuestra experiencia sensible capta solamente los aspectos externos de los objetos y procesos del mundo natural y social. Los elementos y relaciones internas, o sea, la esencia, con los cuales se establecen leyes y teorías para explicar los fenómenos de la realidad, sólo pueden conocerse si se recurre al pensamiento abstracto. Marx decía que “toda ciencia estaría de más si la forma de manifestarse las cosas y la esencia de éstas coincidiesen directamente” (Marx 1973a, III:757).

La epidemiología tradicional sólo vincula los aspectos externos de los fenómenos sociales y físicos con la enfermedad, tal como se expresó en el apartado anterior. Por ejemplo, puede establecer relaciones como la siguiente: “mientras mayor es la desnutrición del obrero, mayor es la probabilidad de que ocurran accidentes de trabajo”. Es necesario rebasar este nivel y llegar a conocer la esencia, los aspectos internos, fundamentales, de la realidad, que no aparecen de manera inmediata, a primera vista. De acuerdo con esto, nuestro interés radica en determinar cuáles son las causas básicas por las que se presenta la relación anterior. Para responder a esta cuestión deben emplearse categorías histórico-sociales como clases sociales, modo de producción, plusvalía, etcétera, con el objeto de formular hipótesis que permitan alcanzar un conocimiento más profundo y objetivo de la realidad.

6) La *práctica social*, concreta, es la base del conocimiento y el criterio de verdad de nuestras representaciones teóricas, así como la única forma de transformar el mundo. Sobre el primer punto, Mao expresa lo siguiente: "No puede haber conocimiento al margen de la práctica" ("Sobre la práctica"); respecto del segundo punto, Marx señala que "El problema de si al pensamiento se le puede atribuir una verdad objetiva no es un problema teórico, sino un problema *práctico*; es en la práctica donde el hombre demuestra la realidad y el poderío, la terrenalidad de su pensamiento" ("Tesis sobre Feuerbach"); en cuanto al tercero, el mismo Marx señala que "los filósofos no han hecho más que *interpretar* de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de *transformarlo*" (*ibid.*) a través de la práctica.

De acuerdo con lo anterior, el conocimiento científico sobre el proceso salud-enfermedad y la forma en que se encuentra relacionado con la estructura socioeconómica de la sociedad debe adquirirse a través de la práctica científica, empleando teorías, métodos y técnicas que permitan la apropiación teórica de la realidad concreta, en este caso del proceso salud-enfermedad y sus diversos aspectos y relaciones. Asimismo, la transformación de las condiciones materiales adversas para la salud sólo puede llevarse a cabo a través de prácticas concretas, por ejemplo la lucha de clases, para arrancar al capital diversas reivindicaciones en el campo de lo económico, lo político y de la salud.

Los planteamientos anteriores son las tesis generales del materialismo dialéctico e histórico que debemos tomar en cuenta para alcanzar una comprensión más amplia y profunda del proceso salud-enfermedad, el cual si bien es un proceso natural está condicionado por circunstancias sociohistóricas concretas.

Una vez que hemos situado el proceso salud-enfermedad dentro de la perspectiva del materialismo dialéctico e histórico, es necesario aplicar las leyes y categorías de esta corriente de pensamiento a fin de orientar la apropiación teórica de dicho proceso. En el siguiente capítulo se aplicarán las leyes y categorías del materialismo dialéctico y en el tercero se recurrirá a categorías histórico-sociales para alcanzar una comprensión más profunda de la realidad capitalista y su relación con el proceso salud-enfermedad, la concepción que se tiene de éste y las respuestas que el estado y la sociedad dan a la enfermedad.

2. Aplicación de las leyes y categorías del materialismo dialéctico al análisis del proceso salud-enfermedad

“El organismo se encuentra en estado de enfermedad en cuanto uno de sus sistemas y órganos excitado en el conflicto de la potencia inorgánica, se fija por sí y se obstina en su actividad particular contra la actividad del todo; y la fluidez de ésta y su proceso, que corre a través de todos los momentos, se encuentran por tal razón impedidos”

Hegel, Enciclopedia de las ciencias filosóficas

Consideraciones generales

Las leyes y categorías del materialismo dialéctico se desprenden de la realidad objetiva y sirven de instrumentos teórico-metodológicos que guían el conocimiento de los procesos y objetos de la naturaleza y la sociedad. De acuerdo con esto, las leyes y categorías de la dialéctica son susceptibles de aplicarse al estudio del proceso salud-enfermedad ya que éste es una realidad objetiva, es decir, existe y se desarrolla independientemente de la conciencia o deseos de los individuos y grupos sociales, aunque éstos pueden, indudablemente, influir de diversa manera y en determinadas circunstancias para que dicho proceso se presente con mayor prontitud o se retrase.

Las leyes y categorías pueden emplearse para analizar el proceso salud-enfermedad a fin de alcanzar una mayor comprensión en torno al mismo y de esta manera poder orientar adecuadamente las políticas y prácticas necesarias para prevenir la enfermedad y restablecer y promover la salud dentro de una formación social históricamente determinada, cuyas características en el caso de México se exponen en el capítulo 6.

En el presente capítulo sólo se destacarán las tendencias y aspectos más generales de las leyes y categorías, por lo cual se hará caso omiso de las particularidades y elementos secundarios de dicho proceso que surgen y se manifiestan cuando se estudia la salud y la enfermedad en individuos y grupos sociales ubicados en un ambiente socioeconómico, político, cultural y ecológico concreto.

La aplicación de las leyes y categorías del materialismo dialéctico al proceso salud-enfermedad nos permitirá conocer su capacidad como instrumentos para la apropiación teórica de las características y relaciones fundamentales que se presentan en dicho proceso; además, permitirá orientar las investigaciones sobre esta cuestión en una realidad específica ya que, como decía Lenin, es necesario “realizar análisis concretos de situaciones concretas” para ver cómo se materializan las leyes y categorías de la dialéctica.

Leyes del materialismo dialéctico

Ley de la unidad y lucha de contrarios. En todos los procesos u objetos de la realidad natural, social y del pensamiento existen aspectos que se diferencian entre sí por sus características sustanciales y por eso se excluyen mutuamente. Estos aspectos de los procesos u objetos se llaman *contrarios*, los cuales, al ser elementos de un mismo fenómeno o proceso, están indisolublemente ligados entre sí, se hallan en *unidad*. Pero “la unidad (coincidencia, identidad, acción igual) de los contrarios es condicional, temporaria, transitoria, relativa. La lucha de los contrarios mutuamente excluyentes es absoluta, como son absolutos el desarrollo y el movimiento” (Lenin s/f,a:328).

La salud y la enfermedad se encuentran en relación dialéctica: en unidad relativa y en oposición permanente. Ambas coexisten en una totalidad: el organismo en un nivel, en otro la sociedad; aquélla tiene diversas características según determi-

nadas condiciones objetivas y subjetivas, sociales y físicas, internas y externas. Es, en pocas palabras, una totalidad concreta, histórica.

La salud y la enfermedad se presentan como dos polos de un mismo proceso; se encuentran en relación dialéctica y no mecánica o lineal, ya que esto significaría concebir la salud y la enfermedad como estados en los que se pasa de uno a otro sin mediar entre ellos una relación compleja y cambiante determinada por circunstancias sociohistóricas. Esta característica del proceso salud-enfermedad, y de la realidad en general, origina que exista un movimiento permanente de uno a otro polo, o sea de la salud a la enfermedad y viceversa. El paso de uno de ellos al otro, a su contrario, es decir, el predominio de uno de esos polos al vencer en la lucha que se da entre los contrarios, puede ser de diversa duración y con distintas manifestaciones (que no interesa analizar aquí por el elevado nivel de abstracción en que nos encontramos). El tiempo en que se da el proceso que lleva de la salud a la enfermedad y la forma en que se manifiesta están determinados por condiciones objetivas que existen independientemente de la conciencia, por ejemplo condiciones de nutrición, características del medio ambiente en que se vive y se trabaja, y por situaciones subjetivas, es decir, propias del individuo como: 1) ser histórico que posee un conjunto de valores, creencias, ideas, representaciones, que surgen de la vida material, de cómo se produce y reproduce en tanto ser social, y 2) como ser que tiene una determinada estructura biológica, la cual se halla condicionada por diversos determinantes sociales, al igual que los valores y las creencias. Esto significa que entre lo subjetivo y lo objetivo se presenta también una relación compleja y dialéctica, ya que lo subjetivo se vuelve objetivo en ciertos momentos y circunstancias y viceversa.

En el organismo actúan fuerzas internas y externas que tienden a alterar sus funciones y conducen al desarrollo de la enfermedad. El ser vivo lucha contra el medio físico y social (lucha no antagónica) pero no puede separarse de él. Dicho medio (fuerzas externas) influye para que en el cuerpo humano se desencadenen procesos internos que condicionan o determinan la presencia de situaciones patológicas.

En el organismo coexisten, pues, en permanente contradicción y en unidad relativa, la salud y la enfermedad, y esa contradicción es la *fuerza del desarrollo, del movimiento, de la superación*, ya que por ella el organismo se fortalece, se reafirma cuando, por

ejemplo, padece una enfermedad provocada por un virus y queda inmunizado, o cuando sufre un accidente que afecta alguna extremidad y tiene que adaptar sus capacidades psicomotoras a su nueva situación. El organismo se desarrolla dentro de las nuevas circunstancias que resultan de los accidentes o enfermedades, por lo que puede decirse que no se paraliza sino que genera defensas, mecanismos de supervivencia, de adaptación, y ante daños a la salud —ante procesos que tienden a la alteración de las funciones vitales del organismo— se manifiestan impulsos orgánicos y psíquicos que tienden hacia la homeostasis, hacia el restablecimiento de la salud. “El fenómeno especial de la enfermedad —dice Hegel— es, por tanto, que la identidad de todo el proceso orgánico se configura como decurso sucesivo del movimiento vital a través de sus momentos diversos (la sensibilidad, la irritabilidad y la reproducción); esto es, como fiebre. Pero la fiebre, siendo el decurso de la totalidad contra la totalidad aislada, es, además, el connato y el comienzo de la curación” (Hegel 1974:262). Pero esos impulsos del organismo se encuentran condicionados en mayor o menor medida por el medio físico y social, ya que si se carece de las condiciones adecuadas de vida (nutrición, ambiente no contaminado, acceso oportuno a los servicios médicos, etcétera), el restablecimiento de la salud es un proceso más lento y puede dejar secuelas.

Ley del paso de cambios cuantitativos a cambios cualitativos. Esta ley muestra el mecanismo del desarrollo de los procesos y objetos. En las primeras etapas los cambios son sólo cuantitativos y no alteran la calidad de los procesos. En determinado momento, la acumulación o sustracción de elementos, de materia o movimiento, conduce a una transformación radical de los procesos y objetos. “Por consiguiente, es imposible cambiar la cualidad de un cuerpo sin añadir o sustraer materia o movimiento, es decir, sin un cambio cuantitativo del cuerpo de que se trata” (Engels 1961:42).

El paso de la salud a la enfermedad es producto de una serie de cambios cuantitativos que se presentan tanto en el organismo como en el medio ambiente físico y social, cambios negativos para el organismo que lo acercan a la enfermedad, ya que a medida que 1) se expone a mayores riesgos de enfermedad (situaciones desfavorables para la salud), 2) se encuentra más susceptible al ataque de microorganismos patógenos o de agentes físicos y químicos por las características específicas del organismo. 3) dis-

minuye el número de defensas del organismo (por desnutrición, por ejemplo), 4) aumenta el período de exposición a ambientes contaminados, 5) se incrementa en el organismo el tiempo de presencia de los agentes patógenos, físicos y químicos, 6) tales agentes tienen mayor resistencia a los anticuerpos, surge la enfermedad, el accidente. Pero éstos no aparecen de momento, no emanan de la nada, sino que el organismo se enferma gradualmente, o el riesgo del accidente se eleva (situación que puede durar meses, días o minutos).

En determinado momento, el cuerpo sano ya no lo es; la acumulación de cambios cuantitativos negativos para la salud tanto en el organismo como en el medio que lo rodea conducen inevitablemente a una situación distinta, a la enfermedad, la cual a su vez, al aumentar las defensas del organismo, disminuir el riesgo al que se expuso, etcétera, va a ceder terreno y en el organismo se experimentará una tendencia a la recuperación de la salud, pero no igual a la que se tenía antes de la enfermedad; son dos diferentes tipos de salud aunque conserven lo esencial, lo más permanente: aquello que permite concebir a una persona como sana en el más amplio sentido del término (recuérdese que nos encontramos en un nivel de abstracción muy elevado).

De acuerdo con lo anterior, de la acumulación de cambios cuantitativos negativos para el organismo sobreviene una situación distinta en el proceso (la enfermedad), mas al haber acumulación de cambios en sentido inverso, se genera otra vez la misma situación (la salud) pero sólo aparentemente, ya que esta nueva situación es diferente de la anterior, o sea, de la salud que se tenía antes que el organismo se enfermase o accidentase. Nada permanece igual, todo cambia en un permanente devenir.

Ley de la negación de la negación. Cualquier proceso u objeto está expuesto tarde o temprano a su negación, a su destrucción, a dejar de existir. En el cuerpo humano está presente el devenir: nacer y perecer, y esto último es la expresión máxima de la enfermedad cuando ésta niega definitivamente a la salud. Sin embargo, para que se presente la enfermedad es necesario que antes exista la salud (nadie puede enfermarse cuando ya se encuentra enfermo, lo que puede suceder es que el deterioro de la salud sea mayor); en el organismo enfermo se encuentran a su vez los elementos, las energías que alientan la recuperación de la salud, recuperación que va a estar determinada por condicionantes tanto biológicos como del medio físico y social. En

este juego de acciones y reacciones, de la salud a la enfermedad y viceversa, se observa en el organismo superación y abatimiento, hasta que en determinado momento la enfermedad vence definitivamente y niega a la salud y sobreviene la muerte, que niega la vida, y surge algo nuevo, una calidad distinta cuando el organismo vivo deja de serlo:

Presa de las múltiples fuerzas contradictorias, el ser vivo resuelve "en acto", en todo momento, sus contradicciones. *Desde el momento en que cesa la contradicción, cesa la vida.* Pero, igualmente, desde el momento en que la contradicción deja de ser resuelta —desde que el cuerpo vivo ya no es capaz de "mantenerla en sí mismo", de encontrarse siendo él mismo a través de su movimiento interno, sus secreciones y cambios, la formación y desaparición de sus células— desaparece igualmente (Lefebvre 1979:225).

La salud y la enfermedad, como polos antagónicos, no se han conciliado, se han enfrentado, y en esa lucha que se libra en el organismo desde su nacimiento uno de los contrarios se impone y resuelve la contradicción. Y la dialéctica muestra su vigencia: entre salud y enfermedad no existe un equilibrio definitivo: uno de los contrarios finalmente triunfa sobre el otro.

La ley de la negación de la negación está presente desde el surgimiento mismo de la vida, ya que desde el momento en que el hombre nace, empieza a morir. "Todo hombre —dice Marx— muere 24 horas al cabo del día" (Marx 1973a, I:153). Es una muerte parcial, y la suma de todas esas "muertes" conducirá a la muerte final, a la destrucción del ser vivo. Como señala justamente Hegel, "no hay nada en la tierra que no contenga en sí el ser y la nada. El ser de una cosa acabada es tener en su seno como tal, el germen de su desaparición; la hora de su nacimiento es también la de su muerte" (citado por Grawitz 1975, I:6).

El ser humano es un ser histórico que vive bajo determinadas circunstancias materiales de existencia. El organismo se enfrenta a éstas respondiendo de distinta manera; en algunos casos la respuesta es más eficaz y oportuna y el organismo aleja el espectro de la enfermedad; en otros, difícilmente puede evitar ser presa constante de la misma. El proceso salud-enfermedad es un proceso natural pero histórico que surge y se desarrolla en un determinado organismo, el cual se encuentra condicionado por diversas situaciones sociales y se relaciona con la naturaleza de diferentes maneras. El ser humano está inmerso en múltiples y complejas contradicciones: como miembro de una clase social

(en el modo de producción capitalista que es el que nos interesa), y como parte de un mundo social que está en contradicción no antagónica con la naturaleza. Todas estas contradicciones afectan de diverso modo y con desigual duración e intensidad a los seres humanos que pertenecen a distintas clases sociales. La salud-enfermedad es, pues, un proceso sociohistórico, y las características concretas que adopta en un organismo se encuentran determinadas por las condiciones materiales de existencia en que está inmerso y de las cuales no puede escapar de la noche a la mañana pero sí influir sobre ellas —a través de la práctica concreta— para alterarlas, a fin de lograr mejores condiciones de vida y de trabajo para el mantenimiento de la salud y alejar el espectro de la enfermedad hasta donde los condicionamientos sociales y físicos lo permitan. El hombre no puede dejar de luchar contra la enfermedad, pero esa lucha será más consciente si conoce sus causas y los mecanismos por los que surge y se desarrolla. *

Categorías del materialismo dialéctico

Causa y efecto. Todos los fenómenos, procesos y objetos del mundo material y social se encuentran en relación y dependencia mutuas, y al interior de los procesos y objetos existe una “interdependencia e íntima e inseparable concatenación de *todos* los aspectos de cada fenómeno (con la particularidad de que la historia pone constantemente de manifiesto aspectos nuevos)” (Lenin 1979a:31).

De acuerdo con lo anterior, la salud y la enfermedad no son aspectos aislados en el organismo ni en su medio físico y social; la salud y la enfermedad se encuentran concatenadas a través de múltiples nexos y elementos que cambian constantemente y dentro de los cuales se encuentran aquellos más permanentes, fundamentales, comunes.

El paso de la salud a la enfermedad está dado por diversas causas determinantes y condicionantes, esenciales y no esenciales, internas y externas. La causalidad no es lineal ni mecánica; en el momento en que se presentan las causas necesarias y suficientes la salud cede terreno y la enfermedad empieza a manifestarse en el organismo, pero su detección dependerá de factores objetivos y subjetivos, puesto que los organismos no reaccionan exactamente igual ante una misma enfermedad,

debido a que no existen dos seres que tengan exactamente las mismas características biopsicosociales. Por ello, "las relaciones directas de causa-efecto a menudo no pueden explicar los fenómenos naturales de la enfermedad. Cada tipo de mal —invasión microbiana, daño químico, estímulos fisiológicos o acontecimientos psíquicos— puede producir diferentes efectos, dependiendo del estado del receptor individual" (Dubos 1975: 134-135), el cual se encuentra condicionado por su ambiente social y físico.

La relación causa-efecto debe concebirse, pues, como un complejo juego de acciones y reacciones, ya que la causalidad no se presenta en forma mecánica; es decir, siempre tiene que darse la causa o las causas de manera clara, completa, para que después tenga lugar el efecto: la enfermedad, los accidentes u homicidios (el tránsito lineal, mecánico de la causa al efecto sólo se observa en fenómenos bastante simples). Las causas no surgen de momento, de la nada, sino que se van acumulando; las causas determinantes se abren paso entre el cúmulo de diversas circunstancias: un accidente de tránsito no se produce porque el individuo estaba irremediamente destinado a sufrirlo, sino que se presenta cuando el riesgo de accidente llega a su máxima expresión, cuando las causas determinantes y condicionantes aparecen conjuntamente en determinado momento.

La enfermedad no surge, por tanto, como algo dado, acabado, sino que "se va construyendo" en la medida en que persistan determinadas causas y condiciones o éstas se incrementen o disminuyan, se mejoren o deterioren. Por ejemplo, una persona atacada por un virus o bacteria no manifiesta inmediatamente en su organismo la enfermedad de manera clara, completa; empieza por sentir diversos síntomas (dolores, molestias) y por presentar signos de la enfermedad (elevación de la temperatura, por ejemplo). Estos síntomas y signos no son exactamente iguales en todos los organismos. Dependerán de sus condiciones físicas (grado de resistencia del cuerpo ante agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos), los cuales estarán determinados en gran medida por las condiciones materiales de trabajo y de vida.

Entre causa y efecto existen múltiples aspectos y nexos, reversiones continuas, ya que una persona puede sentirse sana después de sufrir el ataque de un virus o bacteria pero tener más tarde una recaída o secuelas incapacitantes. Pero, ¿por qué algunas personas sufren recaídas y otras no? La respuesta debe

buscarse en la forma en que los grupos sociales y los individuos trabajan para producir y reproducirse, es decir en sus condiciones materiales de existencia que les permiten o impiden contar con una nutrición adecuada, un medio ambiente salubre, acceso oportuno a los servicios médicos, etcétera.

Como se ha dicho antes, la salud-enfermedad es un proceso natural pero también sociohistórico, es decir, se presenta en individuos y grupos sociales que trabajan y viven de cierta manera, bajo determinadas condiciones físicas y sociales; asimismo, la forma de concebir las causas de las enfermedades y las respuestas que se den a éstas va a ser diferente según la clase y el grupo social concreto a que pertenezca el individuo, según sus marcos culturales y las zonas geográficas en que vive, etcétera.

En otras palabras, la exposición a los riesgos de enfermedad y muerte, la interpretación de la salud y la enfermedad y la manera en que se resuelven los problemas de salud no es igual en todos los individuos, porque no todos pertenecen a una misma clase sino a diferentes clases sociales, las cuales se encuentran en un devenir, en un proceso histórico; además, los individuos y grupos sociales se encuentran ubicados en distintos medios físicos y se relacionan con los demás hombres y grupos de diversa manera. Por ello, el proceso salud-enfermedad debe ubicarse —para alcanzar una mayor comprensión sobre el mismo— en un contexto social determinado, en este caso en la formación social mexicana en la que está presente el modo de producción capitalista, que requiere personas en condiciones adecuadas de salud para que sean explotadas (clase trabajadora). La salud-enfermedad es, pues, un fenómeno que forma parte de una realidad mucho más amplia: la realidad natural y social, y esta última influye de manera determinante en la configuración de los cuadros de morbilidad así como en la conceptualización del proceso salud-enfermedad, ya que dicha conceptualización se encuentra mediada por la ideología que responde a los intereses de las clases sociales ubicadas en una realidad concreta.

Causa y efecto son categorías dialécticas que ayudan a aprehender procesos que se desenvuelven de manera dialéctica, por lo que es necesario rebasar el modelo unicausal (agente patógeno, físico o químico → enfermedad) que da cuenta de una causalidad lineal, mecánica, simple. También debe superarse el modelo multicausal de la epidemiología tradicional que vincula mecánicamente, sin jerarquización, diversas causas del medio físico y social con la enfermedad y sólo establece relaciones externas

entre causas y efectos, pero no penetra en la esencia, en el conocimiento de las relaciones internas, básicas. Éstas no pueden ser descubiertas en forma inmediata sino a través de un análisis científico apoyado en las categorías y leyes del materialismo dialéctico e histórico que guíen la aplicación de métodos y técnicas concretos a fin de obtener un conocimiento objetivo y más preciso de las causas del proceso salud-enfermedad. La apropiación teórica de un proceso objetivo, real, como el paso de la salud a la enfermedad, significa reconstruir dicha realidad en el pensamiento abstracto pero en su movimiento, en su desarrollo y transformación, en sus múltiples relaciones, acciones y reacciones, para tener un cuadro teórico objetivo de la realidad concreta. De lo contrario caemos en representaciones mecanicistas, paralizadas y simplistas, y la realidad, como ha demostrado la ciencia, no se desarrolla bajo rieles mecanicistas sino de acuerdo con cauces dialécticos; tampoco se encuentra estática sino en continuo movimiento, desarrollo y cambio; ni es un montón de cosas y procesos aislados, sin conexión, sino que se encuentran en relación y dependencia mutuas; ni es algo simple sino complejo. Por ello se requiere un pensamiento dialéctico que utilice las categorías y leyes de la dialéctica con el objeto de aprehender un mundo material que se desenvuelve dialécticamente a fin de reconstruirlo en el pensamiento pero de una forma dialéctica, es decir, en su desarrollo histórico concreto, en sus múltiples relaciones, aspectos y determinaciones.

Esencia y fenómeno. La *esencia* es el aspecto interno y relativamente estable del objeto o proceso y está oculto a la observación directa; la *esencia* comprende los elementos y relaciones principales, determinantes, de los fenómenos del mundo natural y social.

La *esencia*, en el caso del proceso salud-enfermedad, está dada por aquellos elementos y nexos fundamentales para que se opere el tránsito de la salud a la enfermedad. Tales elementos son: la presencia de condiciones materiales de trabajo y de vida desfavorables para el organismo y que propician el desarrollo de diversas enfermedades y accidentes al relacionarse los individuos con la naturaleza y mantener determinadas relaciones sociales de producción; por ejemplo, la existencia de condiciones sociales que originan la desnutrición, la falta de vivienda higiénica y de servicios básicos, el medio físico contaminado en que se vive y trabaja, las características que asume el proceso productivo y que

afecta la salud del trabajador, etcétera. Los elementos anteriores son los fundamentales para que se desencadenen los procesos patológicos o condicionen la existencia de un campo propicio para que se presenten los accidentes. Son, por tanto, los más estables, ya que dentro del modo de producción capitalista pueden cambiar diversos aspectos no esenciales para producir y reproducir las relaciones sociales dominantes, pero subsiste lo básico, lo común a dicho modo de producción: las *relaciones de explotación* que conducen a que una clase, la proletaria, posea en su mayoría condiciones de vida y de trabajo nocivas para su salud.

Las múltiples relaciones entre los aspectos mencionados no son observables a primera vista; se descubren a medida que se profundiza en la investigación científica. Los nexos entre las enfermedades y accidentes y el medio social y físico empiezan a aparecer cuando se indagan las causas determinantes y condicionantes de los diversos cuadros patológicos. Cuando se logra establecer leyes que explican el surgimiento y desarrollo de las enfermedades tomando como base *lo social* en su vinculación con lo biológico y el medio físico, se empieza a descubrir la esencia, es decir, las causas por las cuales se da el paso de la salud a la enfermedad. En un primer momento se observan las relaciones inmediatas entre los aspectos sociales, biológicos y físicos y la enfermedad; después se profundiza, y esas relaciones empíricas son explicadas por conceptos teóricos como modo de producción, clases sociales, relaciones de explotación, plusvalía, organización social, organización del proceso productivo, etcétera. La investigación es “un proceso infinito de profundización del conocimiento humano de las cosas... los procesos, etcétera, de los fenómenos a la esencia y de la esencia menos profunda a la más profunda” (Lenin s/f, a:214).

El *fenómeno* representa el aspecto externo, más variable, de los procesos u objetos. En el proceso salud-enfermedad el fenómeno está dado por las diversas manifestaciones del tránsito de la salud a la enfermedad (alteraciones en los signos vitales, síntomas, molestias) que son observables o medibles y que proporcionan una impresión inmediata, externa, de dicho proceso. La esencia se revela en parte a través del fenómeno —de las manifestaciones de la enfermedad— es decir, éstas son el resultado de la concatenación de múltiples y variados elementos básicos que las desencadenan. Pero los aspectos externos de la enfermedad (fenómeno) no revelan en su totalidad la esencia, ya que si una persona se enferma sólo vemos el fenómeno, el hecho consumado, no

lo que hay detrás, lo interno, las relaciones causales (la esencia) que originaron la enfermedad o el accidente. Observamos que una persona desnutrida es fácil presa del sarampión y reconocemos de inmediato las características de éste, pero no observamos a primera vista las causas de la desnutrición, ni los procesos que se dan en el organismo cuando es presa del virus al carecer de las defensas suficientes o adecuadas. Asimismo, una persona se accidenta y entre las causas inmediatas vemos la falta de medidas de seguridad industrial, la desnutrición (que reduce la capacidad psicomotora del individuo), pero lo que está detrás de esto permanece oculto a primera vista: las condiciones de trabajo y de vida adversas, las relaciones de explotación, la necesidad de obtener mayor plusvalía a costa de la seguridad del obrero, la organización del proceso productivo, la enajenación, etcétera.

Las relaciones complejas entre esas realidades objetivas (que se reproducen en conceptos teóricos) y la enfermedad sólo pueden conocerse a través de la investigación científica.

Necesidad y casualidad. La *necesidad* es lo que no puede dejar de ocurrir en determinadas condiciones concretas. El paso de la salud a la enfermedad se vuelve una necesidad natural (condicionada sociohistóricamente) cuando existen agentes patógenos, físicos, químicos o mecánicos, hay un huésped susceptible y condiciones sociales y del medio físico necesarias para el surgimiento de las enfermedades y de los accidentes. La conjugación de todos estos aspectos convierte a la enfermedad en algo necesario. Pero estos elementos no se presentan de igual forma en todos los grupos sociales; existen diferencias entre ellos, producto de sus condiciones materiales de vida y de trabajo. Por ello la necesidad, el tránsito obligado de la salud a la enfermedad, está dado por elementos sociohistóricos propios de cada grupo social, y no es producto de fuerzas suprasensibles que lo predestinen a sufrir una enfermedad o accidente.

La *casualidad* o casualidades influyen en la marcha de un proceso y pueden acelerarlo o retrasarlo; las casualidades pueden convertirse en necesidad. En el proceso salud-enfermedad se presentan cuando la persona se expone accidentalmente a agentes nocivos para la salud, por ejemplo, pasar por lugares contaminados, estar en contacto esporádico con enfermos infecciosos, etcétera. Si el individuo enferma es por factores casuales. Sin embargo, para que se presente la enfermedad como una necesidad natural y sociohistórica deben existir los elementos condicionar-

tes (determinado ambiente físico y social, condiciones orgánicas, por ejemplo, desnutrición, susceptibilidad, etcétera). Cuando éstos se presentan, lo casual se vuelve necesario; mientras tanto, la persona puede mantener cierto equilibrio inestable con los factores ambientales sin que sobrevenga la enfermedad.

El paso de la salud a la enfermedad se vuelve inevitable, necesario, cuando existen todas las causas determinantes y condicionantes.

Posibilidad abstracta, posibilidad real y realidad. La *posibilidad abstracta* se refiere a que en cierto momento, en una realidad concreta (los individuos y grupos sociales), no pueden presentarse determinados procesos, en este caso el tránsito de la salud a la enfermedad, por ejemplo, en los grupos alejados del riesgo de enfermedad o los que no son susceptibles: una persona no puede morir de tuberculosis si tiene una adecuada nutrición, vive en condiciones higiénicas adecuadas, tiene atención médica oportuna; tampoco puede sufrir accidentes de trabajo si no se encuentra en relación directa con los medios de producción. La posibilidad abstracta se vuelve *real* en el momento en que se dan las condiciones necesarias para que la persona se enferme o se accidente, condiciones que difieren según las enfermedades, las características biopsicosociales de los individuos y grupos sociales, el acceso a la atención médica, etcétera.

La posibilidad real se convierte en *realidad* cuando, una vez reunidos todos los elementos determinantes y condicionantes, se presenta la enfermedad.

El paso de la salud a la enfermedad es un proceso natural que está condicionado sociohistóricamente. Asimismo, la conceptualización de la enfermedad depende de la ideología, que expresa intereses de clase, pero en dicha conceptualización tienen lugar elementos objetivos que pueden ser observados y medidos (por ejemplo, los signos vitales) por distintas personas. Puede decirse por ello que tanto la presencia de la enfermedad como su conceptualización dependen de elementos objetivos y subjetivos, y la forma en que se conjuguen será diferente de un individuo a otro, de un grupo social a otro y de un momento y lugar a otro, aunque existen elementos comunes, básicos, que pueden estar presentes en el proceso salud-enfermedad y en su conceptualización y que son reconocidos por todos los grupos en distintas situaciones.

El tránsito de la salud a la enfermedad es un proceso real, pero

se encuentra mediado por múltiples factores y circunstancias sociohistóricas. De acuerdo con esto, al estar el proceso salud-enfermedad inserto en una sociedad dividida en clases, la determinación de que la enfermedad existe *realmente* dependerá de las ideologías e intereses de las distintas clases aunque, en determinado momento, puedan coincidir dichos intereses y nadie ponga en duda que la enfermedad es una *realidad*, por ejemplo, cuando las pruebas clínicas y los síntomas revelan, sin lugar a dudas, la presencia de determinado cuadro patológico, o cuando una persona sufre una fractura en alguna extremidad. En otros casos, un obrero puede declararse enfermo, pero los representantes de las clases dominantes consideran que no lo está ya que aceptarlo implicaría afectar la producción, o cuando existen signos y manifestaciones concretas de enfermedad, como por ejemplo dolor de cabeza, elevación de temperatura, consideran que el trabajador puede continuar sus labores. Aquí la determinación de la enfermedad es una *realidad* que se encuentra supe- ditada a diversas interpretaciones en las cuales están presentes las ideologías, los intereses de las clases sociales y los marcos culturales e intereses específicos de los miembros de los distintos grupos.

Contenido y forma. El *contenido* es la unidad de todos los elementos integrantes del objeto, de las propiedades, nexos, contradicciones y tendencias que están presentes en el paso de la salud a la enfermedad, elementos que pueden ser objetivos y subjetivos, internos y externos, esenciales y no esenciales. El contenido nos permite tener un cuadro completo de la realidad objeto de estudio a partir del cual podemos iniciar el estudio de los aspectos y relaciones básicos con el propósito de formular leyes que expliquen el proceso salud-enfermedad. Dentro de la gran cantidad de elementos presentes en dicho proceso es necesario destacar, vía el recurso de la abstracción, los esenciales, fundamentales y comunes. La *forma* es el modo de organización de los elementos del contenido, cómo se encuentran vinculados, el modo de manifestación del contenido. La forma en el proceso objeto de nuestro análisis es la incapacidad, el debilitamiento, la insuficiencia del organismo para desarrollar sus funciones fisiológicas y bioquímicas. Puede existir una misma forma que corresponda a contenidos distintos, por ejemplo, cuando se presentan dos enfermedades diferentes pero se manifiestan de la misma manera: decaimiento, incapacidad del organismo para desarro-

llar determinadas actividades, etcétera. También un mismo contenido puede expresarse de distintas formas, por ejemplo, dos personas enfermas de un enfisema pulmonar pueden tener reacciones orgánicas diferentes producto de condiciones orgánicas, las cuales se encuentran en gran medida supeditadas a las condiciones materiales de existencia.

Lo singular, lo particular y lo universal. El proceso salud-enfermedad se manifiesta en un organismo concreto (en lo *singular*) que posee determinadas características biológicas, psíquicas y sociales. Por ello no existe ningún proceso entre la salud y la enfermedad que se repita de igual forma, en las mismas circunstancias, con las mismas características en dos o más personas (cobran aquí importancia las palabras de Osler que decía: “es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente”) (citado por Dubos 1975:158).

Por lo tanto, el proceso salud-enfermedad que se presenta en determinada persona es un proceso singular, único, que contiene los elementos más generales que lo caracterizan como un proceso general, universal; pero, a su vez, contiene los elementos singulares, irrepetibles, ya que aun cuando la salud y la enfermedad se presentan en toda la sociedad, en los distintos grupos sociales, su expresión concreta, directa, es el organismo singular. El individuo que sufre una enfermedad, un accidente, es un ser histórico que mantiene determinadas relaciones con la naturaleza y con los demás hombres para producir y reproducirse.

Lo particular es un eslabón entre lo singular y lo universal, por ejemplo una misma enfermedad que se presenta en distintos seres humanos. La enfermedad específica, digamos la arteriosclerosis, tiene características que se manifiestan en todos los individuos que la padecen aunque cada individuo la resiente de distinta forma. A su vez, esta enfermedad posee elementos comunes a todas las enfermedades, por ejemplo debilitamiento, alteración de las funciones fisiológicas del organismo, y surge por exposición del individuo a determinadas circunstancias sociales y del medio físico.

Lo universal se refiere, pues, a las condiciones y características más generales del paso de la salud a la enfermedad; aquí se hace abstracción de los elementos singulares, irrepetibles, secundarios, y se destacan los elementos más generales, comunes y estables que se presentan en cualquier proceso de salud-enfermedad

que sufren todos los individuos, sin importar las enfermedades concretas o las condiciones específicas de su surgimiento. A este nivel, la conceptualización toma en cuenta sólo los elementos generales, comunes a todos los procesos singulares de salud-enfermedad.

Tales elementos se encuentran condicionados, sin lugar a duda, por diversos aspectos de la estructura social y del medio físico en que se desenvuelven los individuos y grupos sociales.

Importancia de las leyes y categorías del materialismo dialéctico en el estudio del proceso salud-enfermedad. Se dijo al principio de este capítulo que las categorías y leyes mencionadas son instrumentos teórico-metodológicos que guían el proceso de conocimiento del mundo y orientan, además, la aplicación concreta de las distintas técnicas e instrumentos de investigación cuando se realizan análisis específicos en una realidad históricamente determinada.

De acuerdo con esto, su aplicación al proceso salud-enfermedad ha permitido demostrar lo siguiente:

1) La salud y la enfermedad no son estados aislados, separados, sino un proceso cuyos polos antagónicos se encuentran en unidad relativa y en permanente cambio; están en relación dialéctica. Este planteamiento debe dirigir la reflexión y la práctica médica a fin de evitar modelos estáticos, paralizantes, que limitan una comprensión profunda de la salud y la enfermedad como un proceso complejo, cambiante, que adopta contenidos y formas nuevas de acuerdo con circunstancias sociohistóricas concretas que no deben dejar de tomarse en cuenta cuando se analiza dicho proceso.

2) El paso de la salud a la enfermedad es el resultado de una acumulación gradual de elementos desfavorables para el organismo, y no se da como producto del azar o de la predestinación. Ello debe conducir a elaborar un modelo de pensamiento y de práctica médica que considere la necesidad de influir en el proceso de adición o sustracción de elementos que lleva a la enfermedad. En otras palabras, se trata de evitar o retrasar la enfermedad influyendo en las situaciones biopsicosociales que la propician y, cuando se presenta, buscar la recuperación de la salud no sólo mediante la eliminación de los agentes patógenos, físicos o químicos vinculados a la enfermedad, sino de los factores sociales adversos para la salud.

3) La enfermedad niega a la salud, pero en esas continuas ne-

gaciones el organismo tiende inevitablemente a negarse, a dejar de existir; es necesario, por tanto, tomar en cuenta lo anterior a fin de mantener y fomentar la salud y de esta manera evitar, en la medida en que las circunstancias sociales, del medio físico y las de carácter médico lo permitan, el mayor número de episodios de enfermedad, o procurar disminuir la tasa de mortalidad. Ello implica incidir en factores no sólo biológicos sino también en los de la estructura social con el propósito de elevar el nivel de bienestar de la población a fin de evitar o retrasar la presencia de la enfermedad.

4) El paso de la salud a la enfermedad es el resultado de múltiples causas determinantes y condicionantes, internas y externas, por lo que no puede adoptarse un modelo médico simplista para buscar las causas de las enfermedades y accidentes (modelo unicausal o modelo multicausal de la epidemiología tradicional). El proceso salud-enfermedad es demasiado complejo ya que en él se encuentran vinculados de diversa manera múltiples aspectos y factores: los biológicos, los del medio físico y los de la estructura social. Sólo si se toma en cuenta esto es posible adoptar un modelo que permita el análisis y la comprensión profundos de las causas que conducen de la salud a la enfermedad en grupos sociales y en individuos que trabajan y viven de determinada manera.

5) En el proceso salud-enfermedad se encuentran elementos esenciales y no esenciales. La investigación científica debe revelar la esencia, es decir, las causas determinantes, fundamentales, por las que se presenta la enfermedad. De acuerdo con esto, la reflexión y la práctica médicas deben dirigir su acción hacia la solución de las verdaderas causas de la enfermedad y no de sus efectos, del fenómeno, ya que esto último sólo conduce a retrasar la comprensión de la enfermedad como un fenómeno social. Además, cuando el pensamiento y la acción médica sólo tratan de resolver los efectos de las enfermedades (medicina curativa) se encubren las causas esenciales, y tal forma de actuar lleva implícita una ideología, una concepción de la vida, de la enfermedad, que responde a los intereses de las clases dominantes, como se verá en el desarrollo de este trabajo.

6) En el tránsito de la salud a la enfermedad existen elementos y relaciones necesarios y otros casuales, accidentales. Si se parte de que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno social, debe ponerse especial atención en los primeros elementos a fin de buscar la manera de influir colectivamente sobre ellos y retrasar la presencia de la enfermedad.

7) Para que la enfermedad se convierta en realidad es necesario que surjan las condiciones para ello, que exista una posibilidad real. Es decir, que la persona sea susceptible o se exponga al riesgo de enfermarse y accidentarse. El modelo médico debe trascender estas "posibilidades reales" (presencia de agentes patógenos físicos o químicos) que son, en última instancia, producto de las condiciones materiales de existencia de los grupos e individuos. Debe tratar de que se comprenda que las posibilidades reales están en función de una complejidad de factores y relaciones sociales, físicas y biológicas presentes en una realidad concreta.

8) En el análisis del proceso salud-enfermedad interesa ante todo el contenido, es decir, el conocimiento de los diversos elementos presentes, y de éstos los más fundamentales, y no la forma en que se manifiestan, aunque esto puede ser importante en determinado momento y bajo ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando se analizan la salud y la enfermedad en forma individual, alejadas de las condiciones sociales en que se desenvuelven.

A través de la investigación científica debe buscarse una representación amplia, completa, de todos los elementos presentes en el proceso salud-enfermedad, a fin de dilucidar aquellos de mayor peso y que resultan fundamentales para explicar dicho proceso.

9) El proceso salud-enfermedad es un hecho singular que se presenta en organismos históricamente determinados. Pero esto no significa que cualquier proceso individual no exprese las características generales, comunes a todos los procesos de salud-enfermedad, y que encuentran su ubicación y desarrollo en grupos y sociedades complejos. La enfermedad, aun cuando se manifiesta como un hecho biológico, no pierde su carácter social. Olvidarlo implicaría ver en cada persona enferma un organismo aislado de sus condiciones materiales de existencia, lo cual cancelaría las posibilidades de alcanzar un conocimiento más profundo de la forma en que *lo social* repercute en los procesos de salud-enfermedad individuales.

De acuerdo con lo expuesto hasta aquí la salud y la enfermedad son hechos naturales que se encuentran condicionados sociohistóricamente, es decir, por situaciones presentes en una sociedad históricamente determinada cuyas características esenciales están dadas por la forma en que produce y se reproduce, es decir, por el modo de producción predominante.

En el siguiente capítulo se analizarán en términos generales el surgimiento y desarrollo del modo de producción capitalista y la

forma concreta en que repercute en el proceso salud-enfermedad de la clase proletaria.

3. El modo de producción capitalista: explotación y enfermedad de la clase obrera

“La producción capitalista, que es, en sustancia, producción de plusvalía, absorción de trabajo excedente, no conduce solamente al empobrecimiento de la fuerza humana de trabajo, despojada de sus condiciones normales de desarrollo y de ejercicio físico y moral. Produce, además, la extenuación y la muerte prematuras de la misma fuerza de trabajo.”

Marx, El capital

Surgimiento del modo de producción capitalista

Los hombres son seres históricos, seres de carne y hueso, que establecen determinadas relaciones con la naturaleza y con los demás hombres, es decir, producen y se reproducen de una manera determinada, que ha sido diferente en las distintas etapas por las que ha atravesado la humanidad.

La historia muestra que la forma de producir y distribuir los bienes para satisfacer necesidades objetivas y subjetivas difiere de una época a otra y adquiere características particulares en las formaciones sociales concretas. El hombre es un ser activo, creador, que construye su medio social y produce y se reprodu-

ce bajo ciertas circunstancias que existen independientemente de su conciencia.

La historia parece repetirse, ser la misma en las distintas épocas, ya que los hombres viven y trabajan, tienen vida social y espiritual y realizan actividades políticas e intelectuales; empero, la historia del mundo social es la historia de procesos que se desarrollan de manera dialéctica, esto es, cambian constantemente y adoptan múltiples aspectos y relaciones que difieren de una época a otra y de un lugar a otro. Los hombres viven y *producen* en circunstancias concretas, históricas: cultivan la tierra, construyen sus casas, confeccionan su ropa, se agrupan y emplean las fuerzas productivas en el proceso de trabajo. Sin embargo, “lo que distingue a las épocas económicas unas de otras no es lo que se hace, sino el cómo se hace” (Marx 1973a, I:132), es decir, la manera de producir los medios para el mantenimiento y reproducción de la sociedad en su conjunto.

Los modos de producir los bienes materiales han sido, pues, diferentes a lo largo de la historia de la humanidad, ya que ésta se desarrolla de estadios inferiores a estadios superiores y los modos de producción muestran mayores avances a medida que la humanidad alcanza formas de organización más complejas y elevadas que permiten el desarrollo de las fuerzas productivas para lograr un dominio cada vez mayor sobre la naturaleza. Sin embargo, puede haber retroceso al interior de una etapa, retroceso temporal dentro del movimiento general, ascendente, de la historia de la humanidad.

El modo de producir los bienes impone su huella a todos los aspectos de la vida política, espiritual; influye de manera decisiva en el desarrollo de la conciencia de los hombres. Las palabras de Marx son precisas al respecto: “El modo de producción de la vida material condiciona el proceso de vida social, política e intelectual en general. No es la conciencia de los hombres la que determina su ser; por el contrario, su ser social es lo que determina su conciencia” (Marx 1973b:12).

Lo anterior resulta de fundamental importancia para comprender que la historia no es producto de la voluntad o las ideas de seres aislados, o de personajes únicos, sino de conglomerados humanos que trabajan y viven bajo determinadas circunstancias que les son impuestas cuando surgen a la escena de la historia pero sobre las que pueden influir y alterar: el hombre es un ser que tiene capacidad para transformar la naturaleza y la sociedad y a la vez se transforma a sí mismo, y cambian sus ideas políti-

cas, religiosas, morales. En una famosa carta a Joseph Bloch del 21-22 de septiembre de 1890 (Marx y Engels s/f, II:490), Engels escribía:

...Según la concepción materialista de la historia, el factor que en *última instancia* determina la historia es la producción y la reproducción de la vida real... La situación económica es la base, pero los diversos factores de la superestructura que sobre ella se levanta —las formas políticas de la lucha de clases y sus resultados, las Constituciones que, después de ganada una batalla, redacta la clase triunfante, etcétera, las formas jurídicas, e incluso los reflejos de todas esas luchas reales en el cerebro de los participantes, las teorías políticas, jurídicas, filosóficas, las ideas religiosas y el desarrollo ulterior de éstas hasta convertirse en un sistema de dogmas— ejercen también su influencia sobre el curso de las luchas históricas y determinan, predominantemente en muchos casos, su *forma*. Es un juego mutuo de acciones y reacciones entre todos estos factores, en el que, a través de toda la muchedumbre infinita de casualidades... acaba siempre imponiéndose como necesidad el movimiento económico.

De acuerdo con lo anterior, la estructura económica de la sociedad, es decir, la producción y reproducción de la vida real, conforma la superestructura: 1) jurídico-política (instituciones: estado, tribunales, leyes, etcétera), y 2) las formas ideológicas: teorías jurídicas y políticas, elementos religiosos, artísticos y filosóficos.

La base o estructura económica —el modo de producción—² se descompone en dos factores: 1) las fuerzas productivas, y 2) las relaciones de producción. Pero, ¿qué es lo que genera el cambio histórico, la transformación de un modo de producción en otro? Marx señala al respecto que “en una fase determinada de su desarrollo, las fuerzas productivas de la sociedad entran en contradicción con las relaciones de producción existentes, o, lo cual

² Agustín Cueva (s/f:3) señala que debido a que “en cada modo de producción se da una articulación distinta entre la base y la superestructura, es que el concepto de modo de producción puede utilizarse en un sentido más amplio, para designar no sólo a la matriz económica sino también a la estructura resultante de la articulación de las tres instancias: la económica, la jurídico-política y la ideológica”. El concepto de modo de producción, por su misma condición de concepto ubicado en un nivel muy alto de abstracción, necesita —dice Cueva— complementarse con otro, que se sitúe en un nivel de concreción mayor. “Este concepto es el de *formación social*, que se refiere a las sociedades históricamente dadas, en las que ya no encontramos un solo modo de producción y en estado ‘puro’, sino, por regla general, una combinación específica de varios modos de producción” (*ibid.*), uno de los cuales es el dominante.

no es más que su expresión jurídica, con las relaciones de propiedad en cuyo interior se habían movido hasta entonces” (Marx 1973b:12). Puede decirse por tanto que “las fuerzas productivas son el corazón de la base económica de la sociedad y alimentan el motor del cambio histórico, o sea la lucha de clases por el excedente económico, conflicto que origina la evolución de la base”.³

El modo de producción capitalista surge de las entrañas mismas del régimen feudal de producción, pero el período de transición de uno a otro sistema dura varios siglos (Marx señala del siglo XIV al XVI) y es desigual en cada país, adquiriendo distintas características en cada región.

Al finalizar la época feudal se dejó sentir una gran expansión del comercio en varios países (Inglaterra, Italia, Holanda, Francia), lo cual estimuló el crecimiento de muchas ciudades, situación que repercutió en los reinos de los señores feudales que hasta entonces habían mantenido prácticamente una economía de autoabastecimiento, ya que obtenían de sus siervos los diversos productos que necesitaban para su consumo diario o el trabajo que requerían sus tierras para hacerlas producir y mantenerse así como clase parásita. Los señores feudales no escaparon, pues, de la influencia del comercio puesto que deseaban adquirir los productos que vendían los comerciantes y que en muchos casos eran traídos de lejanas tierras.

La necesidad de tener una capacidad de compra cada vez mayor y de aumentar su fuerza y poder frente a otros reinos impulsó a muchos señores feudales a explotar más a los siervos al exigirles mayores prestaciones de trabajo (*corvéés*) u obtener más productos o dinero por las tierras que éstos trabajaban pero que eran propiedad de los señores feudales.

Esta situación llevó a un grave deterioro de la fuerza de trabajo servil, a tal grado que fue presa de múltiples epidemias, una de las cuales, la peste negra, condujo a la muerte a miles de siervos. “El efecto destructor de la peste misma —señala Maurice Dobb— debe de haber sido avivado por la desnutrición de la población (pues la mortalidad a causa de la peste fue, al parecer,

³ Ross Gandy 1978:202. Las fuerzas productivas son: 1) las materias primas, 2) las herramientas y las técnicas, y 3) las relaciones de trabajo: modos de cooperación y división del trabajo. Estos elementos los presentan Marx y Engels en distintos trabajos (véase Gandy 1978:214). Las relaciones de producción incluyen las relaciones de propiedad, las relaciones sociales, las relaciones entre las clases sociales involucradas en la producción (Gandy 1978:202).

proporcionalmente mayor entre el pueblo) y las hambrunas locales cobraron tantas víctimas a causa de la ausencia de reservas" (Dobb 1971:68).

Las relaciones de producción vigentes, en las que el señor feudal se apropiaba de la mayor parte del producto de las tierras y del trabajo de los siervos, se convirtieron en serias trabas para que éstos cuidaran de la explotación de la tierra y obtuvieran mejores cosechas, ya que una parte considerable del producto de su trabajo quedaba en manos de la clase parásita.

Paralelamente a esta situación, el capital comercial encontraba obstáculos para su desarrollo debido a las limitaciones que los señores feudales imponían al comercio: prestación de determinados servicios por comerciar o pasar por sus dominios o pago de impuestos onerosos sobre las ventas realizadas, entre otras imposiciones.

Aunado al desarrollo del comercio, surgieron en las ciudades los gremios de artesanos y mercaderes que trataban de proteger a sus respectivos miembros mediante la expedición de leyes sancionadas por las autoridades locales. Los primeros limitaban, por ejemplo, el número de artesanos y la aceptación de extranjeros y mujeres, y exigían como requisito tener cierta antigüedad en el oficio. El gremio de los mercaderes señalaba limitaciones a los productores, ya que éstos no podían vender sus productos a cualquier comerciante y en cualquier parte. Pero el capital comercial iba en ascenso y los mercaderes más ricos encargaban trabajos a artesanos que vivían fuera de los límites de la ciudad y, por lo tanto, fuera del control de los gremios de artesanos, con lo cual se conseguían productos a menor costo y, por consiguiente, aumentaba su capacidad competitiva frente a otros comerciantes.

En determinado momento el comerciante se convirtió en mercader-fabricante cuando empezó a proporcionar —sobre todo a los artesanos más pobres— las materias primas y herramientas para elaborar los productos que requería un mercado en constante expansión. Empieza aquí a conformarse una nueva clase ascendente: la clase capitalista que requería libertad para desarrollar la producción y venderla en cualquier lugar, así como hombres libres, no sujetos a señores feudales o a gremios, que pudieran vender su fuerza de trabajo.

Pero los mercaderes-fabricantes enfrentaban también sistemas de producción rudimentarios —la industria doméstica— que impedía generalizar la producción de las mercancías debido a la

escasa división del trabajo y a la utilización de herramientas poco avanzadas.

La sociedad de los siglos XIV y XV era una sociedad en transición, ya que todavía conservaba varios de los aspectos característicos del feudalismo: una economía de subsistencia en muchas regiones, la presencia de la industria doméstica como base de la producción, la existencia de relaciones feudales de producción en diversas zonas, etcétera, pero en ella se gestaban fuerzas poderosas que no podrían caber en el sistema de relaciones sociales imperante. El paso de un régimen de producción a otro es un proceso que puede durar años o siglos, y que se desarrolla en forma desigual de un país a otro y de una región a otra dentro de un mismo país. Por eso Marx justamente señala que: "Una sociedad no desaparece nunca antes de que sean desarrolladas todas las fuerzas productivas que pueda contener, y las relaciones de producción nuevas y superiores no se sustituyen jamás en ella antes de que las condiciones materiales de existencia de esas relaciones hayan sido incubadas en el seno mismo de la vieja sociedad" (Marx 1973b:13).

El fin del régimen feudal de producción surgió de los múltiples antagonismos que contenía en su seno y que no podían resolverse dentro de la estructura y organización social vigentes. John Eaton (1966:57-58) resume en los siguientes términos los antagonismos que caracterizaron el curso del desarrollo social en la era de decadencia del feudalismo:

1) el conflicto entre el siervo y el señor —el siervo ofreciendo resistencia al señor, que luchaba siempre por extraer un mayor producto excedente—, 2) los señores que guerreaban entre sí, tratando cada uno de salvarse a expensas de un rival, y sembrando así una cosecha de decadencia universal, 3) el poder feudal opuesto a los mercaderes y a los capitalistas que surgían en las ciudades y en los feudos. Al paso que se intensificaban las luchas, la base del poder feudal se reducía de continuo; el viejo orden podía maniobrar cada vez menos, y se veía cada vez imposibilitado de encontrar una salida.

La decadencia de la sociedad feudal era, pues, el resultado de la imposibilidad del sistema de seguir operando con los antiguos esquemas de producción localista y bajo relaciones sociales de producción que limitaban la libertad de acción de los nuevos grupos sociales (comerciantes, banqueros) que pugnaban por la expansión del comercio ante la apertura de nuevas rutas marítimas, lo cual implicaba rebasar las fronteras de los territorios

dominados por los señores feudales. Esos nuevos grupos se habían ido diferenciando de la rígida estructura clasista medieval (señores y siervos) y se oponían a los artesanos y mercaderes cuya producción y comercio eran locales.

Los cambios económicos y sociales operados por la rápida expansión del comercio requerían que protegieran las actividades e intereses de los comerciantes y banqueros del poder local de los señores feudales, y derrumbaran las leyes y costumbres de los artesanos y mercaderes cuyas actividades se enmarcaban dentro de las condiciones impuestas por la sociedad feudal. Se necesitaba, por tanto,

un sistema político más centralizado que el existente bajo el feudalismo... en consecuencia, los reyes comenzaron a ejercitar más y más prerrogativas y, con el apoyo financiero de las nuevas clases económicas que iban apareciendo, a ejercer la autoridad suprema sobre los barones feudales. El reinado de la monarquía absoluta había comenzado en Francia y en España, e iba a llegar a Inglaterra en breve, impuesto por los Tudor (Crossman 1965:31).

Se desmoronaba así el carácter localista del sistema feudal y se iniciaba una etapa de consolidación del poder del rey o emperador, no sólo para imponerse a los señores feudales dispersos sino además para imponerse a la misma iglesia —poseedora de grandes extensiones de tierra—, cuyo dominio temporal y espiritual se extendía por toda Europa occidental. “El estado-nación surgió —como dice Crossman— menos por el propósito humano, que por fuerzas ciegas fuera del control del hombre, y no se basa en principios perfectamente definidos, sino originados por determinados cambios económicos y sociales que ocurrieron en Europa entre los siglos XIII y XVI” (Crossman 1965:21).

Mientras el feudalismo se encaminaba irremediabilmente hacia su muerte, el capitalismo se apoderaba paulatinamente de las actividades productivas y comerciales, desplazando a aquellos grupos de artesanos y mercaderes que ponían trabas para su desarrollo o eliminando leyes y costumbres que impedían su libre desenvolvimiento. El ascenso de la clase capitalista como clase dominante a la escena de la historia cobraba cada vez mayor fuerza y las barreras que encontraba en su camino fueron eliminadas una a una a fin de imponer un modo de producción acorde con sus intereses. Al respecto Marx señala que:

Los capitalistas industriales, los potentados de hoy, tuvieron que desalojar, para llegar a este puesto, no sólo a los maestros de los gremios de artesanos, sino también a los señores feudales, en cuyas manos se concentraban las fuentes de la riqueza. Desde este punto de vista, su ascensión es el fruto de una lucha vigorosa contra el régimen feudal y sus irritantes privilegios, y contra los gremios y las trabas que éstos ponían al libre desarrollo de la producción y a la libre explotación del hombre por el hombre (Marx 1973a, I:609).

Pero, ¿de dónde obtiene el dinero-capital la nueva clase para desarrollar el nuevo modo de producción? Marx, en el capítulo de “La llamada acumulación originaria” de *El capital*, describe las formas en que se lleva a cabo el proceso de expropiación —mediante leyes o decretos o por la fuerza— que privó de su tierra a los productores rurales, a los campesinos, que fueron lanzados al mercado de trabajo como proletarios libres, privados de todo medio de vida, excepto de su fuerza de trabajo que tenían que vender a quien se había apropiado de los medios de producción. Otros campesinos huyeron a los centros urbanos, que empezaban a conformarse, debido a la cruel explotación de que eran objeto por parte de los señores feudales. En relación con los artesanos dueños de pequeños talleres, su desplazamiento era una necesidad obligada por parte de fabricantes con mayores recursos o de compañías que asociaban a varios artesanos a los cuales tuvieron que vender sus talleres ante la imposibilidad de competir con la nueva clase capitalista, convirtiéndose en proletarios al quedar sin medios de producción.

Marx señala en dicho capítulo que:

El proceso que *engendra* el capitalismo sólo puede ser uno: *el proceso de disociación entre el obrero y la propiedad sobre las condiciones de su trabajo*, proceso que de una parte *convierte en capital* los medios sociales de vida y de producción, mientras de otra parte *convierte a los productores directos en obreros asalariados*. La llamada *acumulación originaria* no es más que el *proceso histórico de disociación entre el productor y los medios de producción* (Marx 1973a, I:608).

De esta cita y de las consideraciones hechas anteriormente se desprende que el origen del modo de producción capitalista reviste el siguiente proceso: 1) separación de los productores de sus medios de producción; 2) la posesión de esos medios de producción por una parte de la población —la clase burguesa— y, como

consecuencia de lo anterior, 3) el surgimiento de otra clase social que, al no disponer de medios de producción, tiene que vender su propia fuerza de trabajo a la clase dueña de aquéllos.

El surgimiento del modo de producción capitalista da lugar, por tanto, a la aparición de dos clases sociales antagónicas —el proletariado y la burguesía— y, a la vez, al origen de la contradicción fundamental del capitalismo, contradicción entre el carácter social de la producción y la apropiación privada de la misma por parte del capitalista. Ambas clases sociales tienen intereses opuestos por su situación objetiva dentro de la estructura de clases. A una, el proletariado, le interesa derrocar al capital, acabar con la propiedad privada sobre los medios de producción y así suprimir su explotación; la otra, la burguesía, desea seguir manteniendo las condiciones sociales de explotación, *conditio sine qua non* para producir cada vez más plusvalía mediante la apropiación privada de los productos del trabajo social, para mantener y reproducir el modo de producción capitalista.

Con los elementos anteriores puede comprenderse que:

Las clases sociales son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, *por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción* (relaciones que en su mayor parte las leyes refrendan y formalizan), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo, y, consiguientemente, por el modo de percibir y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen. Las clases son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse el trabajo del otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social (Lenin 1979b:228; cursivas nuestras).

La instauración del modo de producción capitalista no sólo estableció las condiciones sociales para dividir a la sociedad en dos clases fundamentales —la burguesía y el proletariado— sino que creó, además, las bases estructurales para disponer de una “población sobrante” que utiliza de acuerdo con las necesidades de explotación y reproducción del capital. Esta superpoblación relativa es *el ejército industrial de reserva* que aumenta a medida que se incrementa el capital, según la ley general de la acumulación capitalista formulada por Marx: “*Cuanto mayores son la riqueza social, el capital en funciones, el volumen y la intensidad de su crecimiento y mayores también, por tanto, la magnitud absoluta del proletariado y la capacidad productiva de su traba-*

jo, tanto mayor es el ejército industrial de reserva” (Marx 1973a, I:546).

De acuerdo con Marx, el ejército industrial de reserva existe en varias modalidades: la flotante, la latente y la intermitente. La superpoblación *flotante* se presenta cuando en la industria moderna la producción tan pronto repele como vuelve a atraer la fuerza de trabajo en gran cantidad; el total de obreros en activo crece en términos generales pero siempre en proporción decreciente a la escala de producción. Respecto a la superpoblación *latente* Marx señala que, al adueñarse la producción capitalista de la agricultura, “*la acumulación del capital que aquí funciona hace que aumente en términos absolutos la demanda respecto a la población obrera rural, sin que su repulsión se vea complementada por una mayor atracción, como ocurre en la industria no agrícola*”. Esta superpoblación es absorbida en parte por la industria urbana. La tercera forma, la *intermitente*, es parte del ejército obrero en activo pero su trabajo es irregular, por ejemplo las personas que realizan trabajo domiciliario que nutre a la manufactura o gran industria. El nivel de vida resulta inferior al nivel medio de la clase obrera y sus características principales son máxima jornada y salario mínimo (Marx 1973a, I:543-545).

De lo anterior se desprende que las condiciones de trabajo y de vida de la superpoblación relativa son diferentes de las del resto de la clase trabajadora, lo cual va a repercutir en forma diferencial en las condiciones de salud de los distintos sectores de dicha clase. El mismo Marx dedica diversos apartados a analizar las condiciones de trabajo y de vida del sector obrero más golpeado por el capital y las consecuencias que de ellas se derivan: mayores enfermedades y menor esperanza de vida (véase “Ramas industriales inglesas sin límite legal de explotación”, capítulo “La jornada de trabajo”, y “Las capas peor pagadas del proletariado industrial inglés”, capítulo “La ley general de la acumulación capitalista”, de *El capital*, vol. I). En el primero de los apartados Marx señala, en base a informes de autoridades médicas e inspectores de fábricas, que los alfareros, panaderos, herreros y los obreros de la manufactura de cerillas y fábrica de alfombras padecen más hambre y enfermedades, tienen un envejecimiento más rápido y la mortalidad es mayor, en comparación con otros sectores de la clase trabajadora.

El modo de producción capitalista, antes de manifestarse en su forma más desarrollada —la producción fabril— tuvo que pasar

por una etapa previa: la manufactura (*manu*, a mano + *factura*, hechura = hechura a mano), que va desde mediados del siglo XVI hasta el último tercio del siglo XVIII. Esta forma de producción era el resultado del escaso desarrollo de las fuerzas productivas, ya que al inicio de este período los descubrimientos en varias ciencias, por ejemplo la mecánica, eran incipientes o su aplicación al proceso productivo resultaba sumamente costosa. Sin embargo, la manufactura era superior a la simple industria doméstica al permitir —mediante la división del trabajo— aumentar considerablemente la producción. El proceso de producción se dividía en diversas etapas, cada una de las cuales era realizada por artesanos que tendían a especializarse en tareas específicas. Además, éstos y a no se encontraban dispersos sino reunidos en un solo lugar lo cual facilitaba al patrón controlar la calidad y productividad del trabajo. “El período manufacturero —señala Marx— simplifica, perfecciona y multiplica los instrumentos de trabajo, adaptándose a las funciones especiales y exclusivas de los operarios parciales. Con esto, la manufactura crea una de las *condiciones materiales* para el empleo de la maquinaria” (Marx 1973a, I:276-277).

La necesidad del capital de generalizar la producción de mercancías en un tiempo cada vez menor con el fin de obtener una mayor plusvalía (cuando las leyes impiden la prolongación de la jornada de trabajo más allá de ciertos límites, límites impuestos por la resistencia física del trabajador), obliga a la industria a mecanizar las diferentes fases del proceso productivo y entonces “la máquina se convierte, en manos del capital, en un *medio objetivo y sistemáticamente aplicado* para estrujar más trabajo dentro del mismo tiempo” (Marx 1973, I:339). Y el capitalismo da un nuevo salto, un cambio cualitativo que implica mayor explotación para el obrero: de la manufactura —de sus limitaciones— surge la industria mecanizada, por una necesidad objetiva del capitalista de aumentar la productividad del trabajo e incrementar la acumulación del capital a fin de conquistar nuevas ramas de la producción y abrir más mercados para colocar las mercancías. Pero surge también una situación distinta para el obrero: se incrementa la explotación de que es objeto por parte del capital, ya que “en la manufactura y en la industria manual, el obrero se sirve de la herramienta: en la fábrica, sirve a la máquina. Allí, los movimientos del instrumento de trabajo parten de él; aquí, es él quien tiene que seguir sus movimientos. En la manufactura, los obreros son otros tantos miembros de

un mecanismo vivo. En la fábrica, existe por encima de ellos un mecanismo muerto, al que se les incorpora como apéndices vivos" (Marx 1973a, I:349).⁴

La mecanización del proceso productivo, exigencia de la acumulación capitalista, acentuó en forma nunca antes vista la división del trabajo, por un lado entre quienes planean y dirigen las actividades y aquellos que las ejecutan y, por el otro, en el proceso mismo de la producción, ya que al obrero se le asignan tareas y se le impone determinado ritmo a su trabajo, ritmo dictado por los movimientos y necesidades de la máquina de acuerdo con la racionalización del proceso productivo, que a su vez se encuentra determinado por los requerimientos del capitalista: aumentar la productividad. El control del proceso productivo escapa de las manos de los obreros. Éstos pierden algo de ellos, se sienten extraños en un proceso en el que se encuentran inmersos pero que está dirigido hacia fines con los que tienen poco que ver y sobre los cuales no pueden influir. Además, se les limita y hasta puede anulárseles su capacidad creativa al automatizarse las diferentes fases del proceso productivo. En estas circunstancias:

...el trabajo es algo *externo* al obrero, es decir, algo que no forma parte de su esencia, en que, por tanto, el obrero no se afirma, sino que se niega en su trabajo, no se siente bien, sino a disgusto, no desarrolla sus libres energías físicas y espirituales, sino que mortifica su cuerpo y arruina su espíritu. Por tanto, el obrero sólo se siente en sí fuera del trabajo, y en éste se siente fuera de sí. Cuando trabaja no es él, y sólo recobra su personalidad cuando deja de trabajar. No trabaja, por tanto, voluntariamente, sino a la fuerza, su trabajo es un *trabajo forzado*. No representa, por tanto, la satisfacción de una necesidad, sino que es, simplemente, un *medio* para satisfacer necesidades extrañas a él. El carácter extraño del trabajo que realiza se manifiesta en toda su pureza en el hecho de que el trabajador huye del trabajo como de la peste, en cuanto cesa la coacción física, o cualquiera otra que constriñe a realizarlo. El trabajo externo, el trabajo en que el hombre se enajena, es un trabajo de autosacrificio, de mortificación. En definitiva, la exterioridad del trabajo para el obrero se revela en el hecho de que no es algo suyo, sino de otro, de que no le pertenece a sí mismo, sino que pertenece a otro.⁵

⁴ *Ya no es el obrero —dice Marx— el que emplea los medios de producción, sino que son éstos los que emplean al obrero* (p. 248).

⁵ Marx 1968:78. Marx habla de otro tipo de enajenación de la actividad práctica

En esto consiste la enajenación del trabajo, dice Marx. Ésta es una realidad objetiva que se presenta durante toda la jornada y durante la vida productiva del obrero y está ligada directamente con la división del trabajo y la propiedad privada. El trabajo enajenado tiene, sin duda, serias implicaciones en el desarrollo físico y espiritual del obrero y trasciende a otro campo de nuestro interés: la salud del trabajador, ya que las actividades que realiza son repetitivas, fatigosas, y en la mayoría de los casos tiene pocas oportunidades de desarrollar su imaginación creativa. Es, pues, un trabajo rutinario, embrutecedor, que tarde o temprano provoca fatiga psíquica, sensorial y muscular, la cual a su vez condiciona un campo propicio para que surjan accidentes y enfermedades. Un trabajo de esta naturaleza origina neurosis que puede ir acompañada de angustia, ansiedad, depresión, trastornos psicósomáticos, etcétera, los cuales crean un campo propicio para que surjan los accidentes laborales.

Así, la moderna industria y el desarrollo tecnológico cada vez más intenso convierten al obrero en un autómatas, en parte de la máquina que debe responder a las exigencias de ésta; por lo tanto, el trabajador tiene que adecuar sus ritmos fisiológicos naturales y las condiciones de trabajo —que él creaba en la industria doméstica y aun en la manufactura— a los de la máquina y al medio en que ésta se encuentra. He aquí otra forma concreta de la explotación del capital que se generaliza con la mecanización del proceso productivo. “Nota común a toda producción capitalista, considerada no sólo como *proceso de trabajo*, sino también como *proceso de explotación* de capital, es que, lejos de ser el obrero quien maneja las condiciones de trabajo, son éstas las que le manejan a él” (Marx 1973a, I:350).

Proceso de trabajo. Sus características en el capitalismo

El trabajo es un proceso que ha existido desde que el hombre se diferenció radicalmente de los animales superiores, concretamente de los monos antropomorfos, y le ha permitido obtener de la

humana: la relación entre el obrero y el producto del trabajo, como objeto ajeno y dotado de poder sobre él (pp. 77-79). Aquí sólo interesa de modo inmediato el primer tipo de enajenación, el que surge de “la relación entre el trabajo y el acto de producción, dentro del trabajo”, por las implicaciones directas que tiene en la salud del obrero. El problema de la enajenación del obrero es retomado por Marx en su obra fundamental: *El capital*, 1973a, vol. I, p. 294 y vol. III, p. 98.

naturaleza las materias necesarias para su subsistencia, utilizando para ello, en forma cada vez más perfeccionada, instrumentos de trabajo que construye en forma consciente. El trabajo, dice Engels, "es la condición básica y fundamental de toda la vida humana. Y lo es en tal grado que hasta cierto punto, debemos decir que el trabajo ha creado al propio hombre" (Engels s/f:74).

El trabajo y la elaboración de instrumentos están ligados, como causa y efecto a su vez, al desarrollo del cerebro humano, a la formación del lenguaje y a la capacidad de abstracción y de elaboración de conceptos. Ello permite que el trabajo sea un proceso planeado, que tiene existencia ideal en el cerebro del hombre antes de materializarse y, además, que esté dirigido intencionalmente: apropiarse de la naturaleza, apropiación práctica guiada por el pensamiento teórico (conceptos, leyes, teorías). Ésta es la diferencia fundamental que existe entre la especie humana y el resto de las especies animales, diferencia que ha significado un salto cualitativo de incomparable importancia en el desarrollo de la humanidad, y que ha permitido al hombre modificar conscientemente la naturaleza a fin de dominarla en una escala cada vez mayor a medida que se desarrollan las fuerzas productivas. Por tanto, el trabajo es un proceso que surgió con el hombre mismo y está ligado a su historia, independientemente de las formas concretas que adopta bajo determinadas circunstancias sociales. El trabajo está dirigido en cualquier orden social a crear valores de uso para satisfacer necesidades objetivas y subjetivas.

De lo anterior se desprende que *el proceso de trabajo*, como categoría universal, puede definirse como

la actividad racional encaminada a la producción de valores de uso, la asimilación de las materias naturales al servicio de las necesidades humanas, la condición general del intercambio de materias entre la naturaleza y el hombre, la condición natural eterna de la vida humana, y por tanto, independiente de las formas y modalidades de esta vida y común a todas las formas sociales por igual (Marx 1973a, I:136).

El proceso de trabajo ha adoptado formas específicas en los distintos modos de producción (comunista primitivo, esclavista, feudal, capitalista). Aquí nos interesa analizarlo en el régimen de producción capitalista a fin de contar con elementos teóricos para estudiar el objeto de nuestra preocupación: la explotación de la fuerza de trabajo y los daños a la salud.

Las leyes del modo de producción capitalista moldean, por decirlo así, el proceso de trabajo, dándole características especiales que lo convierten en un *proceso de trabajo capitalista*, que difiere de otros que han existido en la historia humana, aunque conserva lo esencial, lo común a todos los procesos de trabajo: la apropiación de la naturaleza para producir valores de uso.

Bajo el modo de producción capitalista “el proceso de trabajo, considerado como *proceso de consumo de la fuerza de trabajo por el capitalista*, presenta dos fenómenos característicos”:

El obrero trabaja *bajo el control del capitalista*, a quien su trabajo pertenece. El capitalista se cuida de vigilar que este trabajo se ejecute como es debido y que los medios de producción se empleen convenientemente, es decir, sin desperdicios de materias primas y cuidando de que los instrumentos de trabajo se traten bien, sin desgastarse más que en aquella parte en que lo exija su empleo racional. Pero hay algo más, y es que *el producto es propiedad del capitalista* y no del productor directo, es decir, el obrero. El capitalista paga, por ejemplo, el *valor de un día de fuerza de trabajo*. Es por tanto, dueño de utilizar como le convenga, durante un día, el uso de esa fuerza de trabajo, ni más ni menos que el de otra mercancía cualquiera... *Al comprar la fuerza de trabajo*, el capitalista *incorpora* el trabajo del obrero, como fermento vivo, a los elementos muertos de creación del producto, propiedad suya también. Desde su punto de vista, *el proceso de trabajo* no es más que el consumo de la mercancía fuerza de trabajo comprada por él, si bien sólo la puede consumir *facilitándole medios de producción*. El proceso de trabajo es un proceso entre objetos *comprados* por el capitalista, *entre objetos pertenecientes a él*. Y *el producto de este proceso* le pertenece, por tanto a él, al capitalista (Marx 1973a, I:137).

El proceso de trabajo en el modo de producción capitalista se concreta en formaciones sociales históricamente determinadas, en las que adquiere particularidades producto de circunstancias internas y externas que están presentes en un momento dado. Empero, el proceso de trabajo capitalista conserva lo esencial, lo que permite diferenciarlo de otros procesos de trabajo inherentes a otros modos de producción (lo esencial se ha expuesto en la cita anterior), ya que es un proceso dirigido a producir plusvalía, lo cual implica un proceso de consumo de la fuerza de trabajo y sus consecuencias: el padecimiento de enfermedades y accidentes propios del régimen fabril, envejecimiento prematuro y reducción de la vida del obrero.

Las repercusiones del proceso de trabajo no terminan cuando

el trabajador sale de la fábrica o el taller, ya que aquél no puede, aunque se lo proponga, librarse de las consecuencias de un proceso que consume energías, sangre, salud. Forma, por tanto, parte de su vida misma, pues lo que sucede en dicho proceso trasciende a los demás aspectos de su existencia, como tendremos oportunidad de demostrar más adelante. Es más, puede decirse que “como el obrero pasa la mayor parte de su vida en el proceso de producción, las condiciones del proceso de producción son en gran parte condiciones de su proceso de vida activa, sus condiciones propias de vida” (Marx 1973a, III:99).

Dentro de cada formación social —en el ámbito capitalista— el proceso de trabajo se organiza y lleva a cabo en unidades productivas (fábricas) que corresponden a determinadas ramas de la economía. Aquí es donde el modo de producción capitalista se materializa de manera clara y directa y donde pueden ser estudiados *empíricamente* la explotación de la fuerza de trabajo por el capitalista y sus consecuencias: los daños a la salud de la clase trabajadora. Obviamente, el análisis a este nivel debe organizarse y dirigirse por medio de conceptos y leyes (por ejemplo, proceso de trabajo, modo de producción capitalista, ley general de la acumulación capitalista, plusvalía) que permitan la apropiación teórica de la realidad concreta, a fin de alcanzar una representación más objetiva y precisa de las características que asume la explotación capitalista en un momento histórico determinado.

Características de la explotación capitalista

Con el surgimiento del modo de producción capitalista se inicia, pues, una nueva etapa en la historia de la humanidad, que se caracteriza por la concentración de los medios de producción en unas cuantas manos, lo que permite la apropiación privada del producto del trabajo social, mientras que la mayoría de las personas, al carecer de ellos, se ve obligada a vender el único patrimonio que posee para poder subsistir: *su fuerza de trabajo*. Pero esta venta se realiza en condiciones desfavorables para la clase obrera, puesto que está sujeta a las leyes objetivas de acumulación y reproducción del capital que requiere la existencia de relaciones de explotación y sometimiento de la clase obrera. Por ello, *el capital* tiene un significado distinto del que quieren asignarle los apólogos del capitalismo, ya que

No es una cosa material, sino una determinada relación social de producción, correspondiente a una determinada formación histórica de la sociedad... el capital no es la suma de los medios de producción materiales y producidos. Es el conjunto de los medios de producción convertidos en capital y que de suyo tienen tan poco de capital como el oro o la plata, como tales, de dinero. *Es el conjunto de los medios de producción monopolizados por una determinada parte de la sociedad* (Marx 1973, III:99; cursivas nuestras).

Este hecho permite al capitalista apropiarse de parte del valor generado por el obrero durante el proceso de trabajo: el producto excedente, que resulta del trabajo excedente, es decir, no remunerado por el capitalista, y que constituye lo que denominamos *plusvalía*, la cual es “el remanente del valor del producto sobre el valor de los factores del producto consumidos, es decir, los medios de producción y la fuerza de trabajo”.⁶ Y una realidad objetiva, que tiene serias implicaciones en la salud de la clase obrera, como se verá más adelante, es que “la producción de plusvalía es la finalidad propulsora de la producción capitalista” (Marx 1973a, I:175).

Pero, ¿cómo surge la plusvalía? La producción de mercancías, como sabemos, se ha dado en distintos regímenes sociales, lo cual implica, obviamente, un proceso de creación de valor independientemente de la forma *cómo* se produce. “El proceso de producción de mercancías —dice Marx— es un proceso de consumo de fuerza de trabajo” (p. 145), cualquiera que sea el régimen social. El costo de ese consumo tiene que recuperarse a través del trabajo necesario con el cual producir el valor de la fuerza de trabajo, que es igual a los medios necesarios para la conservación y reproducción de la misma. En el modo de producción capitalista el proceso de trabajo está dirigido no solamente a generar el valor de la fuerza de trabajo sino a crear, además, un valor adicional. Por tanto, “como *unidad de proceso de trabajo y de proceso de valorización*, el proceso de producción es un *proceso de producción capitalista*, la forma capitalista de la producción de mercancías”,⁷ lo cual implica un proceso de obtención de plusvalía y por tanto de explotación de la fuerza de trabajo *al no serle*

⁶ Marx, *El capital*, vol. I, pp. 157-158. Los medios de trabajo y el objeto sobre el que éste recae son los medios de producción (p. 133), o sea, materias primas, materias auxiliares e instrumentos de trabajo (p. 158).

⁷ P. 147; una característica esencial del modo de producción capitalista es la producción *generalizada* de mercancías.

retribuida al obrero una parte del tiempo de trabajo de su jornada en la que produce un valor que no es para él sino para el capitalista.

Esto se debe a que en el modo de producción capitalista la fuerza de trabajo se convierte en una mercancía más que el obrero, su poseedor, vende al propietario de los medios de producción, pero esa mercancía no sólo posee un valor sino que tiene una característica especial: crear más valor del que encierra, valor del que se apropia el capitalista. La plusvalía, por tanto, la genera el trabajo excedente del obrero y *no* los medios de producción que no hacen sino transferir parte de su valor a los productos elaborados, y “*no pueden jamás añadir al producto más valor que el que ellos mismos poseen independientemente del proceso de trabajo al que sirven*” (Marx 1973a, I:155).

La producción de plusvalía es, pues, la manera concreta en que se manifiesta la explotación de la clase obrera y es, a su vez, necesidad fundamental del capitalismo, como modo de producción, para seguir subsistiendo. Las formas de extracción de plusvalía dependen del momento histórico en que se desarrolla el capitalismo, de las particularidades concretas de las distintas formaciones sociales y de las ramas o sectores de la economía.

Durante la expansión del capitalismo la creación de la plusvalía se obtuvo prolongando la duración de la jornada de trabajo (*plusvalía absoluta*, la cual todavía subsiste en algunos países y sectores económicos, principalmente en los atrasados). El afán desmedido de los capitalistas por obtener la máxima plusvalía según esta forma tiene sus límites, ya que el organismo debe recuperar las fuerzas perdidas durante el proceso de trabajo y, además, la clase proletaria ha impuesto al capital ciertas medidas que regulan la duración de la jornada de trabajo. Ante estas limitaciones, el capital ha buscado otros mecanismos para incrementar la tasa de plusvalía: “Mediante la aceleración de los ritmos de trabajo y la ‘racionalización’ de los movimientos, el obrero, en una hora de trabajo, produce más mercancías y más valor que antes” (Salama y Valier 1976:69). Se aumenta, por tanto, *la intensidad del trabajo*. Esta forma de obtener más plusvalía es —dicen Salama y Valier— un mecanismo proveniente de lo que llamamos *la plusvalía absoluta*.

El desarrollo del capitalismo ha permitido incrementar por otras vías la tasa de plusvalía al elevar la *productividad del trabajo*. Para lograr esto, dice Marx,

ha de producirse, pues, una *revolución en las condiciones de producción* de su trabajo, es decir, en su *régimen de producción* y, por tanto, en el propio proceso de trabajo. Por *aumento de la capacidad productiva del trabajo*, entendemos un *cambio* cualquiera sobrevenido en el *proceso de trabajo*, por virtud del cual se reduce el tiempo de trabajo socialmente necesario para la producción de una mercancía; es decir, gracias al cual una cantidad más pequeña de trabajo adquiere *potencia* suficiente para producir una cantidad mayor de valores de uso (Marx 1973a, I:252).

En este caso, se reduce el tiempo de trabajo necesario y se aumenta por consiguiente el tiempo de trabajo adicional sin que se incremente la duración de la jornada de trabajo. ¿Cómo se logra esto? Como se sabe, el valor de la fuerza de trabajo se encuentra determinado por la cantidad de trabajo necesario para producir los medios de existencia del obrero. Al transformar las condiciones técnicas y sociales del proceso de trabajo se logra —dice Marx— aumentar la capacidad productiva del trabajo, haciendo bajar de este modo el valor de la fuerza de trabajo; disminuye, por lo tanto, la parte de la jornada de trabajo necesaria para reproducir ese valor. Sin embargo, para que disminuya el valor de la fuerza de trabajo el aumento de la capacidad productiva debe afectar a aquellas ramas industriales que suministran artículos de consumo de la clase obrera (Marx 1973a, I:252-253).

La plusvalía que se obtiene al reducir el tiempo de trabajo necesario para producir el valor del costo de la fuerza de trabajo y aumentar, por tanto, el tiempo de trabajo adicional (de cuyo valor se apropia el capitalista) se denomina *plusvalía relativa*.⁸

La forma de explotación de la clase obrera por parte del capital es la extracción de plusvalía. “*La cuota de plusvalía* es, por tanto, la expresión exacta del *grado de explotación de la fuerza de trabajo* por el capital o del obrero por el capitalista” (p. 165).

La cuota de plusvalía se obtiene dividiendo la *plusvalía* obtenida entre el capital *variable* (valor de la fuerza de trabajo), o, lo que es lo mismo, el trabajo excedente entre el trabajo necesario:

$$\text{cuota de plusvalía} = \frac{p}{v} = \frac{\text{trabajo excedente}}{\text{trabajo necesario}}$$

⁸ Otra forma de obtener plusvalía relativa es “*hacer descender el salario del obrero por debajo del valor de su fuerza de trabajo... y, en estas condiciones, [ésta] sólo puede reproducirse a duras penas*” (Marx 1973a, I:251). Marx excluye, de momento, este método, ya que “*aquí partimos del supuesto de que las mercancías, incluyendo entre ellas la fuerza de trabajo, se compran y venden siempre por todo su valor*” (*ibid.*).

La cuota de plusvalía da cuenta, pues, del grado de explotación del obrero, y mientras menor sea el trabajo necesario para producir el valor de la fuerza de trabajo, mayor será la plusvalía, lo cual se logra al aumentar la capacidad productiva del trabajo por una necesidad del capitalismo de generalizar la producción de mercancías para satisfacer los nuevos mercados que su mismo desarrollo crea. Sin embargo, “una de las consecuencias de la aparición y la generalización progresivas de la producción de mercancías, es que el mismo trabajo comienza a regularizarse, a dosificarse; es decir, que el trabajo deja de ser una actividad integrada a los ritmos de la naturaleza, y deja de obedecer a los ritmos fisiológicos del hombre” (Mandel 1977:19).

Este hecho tiene serias consecuencias en la vida de los obreros que se encuentran supeditados al ritmo de las máquinas y desarrollan su trabajo siguiendo los movimientos de éstas y adecuando, por tanto, sus movimientos corporales a las exigencias que imponen las máquinas.

La introducción de nuevas tecnologías y métodos de trabajo va a repercutir en la salud de la clase obrera, ya que

los incrementos tanto en intensidad como en productividad, provocan situaciones de *stress* y de fatiga, causantes de cambios fisiológicos en el cuerpo que originan predisposiciones patológicas a corto y largo plazo. El desgaste del obrero será distinto y más relacionado a los efectos a largo plazo de estos fenómenos, que con los patrones de desgaste por “trabajo excesivo—consumo deficiente” típicos del productor de plusvalía absoluta (Laurell 1978:63).

La forma de apropiarse de la naturaleza, esto es, la manera en que los obreros se relacionan con los medios de producción en el proceso de trabajo para producir plusvalía, varía según el sector de la economía, el tipo de ocupación, el grado de calificación y el tipo de contrato, elementos que se encuentran vinculados de diversa manera, según la formación social de que se trate.

Por tanto, la venta de la fuerza de trabajo se efectúa de distinta manera, en condiciones diferentes según el tipo de plusvalía que se le extraiga, lo cual va a determinar condiciones de trabajo y de vida desiguales dentro de la misma clase obrera. Las condiciones objetivas en que trabaja el obrero son distintas de una a otra rama de la economía, de una a otra ocupación dentro de la misma industria y según el grado de calificación, así como el tipo de contrato que se le impone. Esta situación va a dar como resul-

tado que la clase obrera esté expuesta a tipos de patologías e índices de gravedad distintos que es necesario tener presentes cuando se analizan los daños que la explotación capitalista trae a la salud del obrero en una formación social históricamente determinada.

Por ejemplo, con respecto al primer caso (sector de la economía), la situación en que labora un obrero de la industria textil es diferente de la del obrero del sector metalúrgico, ya que en este último se manifiesta un elevado desarrollo de la productividad del trabajo, merced al desarrollo de las condiciones técnicas y sociales del proceso de trabajo. “La introducción de una tecnología más compleja implica —dice Cristina Laurell—, por lo menos hasta cierto límite, la exposición a mayores riesgos químicos y de accidentes” (1978:63). En el segundo caso, o sea en relación con el tipo de ocupación, la realidad nos muestra que existen ocupaciones en las que hay mayor riesgo de enfermar o sufrir accidentes; en el tercer caso (grado de calificación), las condiciones en que labora un obrero no calificado respecto del especializado son distintas, ya que para este último se tienen “mayores consideraciones” por parte de la empresa por el costo que representa la capacitación de personal especializado y, por tanto, las formas de explotación son, aparentemente, más sutiles. En relación con el cuarto caso, según el carácter del contrato, es importante mencionar que si el obrero es eventual o trabaja a destajo, ello se traducirá en una mayor explotación mediante la prolongación de la jornada de trabajo o la remuneración de la fuerza de trabajo por debajo de su valor. Habrá asimismo una mayor inseguridad en el empleo y en las condiciones del proceso de trabajo, lo cual afectará la salud del trabajador en sus aspectos físico y mental.

La explotación de la fuerza de trabajo por el capital y las condiciones de vida de la misma —como resultado de dicha explotación— durante el período de la expansión del capitalismo industrial fueron destacadas en diversos informes oficiales, así como en algunas obras de la época, por ejemplo, en diferentes escritos de Marx, concretamente en *El capital*. En esta obra su autor señaló con toda claridad las consecuencias que trae para la salud del proletariado su explotación por parte del capital. Éste

no pregunta por el *límite de vida de la fuerza de trabajo*. Lo que a él le interesa es, única y exclusivamente, el máximo de fuerza de trabajo que puede movilizarse y ponerse en acción durante una jornada. Y,

para conseguir este rendimiento máximo, no tiene inconveniente en *abreviar la vida de la fuerza de trabajo...* [pero] la producción capitalista, que es, en sustancia, producción de plusvalía, absorción de trabajo excedente, no conduce solamente al *empobrecimiento* de la fuerza humana de trabajo, despojada de sus condiciones normales de desarrollo y de ejercicio físico y moral. *Produce, además, la extenuación y la muerte prematuras de la misma fuerza de trabajo.* Alarga el *tiempo de producción* del obrero durante cierto plazo a costa de acortar *la duración de su vida* (Marx 1973a, I:208).

En este párrafo Marx expone una de las características del capitalismo: incorporar a la producción fuerza de trabajo de temprana edad lo cual, debido a las condiciones objetivas de explotación que impone el capital, conduce al debilitamiento de la salud y a la baja esperanza de vida del obrero.

La existencia de relaciones técnicas de producción⁹ desfavorables para el trabajador trae como consecuencia daños a su salud. Estos daños se presentan, según Pierre Favreau (1975:108) por: 1) los accidentes de trabajo; 2) las enfermedades profesionales y, 3) la fatiga, y sobre todo su exceso, el *surmenage*. Es importante señalar que estos tres elementos no se presentan aislados sino que se encuentran relacionados estrechamente. Por ejemplo, la fatiga constante puede ocasionar accidentes de trabajo al producirse en el obrero una depresión física y emocional que impida el adecuado manejo de la maquinaria o de cualquier instrumento de trabajo. También los accidentes de trabajo pueden ser causados por las enfermedades profesionales, ya que un sujeto enfermo, aun cuando no se manifieste clínicamente como tal, se cansa con más rapidez que un hombre sano, lo cual hace que disminuyan su capacidad sensorial y sus reflejos para evitar accidentes.

La fatiga tiene, pues, mucho que ver con los accidentes que ocurren en el medio laboral. Su presencia es, ante todo, resultado de la explotación capitalista de que es objeto la fuerza de trabajo a la que Marx llama "energía humana empleada en el proceso de trabajo" (Harnegger 1972:23). Por tanto, "la fatiga... no es sino la expresión física de este gasto de energía, producto de la actividad humana desarrollada durante el proceso de trabajo"

⁹ Las relaciones técnicas de producción son "las formas de control o dominio que los agentes de la producción ejercen sobre los medios de trabajo en particular y sobre el proceso de trabajo en general". Esta relación implica: "división técnica de trabajo, tipo de cooperación, características técnicas del medio de trabajo, etc." (Marta Harnegger 1972:37).

(*ibid.*). Para prevenir la fatiga y recuperar la energía gastada durante la jornada de trabajo se requieren nutrición y descanso adecuados, elementos de los que no dispone la mayoría de los miembros de la clase obrera. De aquí que mientras mayor sean el grado de desnutrición y la falta de descanso adecuado, mayor la fatiga que experimenta el trabajador, con las consecuencias arriba señaladas.

Pero la explotación capitalista no sólo trae como resultado daños a la salud de las personas vinculadas al proceso productivo. Trasciende la esfera de la fábrica y se manifiesta en las condiciones de vida en general de la clase obrera, restándole, además, tiempo para dedicarse a actividades que potencien sus fuerzas espirituales.

Para ejemplificar que el nivel de salud de la clase trabajadora depende de las condiciones sanitarias del lugar donde vive y trabaja, Marx utilizó estadísticas que muestran que los niveles bajos de salubridad de los distritos fabriles eran menores en comparación con los "distritos agrícolas de salud normal", situación que trae como resultado un coeficiente más elevado de mortalidad por enfermedades del pulmón en los primeros distritos en relación al que se presenta en los segundos distritos (Marx 1973a, I:233).

Por su parte Engels, sobre la base de las estadísticas vitales disponibles y de los informes de reconocidas autoridades médicas, da cuenta de la relación que existe entre las condiciones inadecuadas de vida y de trabajo y la salud de la clase obrera. Después de analizar las estadísticas e informes oficiales de mortalidad de los distritos industriales y agrícolas de Inglaterra, concluye que "...la enorme disminución de la duración media de la vida se observa, principalmente, en las clases obreras" (Engels 1977:141-142), las que, naturalmente, se encuentran en las zonas fabriles, y que "...las epidemias son, en general, tres veces más mortales en Manchester y en Liverpool que en los distritos agrícolas; que las enfermedades del sistema nervioso se han centuplicado, y los trastornos digestivos se han duplicado en las ciudades, y en los casos de muerte a consecuencia de enfermedades crónicas, están en las ciudades, en proporción de dos y medio a uno con los del campo" (Engels 1977:117-118).¹⁰

¹⁰ Esta estrecha relación entre el desarrollo capitalista y la morbimortalidad de la población se ha comprobado en la actualidad por diferentes estudios, por ejemplo el que realizó Asa Cristina Laurell y colaboradores en dos comunidades mexicanas. Los resultados de la investigación —según los autores— confirman la hipótesis planteada.

Condiciones de trabajo y de vida de la clase obrera durante la consolidación del capitalismo

El período de vida del sistema capitalista en que las condiciones de la clase obrera, tanto en el trabajo como en su existencia en general, han sido más difíciles de sobrellevar es precisamente el de la consolidación del sistema de producción industrial, período que puede situarse, sin límites precisos, en la primera mitad del siglo XIX.

Las condiciones de trabajo y de vida de la clase obrera durante esa etapa se encuentran claramente ilustradas en las siguientes obras: Marx, *El capital* (I, cap. VIII, entre otros); Engels, *La situación de la clase obrera en Inglaterra*; Edwin Chadwick, *Investigación de las condiciones sanitarias de la población trabajadora de la Gran Bretaña*; Adolfo Blanqui, *Las clases obreras en Francia durante el año de 1848*; Louis René Villermé, *Memoria sobre la mortalidad en la clase acomodada y en la clase indigente*.

Con respecto a las "condiciones bajo las cuales se ejecuta el trabajo en las fábricas", las siguientes palabras de Marx describen con objetividad el ambiente laboral predominante en la época de la expansión del capitalismo, el cual no ha cambiado sustancialmente en nuestros días, sobre todo en aquellas formaciones sociales capitalistas dependientes y en sectores atrasados de las economías:

Todos los sentidos se sienten perturbados por la elevación artificial de la temperatura, por la atmósfera cargada de desperdicios de material, por el ruido ensordecedor, etcétera. Y no hablemos del peligro que supone tener que trabajar y circular entre la maquinaria apretujada, que produce sus partes industriales de batalla con la periodicidad de las estaciones. La tendencia a *economizar los medios sociales de producción*, tendencia que bajo el sistema fabril, madura como planta de estufa, se convierte, en manos del capital, en un *saqueo sistemático contra las condiciones de vida del obrero durante el trabajo*, en un robo organizado de espacio, de luz, de aire y de los medios personales de protección contra los procesos de producción malsanos o insalubres, y no hablemos de los aparatos e instalacio-

da ("En una población rural con rasgos importantes de autoconsumo, la mortalidad es diferente a la que presenta otra con mayor grado de desarrollo"), ya que "la comunidad T, que presenta una economía con rasgos importantes de autoconsumo, sufre, en efecto, una mortalidad más baja que la comunidad A, con mayor grado de desarrollo capitalista" (Laurell *et al.* 1976:136,154).

nes para comodidad del obrero. ¿Tiene o no razón Fourier cuando llama a las fábricas "presidios atenuados"? (Marx 1973, I:352-353).¹¹

La explotación del obrero por parte del capital no se limita únicamente a mantenerlo en condiciones adversas en el ambiente laboral donde desempeña su trabajo, sino que trasciende éste para proyectarse brutalmente en la naturaleza humana del obrero al exigirle un mayor rendimiento, al aumentar la capacidad productiva del trabajo, lo cual actúa negativamente en el correcto funcionamiento de su organismo y propicia un campo fértil para que se presenten diversos accidentes y enfermedades laborales.

Esta doble explotación permite al capital elevar su tasa de ganancia ya que, por un lado, se reducen los costos de la empresa al no implantar las medidas higiénicas y de seguridad industrial necesarias y adecuadas para evitar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y, por el otro, se aumenta la productividad a costa de exigir un mayor esfuerzo al obrero al regularizar sus movimientos de acuerdo con los de las máquinas. Esto implica un mayor desgaste físico y mental por la tensión con la que el obrero trabaja para producir más en menos tiempo.

Los efectos de la explotación se concretan directamente en el deterioro de la salud de la clase obrera, ya que tanto la intensidad e incremento en la productividad del trabajo como la prolongación de la jornada acarrearán un creciente desgaste físico y psíquico del trabajador. Esta situación contribuye grandemente para que se presenten accidentes de trabajo o el obrero sea presa de diversas enfermedades, sobre todo de aquellas que encuentran un medio propicio para desarrollarse en organismos agotados o mal nutridos, por ejemplo bronconeumonías, diarreas, parasitosis, sarampión, tuberculosis, cirrosis hepática (producida por consumo excesivo de alcohol), entre otras.

En cuanto a la situación que guardaba la vida de la clase productiva en Inglaterra, el siguiente párrafo de Engels resulta muy ilustrativo:

¹¹ En otra parte de su obra Marx señala que: "El régimen de producción capitalista conduce, de una parte, al desarrollo de las fuerzas productivas del trabajo social y, de otra parte, a la economía en el empleo del capital constante... [Este régimen], como corresponde a su carácter contradictorio y antagónico, da un paso más y *dilapida la vida y la salud del obrero*, considerando la degradación de sus mismas condiciones de vida como economía en el empleo del capital constante y, por tanto, como medio para la elevación de la cuota de ganancia" (Marx 1973a, III:99; cursivas nuestras).

Cada obrero, aun el mejor, está siempre sujeto a que le falte el pan, es decir, a la muerte por hambre, y muchos sucumben; las viviendas de los obreros están generalmente mal agrupadas, mal construidas, mantenidas en pésimo estado, mal ventiladas, son húmedas y malsanas; los inquilinos están encerrados en el más estrecho espacio y, en la mayoría de los casos, en una pieza duerme por lo menos una familia; la disposición interior de las habitaciones es pobre en diversos grados hasta llegar a la absoluta falta de los muebles más necesarios; los trajes de los obreros son, generalmente, miserables y con muchísimas roturas; los alimentos son malos, frecuentemente casi incomibles y también, al menos por períodos, insuficientes, de modo que en la mayoría de los casos el obrero sufre hambre. La clase obrera de las grandes ciudades ofrece una condición de vida de diversas gradaciones, en casos favorables, una existencia temporariamente soportable, buen salario por un trabajo intenso, buena habitación y alimentación no mala. Todo bueno y pasable, naturalmente desde el punto de vista de los obreros; en el caso peor, la miseria más extrema, que puede llegar hasta la falta de techo y el hambre; el término medio se acerca más al caso peor que al mejor (Engels 1977:106-107).¹²

Y en cuanto al saneamiento ambiental que prevalecía en los barrios obreros, Engels describe magistralmente en el siguiente párrafo una situación que puede observarse hoy en muchas zonas proletarias de nuestros países capitalistas:

Las inmundicias y charcas, que existen en los barrios obreros de las grandes ciudades, producen las peores consecuencias para la salud pública, porque exhalan los gases portadores de las enfermedades, y lo mismo debe decirse de la evaporación de los fluidos pestilentes. Pero todavía no es esto todo. Es verdaderamente indignante la forma en que es tratada, por la moderna sociedad, la masa de los pobres. Se la lleva a las grandes ciudades, donde respira un aire más malo que en su ciudad natal; se la exilia en barrios que, por su construcción, están peor ventilados que otros; les son negados todos los medios para la limpieza, se les quita el agua, mientras solamente contra pago se colocan las cañerías, estando los ríos tan infestados, que ya no pueden servir a los efectos de la limpieza; se la obliga a tirar en la calle todos los residuos y desperdicios, el agua sucia y, a menudo, las más nauseabundas inmundicias y el estiércol, al mismo tiempo que se le

¹² "Los obreros de la gran industria son precisamente los que acusan las cifras de vida más corta. 'El Dr. Lee, funcionario de Sanidad de Manchester, ha comprobado que en esta ciudad la duración media de la vida, en la clase pudiente, son 38 años y en la clase obrera solamente 17. En Liverpool, es de 35 años para la primera y de 15 para la segunda...' " (Marx 1973a, I:543-544).

impiden todos los medios de actuar ... otro modo; se la obliga, así, a apestar sus propios barrios (Engels 1977:130).

Las condiciones de trabajo y de vida de la clase trabajadora en Inglaterra se reflejaban en indicadores concretos que Edwin Chadwick empleó, y que en la actualidad se continúan utilizando, para medir la salud: indicadores de la enfermedad.

*Algunos indicadores demográficos según clase social
Londres 1842 (de acuerdo con E. Chadwick)*

| <i>Clase social</i> | Muertes de menos de un año por mil nacimientos | Edad media de las defunciones | Porcentaje de muertos por epidemias sobre total de muertes |
|--|--|----------------------------------|--|
| Acomodadas, profesionales y familiares | 100 | 44 | 6.5 |
| Comerciantes y familiares | 160 | 23 | 20.5 |
| Asalariados, artesanos y familiares | 250 | 22 | 22.2 |

Fuente: Cámel 1974:30.

Chadwick y Southwood Smith, ante las pésimas condiciones de vida de la clase trabajadora en Inglaterra, consideraban que “como las enfermedades siempre iban acompañadas de carencia, suciedad y contaminación, la salud simplemente podía ser restaurada ofreciendo a las multitudes aire puro, agua pura, alimentos puros y alojamientos agradables” (Dubos 1975:163).

En Francia, Adolfo Blanqui describió en 1848 las viviendas de los obreros de Lille en estos términos:

Una sucesión de isletas separadas por callejuelas oscuras y estrechas; al final, pequeños patios llamados “courettes”, que sirven al mismo tiempo de cloacas y de depósitos de inmundicias. En todas las épocas del año domina allí la humedad. Las ventanas de las viviendas y las puertas de las cuevas dan a estas callejas apestosas, y al fondo hay trozos de raíles de hierro colocados sobre pozos negros empleados noche y día como retretes públicos. Las viviendas están dispuestas alrededor de estos pestíferos lugares, y la gente aún se enorgullece de poder sacar alguna pequeña ganancia de ellos. Cuanto más penetra

el visitante en estos patinillos, tanto más se ve rodeado de un tropel de niños anémicos, jorobados y deformes, con rostros lívidos, con la palidez de la muerte, pidiendo limosna. La mayoría de estos infelices van casi desnudos y los mejor cuidados, cubiertos de harapos. Pero estas criaturas por lo menos respiran aire libre; sólo en las profundidades de las cuevas se pueden apreciar las agonías de los que no pueden salir por su edad o a causa del frío (citado en Kuczynski 1977:93-94).

En 1846 Dupont-White describía así la situación de los trabajadores: "No tienen propiedad ninguna, sus vidas se hacen cada vez más cortas, su alimento cada vez peor, toda su estirpe y su moral desaparecen" (citado en Kuczynski 1977:227).

En Alemania y en los Estados Unidos las condiciones de vida de la clase trabajadora eran similares a la descrita en párrafos anteriores (véase Kuczynski 1977:201, 180-181).

Sin duda las condiciones de vida de la clase trabajadora eran peores en las zonas donde se desarrollaba más rápidamente la actividad industrial, con las consecuentes repercusiones en la salud de los miembros de dicha clase.

De acuerdo con lo anterior, puede decirse que la explotación de la clase obrera se manifiesta no sólo en las condiciones adversas en que desarrolla su trabajo sino además en que el capitalista sólo paga parte de su trabajo al obrero, y el resto se lo apropia (plusvalía). En la mayoría de los casos el salario permite sólo la reproducción de la fuerza de trabajo para que el obrero siga laborando en las condiciones que impone el capital. Esta situación trae consigo el deterioro de la calidad de vida de la clase productiva (la creciente pauperización), reflejo de la cual es la desnutrición endémica que padece la mayoría del proletariado. Como se sabe, la falta de nutrientes básicos produce en el obrero un cansancio constante que se manifiesta en la disminución de su capacidad neurosensorial, lo cual repercute en su salud, ya que el organismo tiene un riesgo mayor de sufrir accidentes laborales o de contraer diversas enfermedades, como las citadas anteriormente. El bajo nivel de vida se concreta también en la vivienda, ya que en muchas zonas obreras ésta es estrecha, y se encuentra poco ventilada, lo cual provoca hacinamiento, que representa un campo propicio para que surjan enfermedades como la fiebre reumática, cardiopatías reumáticas y otras.

Como hemos visto, la explotación de la clase obrera por parte del capital no es algo abstracto sino que se expresa en miembros

concretos, históricos. Esta explotación —insistimos— no sólo se da en la esfera de la fábrica sino que la trasciende para proyectarse en todos los órdenes de la vida social: falta de medios económicos para contar con alimentación, vivienda, vestido y transporte adecuados; falta de medios y tiempo para dedicarlos a la educación, al arte, a la política, a la recreación; en fin, falta de condiciones para que el individuo desarrolle todas sus potencialidades como ser creativo en diversas esferas de la vida y no sólo como ser que debe reproducirse como fuerza de trabajo para ser consumida por el capital.

Puede decirse entonces que

el capital no sólo derriba las barreras morales, sino que derriba también las barreras puramente físicas de la jornada de trabajo. Usurpa al obrero el tiempo que necesita su cuerpo para crecer, desarrollarse y conservarse sano. Le roba el tiempo indispensable para asimilarse el aire libre y la luz del sol. Le capta el tiempo destinado a las comidas y lo incorpora siempre que puede al proceso de producción, haciendo que al obrero se le suministren los alimentos como a un medio de producción más, como a la caldera el carbón y a la máquina grasa o aceite. Reduce el sueño sano y normal que concentra, renueva y refresca las energías, al número de horas de inercia estrictamente indispensables para reanimar un poco un organismo totalmente agotado (Marx 1973a, I:207-208).

Esta situación que Marx describe para la Inglaterra del siglo XIX no es algo que ha superado el capitalismo, como pretenden señalar muchos de sus apólogos, aun cuando el modo de producción capitalista ha adquirido características específicas en distintos períodos y en diferentes formaciones sociales históricamente determinadas. La lucha de clases ha jugado un papel fundamental para que el proletariado, una vez que ha empezado a cobrar conciencia de su situación objetiva frente al capital, imponga, principalmente el sector organizado, ciertas limitaciones a la explotación de que es objeto por parte del capital; tales reivindicaciones en el plano económico, político y de la salud varían según las distintas formaciones sociales insertas en el sistema capitalista y según los diferentes sectores de la economía. Asimismo, la presencia de crisis económicas, la orientación político-económica de los estados dentro del ámbito capitalista y las repercusiones que tiene en cada país la lucha capital-trabajo a nivel internacional: la lucha político-ideológica en diversos foros (por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo) o la lucha

revolucionaria (movimientos de liberación nacional) influyen de manera mediata o inmediata, directa o indirecta en tales reivindicaciones. Cabe destacar aquí que las características que asuma la lucha de clases en cada país va a determinar finalmente las reivindicaciones que la clase obrera arranque al capital, aunque la situación externa puede influir en mayor o menor medida según diversas circunstancias presentes en determinado momento.

4. El papel del estado y de la seguridad social en la salud de la clase obrera

“El estado es un órgano de dominación de clase, un órgano de opresión de una clase por otra, es la creación del ‘orden’ que legaliza y afianza esta opresión, amortiguando los choques entre las clases”

Marx

Los resultados perjudiciales para la salud del proletariado debido al empleo capitalista de la mano de obra fueron puestos al descubierto en Europa durante el siglo XIX por algunas autoridades médicas¹³ y gubernamentales.

Sin embargo, cuando se intentaba legislar sobre este aspecto o aplicar algunas disposiciones laborales para que las condiciones de trabajo fueran menos adversas para la salud del obrero, la clase capitalista mostraba un franco rechazo por cualquier medida sa-

¹³ Marx (1973a, I:221) señala que en los informes testificales ante la Cámara de los Comunes los doctores Farre, Sir A. Carlisle, Sir B. Brodie, Sir C. Bell, Mr. Guthrie, etcétera, es decir los médicos y cirujanos más eminentes de Londres, habían declarado que existía *periculum in mora*. Y el doctor Farre se expresaba en términos todavía más crudos: “La intervención del legislador es asimismo necesaria para *prevenir la muerte en todas las formas* en que puede sobrevenir prematuramente, y éste [el régimen fabril] es, *sin ningún género de dudas, uno de los métodos más crueles que la ocasionan*”.

nitaria o de protección contra accidentes laborales que representara gastos y, por lo tanto, que atentara contra la obtención de la máxima plusvalía, motor central del modo de producción capitalista.

Aunado a las condiciones de trabajo desfavorables para la salud del obrero, debe mencionarse que las medidas preventivas y asistenciales que lo protegieran contra aquellas contingencias (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y fatiga) eran escasas o nulas durante el período de la expansión industrial, descuidándose, en tanto esto no afectara los intereses del capitalista, la salud y el bienestar del proletariado.

Lo anterior condujo al debilitamiento progresivo de la salud del obrero y de su nivel de vida en general. En estas circunstancias es fácil suponer el resultado final a que era conducida una parte de la clase obrera: la pérdida del empleo con las consecuencias que ello significaba para la vida del proletariado, ya de por sí deteriorada por la explotación capitalista.

Ante esta creciente pauperización de la clase proletaria que caracterizó el período de la expansión industrial, diversos sectores productivos de varios países europeos, principalmente donde se había desarrollado más el sistema capitalista (Inglaterra, Francia y Alemania), se vieron obligados a organizarse de diversas formas para hacer frente a la creciente explotación de que eran objeto por parte del capital. Surgieron así los sindicatos, en un principio rechazados, y cuyos dirigentes fueron perseguidos por la clase explotadora en connivencia con las autoridades gubernamentales.

Después de las continuas luchas que libró la clase obrera frente a la burguesía, el estado se vio obligado a reconocer la existencia jurídica de los sindicatos en los países mencionados (Inglaterra 1871, Alemania 1879 y Francia 1884), abriéndose el camino para que en otros países se diera el mismo fenómeno.

La lucha organizada del proletariado a través de los sindicatos se concentró en un principio, como es lógico, en arrancar al capital diversas reivindicaciones en el aspecto económico. Lenin define la lucha económica como “la lucha colectiva de los obreros contra los patrones por conseguir condiciones ventajosas de *venta de la fuerza de trabajo*, por mejorar las condiciones de trabajo y de vida de los obreros” (Lenin 1979c:164).

Las luchas económicas de los obreros durante el último tercio del siglo pasado dieron por resultado que en Alemania Otto Leopold von Bismarck, llamado el canciller de hierro, formulara tres leyes que serían la base de los sistemas de seguridad social

instaurados más tarde en buena parte de los países del mundo. La primera ley se promulgó en 1883, precisamente el año de la muerte de Marx, y se refiere al “Seguro Obligatorio de Enfermedad”; la segunda se dictó en 1884 y comprende el “Seguro por Accidentes de Trabajo de los Obreros y Empleados de las Empresas Industriales” y la tercera, formulada en 1889, se refiere al “Seguro Obligatorio de Invalidez y Vejez”.

Con estas leyes se abre el camino para otorgar una protección “más humana” a la clase productiva, pero lo que se buscaba en realidad era establecer los canales adecuados para evitar que las reivindicaciones que exigía el proletariado, y que amenazaban a la burguesía, rebasaran los límites permitidos por el sistema capitalista. El estado se convierte entonces en el administrador de la seguridad social cuya doctrina era, en un principio, buscar restablecer la salud y otorgar prestaciones económicas sólo a los obreros, sin tomar en cuenta el núcleo familiar. En otras palabras, se procuraba mantener en “buen nivel de salud” a la mano de obra que era ocupada en el proceso productivo, ya que ello redundaría en beneficio de la empresa.

Surgen aquí algunas preguntas sobre el significado que tiene la salud para las clases sociales que entran en juego en las relaciones sociales de producción: el proletariado y la burguesía. Por ejemplo, ¿qué valor tiene la salud para la clase trabajadora?; ¿qué significa para la clase burguesa la salud de los trabajadores?

Si se entiende la salud *simplemente* como la ausencia de enfermedades, afecciones o invalidez (sin agregar el resto de la definición de la Organización Mundial de la Salud: un estado de completo bienestar físico, mental y social, ya que esto resulta difícil de alcanzar en sociedades capitalistas),¹⁴ la salud del proletariado representa un medio para ambas clases pero dirigido a la consecución de diferentes fines: en el proletariado, la capacidad de continuar en el proceso productivo para obtener un salario con el cual poder subsistir; para la clase capitalista significa, en cambio, el contar con una mano de obra en condiciones adecuadas para seguirla explotando. He aquí la tremenda diferencia en cuanto al significado que tiene la salud del proletariado para éste y para la clase que se apropia de una parte del producto de su trabajo, todo ello resultado de su posición con

¹⁴ Se emplea esta definición, no obstante las críticas que señalamos en el capítulo 9 de este trabajo, debido a que es una definición oficial que orienta las políticas de salud, entre ellas las que se contemplan dentro de la seguridad social.

respecto a los medios de producción: el proletariado cuenta sólo con su fuerza de trabajo, en tanto que la burguesía es dueña de medios que le permiten generar plusvalía.

En estas circunstancias, al obrero le está negado concebir a la salud como un derecho intrínseco del ser humano, a pesar de las innumerables resoluciones o acuerdos que en este sentido han expresado diversos organismos regionales y mundiales.

La situación en que se encuentra el trabajador le obliga a *comprar* ese derecho con la venta de su fuerza de trabajo. La salud se convierte entonces en un componente esencial de la fuerza humana de trabajo, y el empresario tiene que ayudar a comprar los servicios necesarios (sobre todo los servicios médicos) pero sólo para disponer de una mano de obra sana que le permita incrementar su tasa de ganancia. En realidad es el obrero quien paga las prestaciones médicas, económicas y sociales de la seguridad social para restablecer su salud, ya que la división tripartita —trabajadores, patrones y estado— que existe en la mayoría de los países que cuentan con regímenes de seguridad social para pagar el costo de ésta no muestra la verdadera realidad, pues las cuotas que paga el patrón son parte de la plusvalía que obtiene al apropiarse del valor del trabajo no remunerado al obrero; las aportaciones que hace el estado son parte de los impuestos directos e indirectos que el trabajador le paga (con excepción de quienes perciben el salario mínimo en algunos países como México), y la cuota que le corresponde al obrero se le descuenta de su salario. Conclusión: la clase obrera es la que paga en su totalidad el costo de la seguridad social.

La salud del obrero es, por tanto, un elemento básico para la producción, pues en la medida en que la “máquina humana” se encuentra en buenas condiciones se podrá exigir de ella un mayor rendimiento para incrementar la productividad del trabajo y elevar de esta manera la tasa de plusvalía.

Es un hecho, por tanto, que al capital le importa poco la salud y la duración de la vida del obrero, *a menos que la sociedad le obligue a tomarlas en consideración* (Marx 1973a, I:212), presionada por las demandas del proletariado.

Para evitar que las exigencias de la clase obrera desbordaran el marco jurídico, político e ideológico que la burguesía impuso a la sociedad desde su arribo al poder, el estado, que representa los intereses de esta clase, se ha visto en la necesidad de establecer —entre otras medidas— sistemas de seguridad social con el fin de proporcionar los medios para restaurar la salud del proletariado

y reincorporarlo a la brevedad posible al proceso productivo.

Es importante destacar que la seguridad social surgió en un ambiente en que imperaba el liberalismo, “filosofía por antonomasia de la burguesía” (López Cámara 1971:14). Tal doctrina pugó desde su nacimiento por la defensa de la propiedad privada y considera que la libertad económica y la libre expansión de la empresa no deben ser obstaculizadas ni restringidas. En este contexto, la doctrina de la seguridad social responde al ideal del liberalismo en cuanto que ofrece uno de los medios para que no se constriña el crecimiento de la empresa: el cuidado de la salud de la clase trabajadora.

Por lo tanto, si se parte de que “dentro del capitalismo, sólo es productivo el obrero que produce plusvalía para el capitalista o que trabaja para hacer más rentable el capital” (Marx 1973a, I:426), y para esto el trabajador tiene que estar en pleno uso de sus facultades físicas y mentales, surge inevitablemente la siguiente pregunta: *¿puede considerarse la seguridad social implantada en los países capitalistas como una medida adecuada para resolver los problemas de salud del proletariado?* Para responder a esta cuestión es necesario tener en cuenta dos hechos básicos:

1) Por un lado, ya no se discute que la salud no se consigue sólo con proporcionar asistencia médica —éste es uno de los factores menos importantes— sino que se requiere una serie de satisfactores tales como seguridad en el empleo, condiciones adecuadas de trabajo, nutrición suficiente y adecuada, vivienda con los servicios básicos y medio ambiente salubre, educación, esparcimiento y otros elementos que la estructura de la seguridad social implantada en los países capitalistas difícilmente puede satisfacer, a pesar de ser uno de los objetivos centrales de la mayoría de los sistemas de seguridad social que existen en el mundo.

Si se parte de que la condición de vida del capitalismo es la obtención de la máxima tasa de ganancia a costa de la explotación del proletariado, se estará de acuerdo en que éste difícilmente podrá tener acceso a los satisfactores antes mencionados por su precaria situación socioeconómica, derivada de su posición con respecto a los medios de producción. El destino de la clase trabajadora será siempre servir de carne al capital, de tal manera que cualquier mejora en sus condiciones de trabajo y de vida contribuirá a mediatizar sus luchas en otras esferas, como la política e ideológica, que son básicas para conquistar el poder.

Cuando existe auge económico mejoran, sin duda, las condiciones materiales de existencia de una parte de la clase obrera,

lo cual repercute en la salud de la misma. Sobre esto Marx es muy claro cuando señala que "...si el capital crece rápidamente, pueden aumentar también los salarios, pero aumentarán con rapidez incomparablemente mayor las ganancias del capitalista. La situación material del obrero habrá mejorado, pero a costa de su situación social. El abismo social que le separa del capitalista se habrá ahondado" (Marx s/f, b:83).

Como resultado de las condiciones adversas que enfrenta la clase obrera en el medio donde vive y labora, la seguridad social debe resolver dos tipos de patologías propias de esta clase y otras que se consideraban hasta hace poco de la clase burguesa y capas medias, como arteriosclerosis, hipertensión y otras enfermedades crónico-degenerativas). El primer tipo de patologías se presenta con el surgimiento del régimen de producción capitalista y se refiere a los daños que sufre la salud, ocasionados por las condiciones de trabajo, y a los que Marx (1973a, I:296) llamó *patología industrial*. El otro tipo de patologías lo provocan las deterioradas condiciones materiales de vida de la mayoría de la clase trabajadora y pueden englobarse bajo el rubro de *patología de la pobreza*, la cual está configurada por la desnutrición y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Ambos tipos de patologías están fuertemente relacionados; una influye sobre la otra y viceversa.

En conclusión, la salud-enfermedad de la clase trabajadora no depende de los recursos médicos disponibles, ni del acceso de la población a los servicios médicos, sino que está en relación directa con las condiciones socioeconómicas y el medio físico donde el obrero vive y trabaja.

2) Por otro lado, cualquier institución que se instaure dentro del sistema capitalista reflejará, por el simple hecho de formar parte de él, su característica principal: la explotación de una clase por otra. Dentro de este contexto la doctrina de la seguridad social, por muy avanzada que resulte, no podrá superar la contradicción principal del capitalismo: la apropiación privada sobre los medios de producción, fenómeno que da origen al enfrentamiento de la fuerza de trabajo con el capital.

Al no darse el trabajo verdaderamente libre, sin la explotación del hombre por el hombre, la seguridad social, como institución creada para coadyuvar a la protección de la salud del proletariado y evitar su muerte prematura, sirve para consolidar el sistema capitalista, al proporcionar una mano de obra en condiciones aceptables de salud para que sea explotada por el capital.

Así pues, la seguridad social, basada en los principios humanísticos de las declaraciones burguesas en los foros internacionales, representa un intento del estado capitalista por minimizar el antagonismo entre el capital y el trabajo asalariado, antagonismo que se presenta debido a que, por un lado, “el capital es un producto colectivo [que] no puede ser puesto en movimiento sino por la actividad conjunta de muchos miembros de la sociedad y, en última instancia, sólo por la actividad conjunta de todos los miembros de la sociedad”, y por el otro, porque al ser el trabajo asalariado condición indispensable para que exista y se incremente el capital, el obrero recibe por su trabajo sólo una parte del valor del mismo, la cual “es estrictamente lo que necesita para la mera reproducción de su vida” (Marx y Engels s/f,a: 32, 33) —principio que es válido para la mayoría del proletariado—, apropiándose el capitalista el resto del valor creado por la fuerza de trabajo.

Ante esta contradicción, inherente al sistema capitalista, la seguridad social procura que la explotación de la clase trabajadora no cobre la intensidad que la caracterizó a principios de la expansión industrial. Sin embargo, cualquier intento que se realice en este sentido no podrá alterar las leyes implacables del capitalismo ya que éste “explota y explotará al obrero aunque no se lo proponga conscientemente, aunque luche contra esa explotación, ya que las leyes objetivas del sistema capitalista son inflexibles: o la explotación de los trabajadores o la muerte del empresario, no hay otra alternativa” (Harnecker 1972:54). Y el estado no hará sino garantizar la existencia de las condiciones adecuadas (en el terreno político, jurídico y social) para que se dé la explotación del proletariado, por ejemplo, promulgar leyes que protejan o no afecten sustancialmente los intereses de la burguesía; adecuar los aparatos ideológicos y represivos para mediatizar o contener la lucha de clases; dejar que los grupos dominantes utilicen, prácticamente sin restricciones, los medios de comunicación masiva para transmitir su ideología¹⁵ —que responde a sus intereses de clase— y cuyo *substratum* básico es alentar el consumo irracional de bienes y servicios, creando necesidades superfluas sin satisfacer las fundamentales; establecer

¹⁵ En una primera aproximación a la definición de *ideología* puede decirse que ésta es: a) un conjunto de ideas acerca del mundo y la sociedad que, b) responde a los intereses, ideales y aspiraciones de un grupo social en un contexto determinado y que, c) guía y justifica el comportamiento de tales grupos de acuerdo a esos intereses, ideales y aspiraciones” (Adolfo Sánchez Vázquez s/f:120).

sistemas de seguridad social para “cuidar” de la salud del proletariado, etcétera.

Desde este punto de vista, la concepción del estado se encuentra dentro de lo que se ha llamado la “teoría de la dominación de clase” en la que se “reconoce que las clases sociales son un producto del desarrollo histórico y ve en el estado un instrumento en manos de las clases dominantes para hacer efectiva y garantizar la estabilidad de la estructura de clase misma” (Sweezy 1969:269), con el objeto de perpetuar las relaciones sociales predominantes que son, como ya se mencionó, relaciones de explotación.

Cuando el estado trata de dar respuesta a ciertas demandas de la clase trabajadora —debido a la presión que sobre él ejerce la lucha de clases en un momento histórico determinado, así como por necesidades del mismo desarrollo económico— y realiza concesiones como la instauración de sistemas de seguridad social, su actuación estaría más bien en función de garantizar que la lucha de clases no desborde los límites mismos de tolerancia del sistema social. En este caso podría aplicarse en principio aquella teoría del estado “que se basa en la mediación entre las clases... [y] da por aceptada la existencia de cierta estructura de clase y ve en el estado una institución destinada a conciliar los intereses opuestos de las diversas clases” (Sweezy 1969:269), de tal manera que el estado no puede sólo concebirse como un instrumento de dominación que actúa únicamente de forma represiva sino que tiene la función de organizar y coordinar el desarrollo de la vida social, situación que le permite convertirse en el director moral e intelectual de la sociedad, ya que trata de representar los intereses de los diversos grupos sociales. Al respecto Gramsci es sumamente claro cuando señala que:

El estado es concebido como organismo propio de un grupo, destinado a crear las condiciones favorables para la máxima expansión del mismo grupo; pero este desarrollo y esta expansión son concebidos y presentados como la fuerza motriz de una expansión universal, de un desarrollo de todas las energías “nacionales”. El grupo dominante es coordinado concretamente con los intereses generales de los grupos subordinados y la vida estatal es concebida como una formación y una superación continua de equilibrios inestables (en el ámbito de la ley) entre los intereses del grupo fundamental y los de los grupos subordinados, equilibrios en donde los intereses del grupo dominante prevalecen pero hasta cierto punto, o sea, hasta el punto en que chocan con el mezquino interés económico-corporativo (Gramsci 1975b:72)

De acuerdo con esta perspectiva —que no se contraponen a la anterior sino que la complementa, la enriquece— el estado tiene la función de evitar fricciones entre los intereses de las clases dominantes y los de las clases dominadas, y utiliza la seguridad social como un instrumento que permite circunscribir las demandas de los trabajadores a la esfera del consumo, sin alterar las relaciones sociales de producción en que se basa el capitalismo. Puede decirse entonces que la seguridad social lucha contra los efectos de la contradicción capital-trabajo, los cuales se manifiestan tanto en la pauperización creciente de amplios sectores del proletariado —debido a las leyes inflexibles del capitalismo— como en la extenuación física y mental y en la muerte prematura de los miembros de la clase trabajadora. Sin embargo, la seguridad social deja de lado la lucha contra la causa principal de esa contradicción: la existencia de una estructura y organización social que permite y alienta la explotación de una clase por otra.

De acuerdo con estos planteamientos, la seguridad social, al ser un factor de equilibrio entre el capital y el trabajo, actúa como mediatizadora de la lucha de clases, ya que proporciona al trabajador cierta seguridad en el consumo de los artículos y servicios básicos para la subsistencia y el cuidado de la salud del obrero y de su familia, cuando aquél queda sin empleo,¹⁶ es cesado por edad avanzada, queda incapacitado por algún accidente de trabajo o enfermedad profesional o muere.

Sin embargo, cualesquiera que sean las medidas que adopte el estado para reducir la explotación del proletariado, es un hecho que la estructura económica del capitalismo impone a la superestructura —en este caso la legislación, la política y la filosofía de la seguridad social— su sello característico: la opresión de las clases desposeídas por parte de las dominantes. Por lo tanto, todas las acciones que se emprendan y los resultados que se

¹⁶ El seguro de desempleo se cubre ya en los regímenes de seguridad social de casi una cuarta parte de los países del mundo (véase Alfredo Navarrete *s/f*). Con respecto a México el sistema de seguridad social no cubre el riesgo de desempleo. Una especie de seguro de desempleo temporal se halla regulado por la constitución mexicana, en la que se indica que el patrón que despida a un obrero sin causa justificada tiene la obligación de indemnizarlo con el importe de tres meses de salario (art. 123, fracción XXII). Las dos principales instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE) sólo proporcionan las prestaciones correspondientes al seguro de enfermedades y maternidad al asegurado y a sus beneficiarios dos meses después de haber quedado el primero sin trabajo remunerado *siempre y cuando* haya cubierto inmediatamente antes de tal privación un mínimo de ocho cotizaciones semanales (ley del seguro social, art. 118) o seis meses en forma ininterrumpida (ley del ISSSTE, art. 28).

obtengan dentro de la política de la seguridad social deberán contemplarse dentro del marco que impone el sistema capitalista: la explotación del proletariado, atenuada, si se quiere, por la seguridad que se tiene de satisfacer el mínimo de necesidades para la subsistencia, pero no por ello evita las condiciones de explotación en que se encuentra aquella parte de la clase trabajadora que tiene acceso a algún sistema de seguridad social, la cual, sin duda, está en "mejores" condiciones de ser explotada en comparación con aquellos sectores que no son asegurados¹⁷ y que se encuentran en peores condiciones de vida y de trabajo.

De acuerdo con lo anterior, la teoría del estado que supone que la función de éste es servir como mediador y conciliador de los antagonismos que resultan de la convivencia social en una sociedad capitalista, lleva implícita, como ya dijimos, la otra teoría, que señala que el estado es un instrumento de dominación de las clases o fracciones de clase que detentan el poder político y económico. Esto se explica porque al ser la seguridad social una institución que mediatiza la lucha de clases, su función última será siempre la de mantener aquellas condiciones necesarias (en el campo de la salud, de la concepción del bienestar, etcétera) para que la fuerza de trabajo pueda ser explotada por el capital, aunque esta explotación se lleve a cabo dentro de marcos menos "inhumanos" y encubierta por la ideología dominante que confiere indudablemente otra concepción e interpretación de esta realidad objetiva, y a pesar de las buenas intenciones que pudieran animar la gestión de quienes organizan y dirigen las políticas de la seguridad social.

Siguiendo estos lineamientos puede decirse que el estado, en última instancia, es según Marx "un órgano de *dominación* de clase, un órgano de *opresión* de una clase por otra, es la creación del 'orden' que legaliza y afianza esta opresión, amortiguando los choques entre las clases". Esta función de dominación que tiene el estado se debe, según "la idea fundamental del marxismo en cuanto al papel histórico y a la significación del estado", a que éste "es producto y manifestación de *la inconciliabilidad*

¹⁷ La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 22, dice: " Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional habida cuenta de la organización y los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad." La realidad concreta muestra que este propósito no se cumple en la mayoría de los países capitalistas.

de las contradicciones de clase” (Lenin 1978a:295, 294).

El estado capitalista puede, en cierto momento y bajo ciertas circunstancias, representar los intereses de la sociedad en su conjunto —como ya se expresó antes— pero siempre y cuando no rebase los límites permitidos por las clases dominantes y grupos hegemónicos, límites que están fijados por sus intereses de clase y que delimitan la autonomía relativa que posee el estado para actuar y convertirse en determinado momento en el director moral e intelectual de la sociedad. De aquí, pues, que la concepción teórica acerca del estado no puede ser simplista o fragmentaria, ya que éste es sumamente complejo y en él se expresan múltiples aspectos, relaciones e intereses que ninguna teoría puede abarcar en su totalidad. Esto nos lleva a la siguiente reflexión:

Es verdad que el estado es el estado de la clase dominante, pero su cometido no se agota en el sometimiento de la clase obrera a la “extorsión” de plusvalía, para lo cual operan muchos otros mecanismos sociales. Si de eso se tratara, bastaría con mantener un batallón de soldados en cada fábrica y en cada barrio obrero, apuntando sus fusiles a las espaldas de los explotados; eso resultaría, realmente, muy barato, demasiado barato frente a la complejidad de la vida social que ha producido el capitalismo (Córdova 1979:160).

Tampoco puede pensarse que existe un solo y único tipo de estado capitalista, ya que esto implicaría simplificar el estudio de algo tan complejo como el estado. Sin duda, las características concretas que éste adopte en una formación social históricamente determinada, dependerán tanto de situaciones internas (nivel de desarrollo socioeconómico y de la lucha de clases, etcétera) como externas (desarrollo del capitalismo a nivel mundial, relaciones con los países del bloque socialista, etcétera). Todos estos elementos configuran finalmente las características particulares del estado capitalista: un estado que sea más bien un instrumento de dominación y represión (estado totalitario) o que trate de convertirse en un organizador y coordinador de los distintos aspectos de la vida social (estados democráticos).

El estado puede considerarse, pues, como “un complejo de instituciones sociales a través de las cuales se pone en acto y se garantiza la organización de la sociedad para el desarrollo de sus actividades en todos los órdenes de la vida” (Córdova 1979:160). Y la seguridad social es una de tales instituciones que a través de

las prestaciones médicas, económicas y sociales,¹⁸ contribuye a mantener en situación adecuada para el capital la salud de la clase obrera, así como las condiciones necesarias para la reproducción de la fuerza de trabajo con el fin de que no se afecte el proceso productivo. De acuerdo con esto puede decirse que la seguridad social lleva la huella de los intereses de las clases dominantes a los cuales el estado supedita, en última instancia, su actuación, aunque, cabe recordarlo, éste mantiene siempre una autonomía relativa.

Dentro de este contexto en que se ubica la seguridad social implantada en los países capitalistas, las prestaciones médicas, y más concretamente la atención médica, "forma parte de un sistema de opresión y explotación del obrero que busca su reintegración al trabajo con la finalidad de que no se pierda lo que más interesa en él: *su carácter productivo*" (Frenk *et al.* 1976:488-489; cursivas nuestras).

La atención médica que se proporciona dentro de la seguridad social adquiere ciertas características que hacen que la medicina, a pesar de ser una ciencia social, como lo señaló Rudolf Virchow en el siglo pasado, se convierta en un medio para poner al obrero en condiciones adecuadas de salud para que se lo explote. La atención médica, salvo algunas excepciones, pierde su contenido social y se convierte en un mero acto mecánico donde el médico se erige en juez supremo y no toma en cuenta o no concede la debida importancia a las características socioeconómicas y culturales de la población que atiende.

¹⁸ De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, la seguridad social "constituye un sistema de conjunto que comprende una serie de medidas oficiales cuyo fin es proteger a la población o a gran parte de ésta, contra las consecuencias de los diversos riesgos sociales como la enfermedad, el desempleo, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, las cargas de familia, la vejez, la invalidez y el fallecimiento del sostén de la familia". Convenio 102. Norma mínima de seguridad social, OIT, 1952. En México, la ley del seguro social señala que: "La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo" (artículo 2). La realidad que se presenta en los países capitalistas demuestra que estos enunciados difícilmente pueden llevarse a la práctica por la existencia de una estructura de clases que sólo permite que la seguridad social cubra una parte de la clase trabajadora.

5. El desarrollo del capitalismo en México

“El gobierno tiene por norma la ley y por aspiración la justicia. Dadas las instituciones que nos rigen es imposible limitar la libre contratación, ni intervenir de una manera directa en el mejoramiento de la condición del obrero respecto de su principal. No hay texto legal que lo autorice, ni conveniencia alguna que lo obligue, a decretar salarios, ni precios, ni horas de trabajo: nuestras instituciones, basadas en los altos principios de la libertad humana y el respeto a la propiedad, vedan al gobierno toda injerencia directa en las relaciones de patrón a obrero... El trabajo está sometido por un ineludible fenómeno natural a la ley de la oferta y la demanda.”

*Matías Romero, ministro de
Porfirio Díaz (1892)*

*Repercusiones en las condiciones de trabajo y de vida
y en la salud del proletariado*

El trabajo asalariado, característica fundamental del capitalismo, existe desde la segunda mitad del siglo XVI en algunas ramas de

la producción como la minería, en la que sólo una parte minoritaria de los trabajadores eran esclavos o indios de encomienda. Además, la organización del trabajo en las minas —señala Enrique Semo (1980:148)— rebasa la cooperación simple y exhibe las características de una división del trabajo avanzada.

Durante la época colonial, principalmente en los siglos XVI y XVII, se desarrolla en la Nueva España el capital comercial y usurero como una primera fase de la acumulación originaria del capital. La segunda fase, la acumulación originaria industrial, se da, sin que desaparezca la anterior, a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, con el avance de la división social y regional del trabajo, el auge combinado de la minería, ganadería lanar, manufacturas y agricultura de exportación (Semo 1980:168-169).¹⁹ La forma en que se procedió a acumular el capital para desarrollar el modo de producción capitalista fue similar a la de otras regiones del planeta que fueron colonizadas por las potencias europeas. Por tanto,

La acumulación originaria en Nueva España, que se inició en el siglo XVI y se prolongó hasta el XIX, surgió de su propio seno, primero mediante la expoliación directa de los indígenas y luego a través de los procesos productivos. Una fracción del capital inicial fue aportado por comerciantes y aventureros hispanos que lo aplicaron a la importación de implementos y al financiamiento de la producción. Sin embargo, la inmensa mayoría se generó primero por el pillaje directo y después por la ruda combinación de la explotación del trabajo, la succión de tributos y la imposición de un desventajoso sistema comercial (de la Peña 1981:37).

Las formas de producción durante la época colonial eran el taller artesanal (rural y urbano) y el obraje. El primero era de pequeña dimensión y usaba una tecnología casi inalterable, con un número reducido de operarios; además, la artesanía se organizaba en gremios con el propósito de defender sus intereses, que estaban sujetos a disposiciones como las siguientes: prohibición de introducir mejoras o innovaciones que pudiesen perjudicar los intereses del resto del gremio; regulación de los salarios, las jornadas de trabajo, los precios y el volumen de la producción. Respecto al obraje, su principal ventaja sobre el taller artesanal es —según Semo— la división del trabajo. Se uti-

¹⁹ E. Semo señala que el capital comercial y usurero representó un obstáculo para el desarrollo de la producción a fin de conservar sus privilegios (pp. 173, 176 y 178).

liza la fuerza motriz del agua y algunas máquinas, pero por lo general domina la técnica manual. El obraje constituye un eslabón intermedio entre la artesanía y la maquinofactura, pero no está en posibilidad de producir para mercados internacionales como la industria mecanizada. "Por su aislamiento local y su subordinación a la artesanía gremial y doméstica, el obraje es una manufactura de carácter precapitalista" (Semo 1980: 164-165).

Sobre los obrajes Humboldt señalaba:

Sorprende desagradablemente al viajero que visita aquellos talleres no sólo la extremada imperfección de sus operaciones técnicas en la preparación de los tintes, sino más aún la insalubridad del obrador y el mal trato que da a los trabajadores. Hombres libres, indios y hombres de color, están confundidos como galeotes que la justicia distribuye en las fábricas para hacerles trabajar a jornal. Unos y otros están medio desnudos, cubiertos de andrajos, flacos y desfigurados. Cada taller parece más bien una oscura cárcel, las puertas están constantemente cerradas, y no se permite a los trabajadores salir de la casa; los que son casados, sólo los domingos pueden ver a sus familiares. Todos son castigados irremisiblemente si cometen la menor falta... Se escogen entre los indígenas aquellos que son más miserables, pero que muestran aptitud para el trabajo; se les adelanta una pequeña cantidad de dinero, que el indio como gusta de embriagarse, gasta en pocos días; constituido así en deudor del amo, se le encierra en el taller con el pretexto de hacerle pagar la deuda (citado en Colón 1976:24).

Esta descripción, que se refiere a los obrajes de Querétaro, puede aplicarse al resto, lo cual nos da una idea de las condiciones miserables de trabajo y de vida a que era sometida la población que laboraba en los obrajes, situación que repercutía directamente en la reproducción de la fuerza de trabajo, en las enfermedades y accidentes de trabajo, así como en la esperanza de vida.

El obraje nunca pudo desplazar al taller artesanal, que perduró hasta el siglo XIX con pocos cambios, lo que limitó en un principio el desarrollo de la producción mediante la industria mecanizada.

Las trabas impuestas por los gremios artesanales fueron poco a poco destruidas por el avance del capitalismo, el cual se afianzó como el modo de producción dominante fundamentalmente a partir de 1850, cuando su presencia se dejó sentir con mayor

fuerza en ramas de la economía como la industria de la transformación (la textil, principalmente), la industria extractiva (minería) y en los ferrocarriles. El desarrollo de las relaciones capitalistas es diferente en estas industrias y responde, sin duda, a diversos factores internos y externos que influyeron en mayor o menor medida para su consolidación en dichas ramas de la economía, iniciándose así la formación del proletariado mexicano como una clase diferenciada socialmente de aquella poseedora de los medios de producción.

A través de la penetración en las industrias mencionadas, el capitalismo fue extendiéndose a otras ramas hasta llegar a consolidarse como el modo de producir los bienes y servicios en nuestro país, con todas las consecuencias en los diversos órdenes de la vida y de la salud de la población en general y del proletariado en particular.

Después de la guerra de independencia se inicia en México el proceso de industrialización en la rama textil y comienza a incrementarse el incipiente proletariado. A lo largo de la década de 1830 el gobierno impulsa el proyecto de industrialización mediante la creación del Banco de Avío dirigido a la promoción industrial en la rama textil, lo cual permite que se importen e instalen en nuestro país las primeras máquinas para el hilado y tejido del algodón. "Con este hecho —señala Alejandra Moreno Toscano (1980:332)— comienza en México la 'revolución industrial'."

La minería también resurge por esas fechas (1825), después de la decadencia a que la llevó la guerra de independencia. El apoyo del capital británico y de los gobiernos mexicanos a partir de ese año permite que la minería alcance un gran auge que habría de prolongarse durante todo el siglo XIX, fundamentalmente en los últimos treinta años del mismo.

En 1837 se inician los primeros intentos para construir la línea de ferrocarril que uniría la ciudad de México con el puerto de Veracruz, proyecto que se vería realizado en enero de 1873.

En relación con las actividades agropecuarias, la hacienda continuó siendo la forma de organización del trabajo en el campo más importante durante las primeras décadas del siglo pasado, situación que se prolongó hasta la revolución de 1910 debido al apoyo que le dieron los diferentes gobiernos, lo cual limitó la formación del capitalismo en el campo. Esto se debió a que los campesinos se encontraban en su mayoría como peones encasillados a la hacienda y generalmente recibían como pago por su

trabajo vales para cambiarlos por productos en las tiendas de raya de los dueños de la hacienda; sólo se recurría al trabajo asalariado en contadas ocasiones. Asimismo, la introducción de técnicas de cultivo fue prácticamente nula debido en gran parte a la disponibilidad de abundante mano de obra y de grandes extensiones de tierra en posesión de los hacendados. En la primera mitad del siglo pasado el número de haciendas aumentó considerablemente ya que “de 1810 a 1854... pasaron de 3 749 a 6 953, de las cuales una quinta parte, según estimaciones, eran propiedad de la iglesia” (de la Peña 1981:119).

La consolidación del capitalismo empezó a dejarse sentir con mayor fuerza a partir de 1855, cuando el liberalismo tomó el poder y se dedicó con energía a producir y aplicar diversas reformas dirigidas principalmente contra el poder temporal, político y económico de la iglesia, pero también contra las comunidades indígenas. Su propósito era promover el desarrollo capitalista estimulando la acumulación originaria con toda violencia, para lo cual empezó por disponer la destrucción de la propiedad no privada de bienes raíces mediante su apropiación a usufructuarios (de la Peña 1981:119). Esta situación favoreció a la hacienda como forma de organización y producción agropecuarias, ya que la desamortización de los bienes de la iglesia promovida por la ley Lerdo (junio de 1856) permitió la compra y concentración de grandes extensiones de tierra por parte de la clase terrateniente.

En el curso de 1859 se dictaron cinco leyes de reforma de grandes consecuencias, que fueron violenta respuesta a la rebeldía del clero y del partido conservador y a su resistencia a la transformación social. Una de ellas se refiere a la nacionalización de los bienes de la iglesia sin pago alguno. Con este acto el liberalismo imprimió una orientación plena de rescate de la riqueza de “manos muertas” para poner en operación relaciones de producción capitalistas (de la Peña 1981:129-130).

En relación con la *minería*, principalmente de la plata, hacia 1880 ocupaba un lugar fundamental en la economía nacional al haber recuperado los índices de producción de finales de la colonia y representar el valor más alto de las exportaciones de nuestro país. La penetración de las relaciones capitalistas de producción consolidó el trabajo asalariado y acentuó la división del trabajo, con la consiguiente explotación del proletariado, cuya organización era precaria o nula para hacer frente al capital. En esta rama poco a poco se establecieron, debido a la división

del trabajo, tres grandes categorías de obreros. En primer lugar estaban los trabajadores más especializados y mejor pagados, que eran una minoría (por ejemplo, contratistas en pepena, capataces, maquinistas); en segundo lugar, los obreros con cierto adiestramiento (capitanes de mina, de peones o de patio, mecánicos, herreros, carpinteros), y en último lugar los trabajadores no calificados que realizaban las tareas más pesadas, tenían la remuneración más baja y representaban la mayoría (barreteros, peones, horneros, veladores).

Es de suponer que las condiciones de trabajo y de vida de los miembros del proletariado que laboraba en la minería fuesen diferentes según su nivel de calificación, el tipo de empresa y la región del país. Sin duda, los más desfavorecidos por las relaciones de producción y la forma concreta de organización del proceso productivo eran los trabajadores sin calificación alguna, analfabetos y con mayor inseguridad en el trabajo por la constante presión de contingentes desempleados. Las condiciones de trabajo y de vida que enfrentaban hacían que la reproducción de la fuerza de trabajo se realizara en situaciones realmente difíciles con los consecuentes daños a la salud, el envejecimiento prematuro y la menor esperanza de vida de los trabajadores.

Los accidentes y enfermedades laborales como consecuencia de la forma de organización del trabajo en las minas y del tipo de relaciones capitalistas a que respondía eran frecuentes y graves.

A pesar de ello, los informes remitidos a la Secretaría de Fomento casi no aluden a accidentes de trabajo y, cuando lo hacen, éstos suelen atribuirse al estado de embriaguez de los operarios, lo cual nos hace dudar de la veracidad de dichos informes... De cualquier manera, el Código de Minería que expidió el gobierno de Manuel González en 1884, estipulaba en su artículo 132: En las negociaciones de minas, cuyo pueblo exceda de doscientos operarios, habrá un botiquín y tendrán a su servicio un cirujano que pueda hacer las primeras curaciones de los mismos operarios en los casos de accidentes ocurridos durante el trabajo (Leal y Woldenberg 1980:30-31).

Dadas las circunstancias políticas, económicas y sociales de la época que favorecían al capital, las medidas legislativas para proteger la salud del trabajador eran muy limitadas además de que, en la mayoría de los casos, su observancia era prácticamente nula.

Respecto a la industria *textil*, entre los años 1867 y 1884 siguió constituyendo la rama fabril más importante del país.

En 1877 había 97 fábricas textiles, que empleaban a 12 726 trabajadores, de los cuales 8 080 eran hombres, 2 111 mujeres y 2 535 niños (Leal y Woldenberg 1980:36,48).

Dentro de esta industria puede observarse con mayor fuerza la presencia del capitalismo, ya que desde los años 30 se había introducido la producción fabril con lo cual se empezó a desplazar a los artesanos y, por otro lado, el proletariado que trabajaba en esta rama tenía como única propiedad su fuerza de trabajo. Las condiciones eran sumamente adversas para el trabajador ya que laboraba por lo regular más de 12 horas diarias; el descanso semanal y los días festivos no se remuneraban si no se trabajaban. Los patrones no tenían responsabilidad alguna en caso de accidentes de trabajo o enfermedad, ni tampoco en caso de vejez o por jubilación debido a la incapacidad para seguir trabajando; además, el trabajador corría el riesgo de ser despedido sin justificación alguna y sin que se le indemnizara. El estado tenía por principio no intervenir en las relaciones obrero-patronales ya que ello iría contra la doctrina del liberalismo. Esta actitud quedó bien caracterizada por la respuesta dada en 1892 por el ministro Matías Romero a un documento proveniente de una de las confederaciones obreras de una región próxima a la capital:

El gobierno tiene por norma la ley y por aspiración la justicia. Dadas las instituciones que nos rigen, le es imposible limitar la libre contratación, ni intervenir de una manera directa en el mejoramiento de la condición del obrero respecto de su principal. No hay texto legal que lo autorice, ni conveniencia alguna que lo obligue, a decretar salarios, ni precios, ni horas de trabajo; nuestras instituciones basadas en los altos principios de la libertad humana y el respeto a la propiedad, vedan al gobierno toda injerencia directa en las relaciones de patrón a obrero [...] El trabajo está sometido por un ineludible fenómeno natural a la ley de la oferta y la demanda (Cardoso y Hermosillo 1980:30).

En estas circunstancias resultaba fácil para el capital imponer condiciones de empleo y de trabajo totalmente desventajosas a la incipiente clase obrera. La organización del trabajo estaba regida por disposiciones generales dictadas por los patrones y ante las cuales los trabajadores, carentes en un principio de una adecuada organización, aceptaban tácitamente las siguientes condiciones:

- 1) Las horas de trabajo serán fijadas por los administradores de las fábricas.

2) Por el hecho de presentarse a sus labores, los obreros aceptan las condiciones de trabajo y horarios para cada turno y por cada semana de labor.

3) Es obligación del operario trabajar la semana completa, siempre que no se lo impida causa justificada, como la enfermedad. En caso contrario perderá el importe de lo que hubiere trabajado.

4) Los trabajos defectuosos por culpa de los obreros se compensarán multando a éstos según la importancia de sus faltas. Las multas servirán para compensar el perjuicio causado, y las multas disciplinarias que sobre las anteriores se les impóngan, se destinarán para algún establecimiento de beneficencia.

5) Los operarios, con su sola presencia en el establecimiento, aceptan los reglamentos, los horarios y las tarifas que tengan a bien imponerles los administradores.

6) Los operarios tendrán obligación de velar y trabajar los días de fiesta cuando así se les demande; quien se niegue a esta orden será separado de su trabajo.

7) Las casas de las fábricas son exclusivamente para alojar a los operarios y al ser despedidos éstos y dejar su trabajo, tienen la obligación de desocuparlas en el término de seis días (García Cantú 1980:29).

Como puede desprenderse de estas disposiciones y de la negativa del gobierno a intervenir para regular las relaciones capital-trabajo, la explotación de la clase obrera alcanzó niveles elevados que se tradujeron en mayores accidentes y enfermedades de trabajo y en una gran miseria que, aunada a la disminución cada vez mayor del poder adquisitivo de la clase proletaria, condujo a situaciones verdaderamente alarmantes para muchos de sus miembros. Éstos padecieron hambre y pobreza extrema debido a la brutalidad con que se imponía el capitalismo para extraer la mayor plusvalía posible al menor costo. Así, uno de los periódicos obreros, *El Hijo del Trabajo*, se quejaba de que la clase obrera del país no mejoraba su situación: “La miseria no le permite dar un paso adelante y nuestros gobernantes ni siquiera se acuerdan de que esa clase existe. Nada se hace en favor del obrero: los ricos esconden sus tesoros o los envían al extranjero... El gobierno y los legisladores perfeccionan cada día el *pacto del hambre* que nos va privando hasta del aire que respiramos” (citado en Basurto 1981:40).

Las leyes inflexibles del capitalismo mostraban una vez más que al dueño del capital le importaba poco la vida y la salud de la clase que crea la plusvalía, dedicándose a explotarla sin mira-

mientos de ningún tipo a fin de reproducir las condiciones sociales necesarias para la acumulación capitalista.

La construcción del *sistema ferroviario* de México suscitó, por otro lado, la formación de un nuevo tipo de trabajador: el asalariado de los ferrocarriles, dividido en dos grandes grupos. El primero de ellos estaba constituido por quienes construían las vías y demás instalaciones (oficinas, talleres, almacenes); el segundo estaba formado por los que trabajaban en el servicio de transporte.

El número de kilómetros de vías construidas se incrementó en forma por demás considerable entre 1873 y 1884, ya que en el primero de estos años se habían construido sólo 578 kilómetros y en 1884 la cifra se elevó a 5 891. Si se toma como base 1873 al 100% se observa un incremento de 1 019% para 1884 (Leal y Woldenberg 1980:91). Y en 1910 la red ferroviaria alcanzó un total de 24 mil kilómetros (Basurto 1981:19).

Como es lógico, tal situación repercutió en un mayor aumento de la fuerza de trabajo para satisfacer la demanda tanto de la construcción de vías y demás instalaciones como para poner en funcionamiento dichas instalaciones y el transporte ferroviario. En 1884 el número de trabajadores empleado en los ferrocarriles era superior a diez mil, aunque esta cifra es muy inferior a la real; empero, se desconoce con exactitud la población trabajadora en esta rama (Leal y Woldenberg 1980:94-95).

La implantación de los ferrocarriles dio origen —como ya se mencionó— a un nuevo tipo de asalariado y, además, en vista de la división del trabajo, a diversos tipos de trabajadores según la categoría y las labores que desempeñaban. Por ejemplo, había desde ingenieros directores y superintendentes hasta cargadores y guardavías, pasando por una gran multitud de categorías: conductores de tren, telegrafistas, garroteros, fogoneros, etcétera, situación que se reflejaba en las condiciones de trabajo de estos asalariados y, por consiguiente, en sus condiciones materiales de vida en general.

Los trabajadores ferrocarrileros se veían expuestos a diversos accidentes y enfermedades profesionales. Entre éstas cabe destacar la fiebre amarilla, que atacaba constantemente a los obreros de las vías —a la *infantería ligera del capital*, en términos de Marx. Otros padecimientos frecuentes —por lo menos en el Ferrocarril Mexicano— eran “la epilepsia y otras neurosis” (*sic*).²⁰

²⁰ Informe de la Compañía del Ferrocarril Mexicano, abril de 1885, citado en Leal y Woldenberg 1980:120.

El incremento de la red ferroviaria permitió comunicar a diversas regiones del país, con lo cual se ampliaron las posibilidades de extender el mercado interno ante los requerimientos de las nuevas industrias que se instalaban en el país. El capitalismo invadía poco a poco, pero con una fuerza cada vez mayor, todas las ramas de la economía, alterando la estructura social y política de nuestro país a fin de adecuarla a las nuevas relaciones sociales de producción: la naciente burguesía requería fuerza de trabajo barata, un mercado interno capaz de absorber la producción y un gobierno que no interfiriera en el libre desarrollo de la empresa capitalista.

El análisis del desarrollo capitalista en México muestra cómo éste se presenta primero en algunas ramas de la economía (la industria textil, la minería y los ferrocarriles) para después extenderse a otras ramas, hasta llegar a dominar el conjunto de actividades productivas de bienes y servicios. “Al revolucionarse el régimen de producción en una rama industrial —dice Marx—, éste arrastra consigo a las otras” (1973a, I:313).

Una vez que el modo de producción capitalista se instaló en la industria textil, empezó a extenderse a otras industrias: la del papel, el vidrio, el cemento, la cervecera, y a principios del presente siglo abarcó la industria siderúrgica.

La consolidación de ese modo de producción trajo consigo, como una necesidad ineluctable, un incremento de la población asalariada, pero no mejoraron sus condiciones materiales de vida. Enriquecimiento del capitalista y mayor miseria para la clase proletaria es una ley natural de la acumulación capitalista: “a medida que se acumula el capital, tiene necesariamente que empeorar la situación del obrero, *cualquiera que sea su retribución* ya sea ésta alta o baja... Por eso lo que en un polo es acumulación de riqueza es, en el polo contrario, es decir, en la clase que crea su propio producto como capital, acumulación de miseria, de tormentos de trabajo, de esclavitud, de despotismo y de ignorancia y degradación moral” (Marx 1973a, I:547).

Como se desprende de los estudios realizados sobre esa época, así como de los análisis de los intelectuales que vivieron durante dicho período, la mayoría del proletariado tenía condiciones de vida realmente miserables, producto de las condiciones de empleo y de trabajo a que era sometido por el capitalismo en la etapa de su consolidación como el modo de producción dominante. Sobre esto, Ricardo Flores Magón escribe:

Las condiciones de insalubridad en que se efectúa el trabajo en las fábricas y los talleres; lo fatigoso de las tareas; la incomodidad e insalubridad de las viviendas de los trabajadores —forzados a vivir en verdaderas zahúrdas—; la suciedad de los barrios obreros; la mala alimentación que el obrero puede conseguir por los salarios miserables que gana; la adulteración de los artículos alimenticios; la inquietud en que vive el hombre de trabajo, que teme que de un momento a otro no podrá llevar pan a la familia; y el disgusto que produce el hecho de encontrarse bajo la influencia del polizonte, bajo la influencia de leyes bárbaras dictadas por el estúpido egoísmo de las clases encumbradas, bajo la influencia de monigotes descerebrados que la hacen de autoridad; todo ello: insalubridad, mala alimentación, trabajo fatigoso, inquietud por el porvenir, disgusto del presente, *minan la salud de las clases pobres*, engendran enfermedades espantosas como la tisis, el tifo y otras que diezman a los desheredados y cuyos estragos alcanzan a todos: a hombres, a mujeres, ancianos y niños.²¹

El proceso de industrialización del país en diversas ramas de la economía desplazó a los talleres artesanales de la producción, y la población ocupada en la industria se incrementó en detrimento de la que laboraba en los talleres artesanales. El siguiente cuadro muestra un importante aumento entre 1895 y 1900, aunque en 1910 se observa un estancamiento debido sobre todo al deterioro de la dictadura porfirista y a la crisis mundial de principios de siglo, que repercutió en nuestro país, lo cual limitó el proyecto de industrialización del país.

*Población empleada en la industria**
Estados Unidos Mexicanos
(miles)

| Año | Total población industrial | Industrias extractivas | | Industrias de transformación | | Industria de la construcción | | Industria eléctrica, gas y combustible | |
|------|----------------------------|------------------------|------|------------------------------|------|------------------------------|-----|--|-----|
| | | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % |
| 1895 | 692.7 | 88.5 | 12.8 | 554.6 | 80.1 | 49.6 | 7.2 | — | — |
| 1900 | 803.3 | 107.3 | 13.4 | 624.0 | 77.7 | 63.0 | 7.8 | 8.9 | 1.1 |
| 1910 | 803.3 | 104.1 | 13.0 | 613.9 | 76.4 | 74.7 | 9.3 | 10.6 | 1.3 |

*Véase Basurto 1981:26-28.

²¹ Periódico *Regeneración*, 17 de diciembre de 1910, citado en Ricardo Flores Magón 1970:56; cursivas nuestras.

La formación del proletariado mexicano fue un proceso complejo y dependió de múltiples factores; por ejemplo, las relaciones que guardaba nuestra economía con el capitalismo mundial a través del comercio y las inversiones; la instauración de un estado fuerte capaz de garantizar la estabilidad política, ya fuese mediante el control de los líderes obreros o por medio de la represión abierta; la disminución de la artesanía, que desocupó una parte importante de fuerza de trabajo que se sumó al incipiente proletariado; la vigencia de ideas liberales que limitaban al estado su intervención en las relaciones capital-trabajo; la creación de un mercado nacional debido al impulso de los medios de transporte, principalmente el ferrocarril, etcétera.

Un examen de las estructuras económico-sociales de México hacia 1880 haría aparecer continuidades de peso con la situación que presentaban en 1821 o aun antes. Empero, en un largo proceso empezado desde fines de la época colonial, que se acelera a partir de mediados del siglo pasado, los obstáculos de mayor importancia al capitalismo habían sido destruidos. El proceso liberal, antes y después de la Restauración de la República, reordenó en profundidad las estructuras del país, constituyendo... una fase decisiva de la acumulación originaria en México (Cardoso y Hermosillo 1980:12).

El capitalismo había destruido en las últimas tres décadas del siglo pasado los obstáculos que limitaban o impedían su libre expansión para adueñarse de todas las actividades productivas del país; sólo en el campo subsistía el fenómeno del peonaje encasillado a las haciendas, que se acentuó durante la época porfirista, y que era una limitante para extender las relaciones capitalistas al sector agropecuario. Sin embargo, el peonaje y la hacienda, como fenómenos históricos, no eran contradictorios con el capitalismo; más bien lo complementaban al proporcionar al país productos de exportación para sostener su economía, aunque ello implicaba la explotación de la mayoría de la población del campo que se encontraba encasillada a la hacienda en condiciones precarias de trabajo y de vida. Además, esta forma de organización y producción en el sector agropecuario aseguraba la paz en el campo que el estado requería para desarrollar las pautas capitalistas de producción en el resto de la economía.

Lo anterior viene a reforzar la teoría de la existencia de diversos modos de producción en una formación social concreta, uno de los cuales es el que predomina hasta llegar a subordinar a los demás a sus propósitos, en este caso la extracción de

plusvalía y el mantenimiento de las condiciones sociales necesarias para la reproducción de las relaciones capitalistas. Pero

el proceso de implantación del capitalismo no fue lineal, racional o eficiente sino como todos los casos: pragmático, errático, ilógico, brutal, arbitrario, en fin, producto de ambiciones e iniciativas individuales por el afán de lucro con el apoyo de un Estado dedicado a estimular y proteger ese proceso y con la ambivalencia entre la resistencia y colaboración de la clase explotada (de la Peña 1981:160).

El trabajador enfrentó su nueva situación como asalariado en forma aislada, desorganizada, sin plena conciencia de su nueva condición proletaria y todo lo que ello significa: estar desprovisto de medios para producir y depender sólo de su fuerza de trabajo para subsistir en las condiciones que imponía el capital.

El trabajador se encuentra en condiciones objetivas, reales, de explotación y busca mejorar su situación individual aun a costa de otros individuos que se encuentran en las mismas condiciones: ser explotados por el capital.

La gran industria concentra en un mismo sitio a una masa de personas que no se conocen entre sí. La competencia divide sus intereses. Pero la defensa del salario, este interés común a todos ellos frente a su patrono, los une en una idea común de resistencia: *la coalición*. Por lo tanto, la coalición persigue siempre una doble finalidad: acabar con la competencia entre los obreros para poder hacer una competencia general a los capitalistas. Si el primer fin de la resistencia se reducía a la defensa del salario, después, a medida que los capitalistas se asocian a su vez movidos por la idea de la represión, las coaliciones, en un principio aisladas, forman grupos, y la defensa por los obreros de sus asociaciones frente al capital, siempre unido, acaba siendo para ellos más necesario que la defensa del salario.

Las condiciones económicas transformaron primero a la masa de la población del país en trabajadores. La dominación del capital ha creado a esta masa una situación común, intereses comunes. Así, pues, esta masa es ya una clase con respecto al capital, pero aún no es una *clase para sí*. Los intereses que defiende se convierten en intereses de clase. Pero la lucha de clase contra clase es una lucha política (Marx 1974:157-158, cursivas nuestras).

La formación del proletariado mexicano, de la clase en sí en términos marxistas, se desarrolla como ya vimos desde la época colonial, fundamentalmente a fines de ésta, en algunas ramas de la economía como la minería. Este proceso se extiende hasta las últimas décadas del siglo pasado, cuando el modo de producción

capitalista impone su hegemonía a la formación social mexicana y, por consiguiente, el proletariado se conforma como una clase social sujeta a los imperativos del capital. Empero, la toma de conciencia del proletariado de su situación objetiva en la estructura social, la de formar una clase para sí, con condiciones idénticas de explotación y, por tanto, con propósitos comunes: su emancipación, es un proceso muy complejo que no se presenta de la misma manera en todas las ramas de la economía; depende tanto de la posición que tiene en el proceso de la producción, como del nivel de organización obrera y del nivel de la lucha de clases que se dé en un momento histórico. Cuando se pasa de la clase en sí a la clase para sí es cuando se empieza a dar la lucha obrera en forma organizada, a través de sindicatos, partidos políticos, etcétera, con el fin de combatir la explotación del capital. Se buscan mejores condiciones de empleo y de trabajo y de vida en general con un proyecto político-ideológico que trasciende la lucha por mejorar los salarios. Este proceso se lleva a cabo en una sociedad donde imperan las relaciones de explotación capitalistas y una superestructura político-jurídica e ideológica que genera un marco adecuado (estado, leyes, tribunales, concepciones de la sociedad) para que se reproduzcan dichas relaciones.

Los miembros de la clase proletaria son seres históricos de carne y hueso que reciben la influencia de una superestructura que contribuye a mantener las condiciones sociales de su explotación. Y las mismas organizaciones obreras no pueden escapar a dicha influencia, lo cual dificulta la formación de la conciencia proletaria que permita llevar a cabo una práctica política que enfrente las embestidas del capital. Empero, las luchas obreras muestran que el proletariado cada vez mejora su organización para defender sus intereses comunes.

Antecedentes históricos de la lucha de la clase obrera por mejorar sus condiciones de trabajo y de vida

La lucha de la clase obrera, aislada en un principio, se empieza a organizar a través de asociaciones que muestran la influencia del movimiento mutualista que se inició en 1853 con la organización de la Sociedad Particular de Socorros Mutuos, dedicada a dar protección a los artesanos. Por esta razón es necesario analizar, aunque sea brevemente, las características de las asocia-

ciones mutualistas. Éstas, en cierta medida, eran formas organizativas de defensa de los intereses de los artesanos, como lo habían sido los gremios durante la época colonial y hasta la década de los 50 del siglo XIX, cuando fueron disueltos al promulgarse el decreto del 25 de junio de 1856, y más tarde la constitución de 1857²² y las leyes de reforma.

Las asociaciones mutualistas predominaron en las décadas de 1860 y 1870 y su propósito central era la ayuda mutua en caso de necesidad de algunos de sus miembros cuando éstos enfermaban, sufrían algún accidente, caían en prisión o morían. También estas asociaciones tenían como finalidad, según algunos autores, "recuperar su personalidad y peso político perdidos, fundamentalmente en relación con el gobierno municipal" (Leal y Woldenberg 1980:156). Sus miembros aportaban mensualmente una determinada cantidad de dinero a la asociación a fin de sufragar las diversas necesidades de sus socios; empero, era un dinero improductivo, ya que no se utilizaba para ninguna otra actividad que no fueran las antes mencionadas.

Las asociaciones mutualistas fueron la respuesta del artesanado libre ante la presencia del capitalismo cuyo ascenso como modo de producción dominante restaba poco a poco importancia al taller artesanal en la producción. El resultado de este fenómeno era un proceso de diferenciación y desocupación del artesanado que en su mayoría se convertía, a través de un proceso lento de proletarización, en artesanos asalariados, al carecer de suficientes recursos para instalar un taller que compitiera con los grandes talleres o fábricas donde el proceso de producción se había maquinizado.

Las asociaciones mutualistas permitieron cierto mejoramiento en las condiciones de vida de la población artesanal, o al menos lograron que la familia artesana contara con un mínimo apoyo ante eventos imprevistos que podían conducirla a la miseria. Su éxito, relativo si se quiere, queda demostrado por la gran cantidad de mutualidades que surgieron en las diferentes ciudades del país. Por ejemplo, "hacia 1882, tan sólo en la ciudad de México, había más de 100 sociedades mutualistas con 50 236 socios activos, englobando, aproximadamente, a una sexta parte de su población total".²³

²² El art. 9 de la constitución de 1857 dice que "a nadie se le puede coartar el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito..." (citado en Basurto 1981:59).

²³ Periódico *El Socialista*, núm. 34, 26 de septiembre de 1882, citado en Leal y Woldenberg 1980:166.

Sin embargo, el acontecer social de la época, en que la presencia cada vez mayor del capitalismo en las diferentes actividades de la economía mostraba las limitaciones de dichas asociaciones, obligó a los artesanos y al incipiente proletariado industrial a formar *cooperativas* para crear fondos que permitieran fundar talleres cuyos dueños serían los mismos miembros de las sociedades cooperativas. Además de las cooperativas de producción podía haberlas de crédito y de consumo. Algunas mutualidades ajustaron sus estatutos a fin de convertirse en sociedades cooperativas. Éstas pronto se vieron sumergidas en contradicciones internas, ya que se aceptó como socios tanto a artesanos propietarios como a artesanos en proceso de proletarización y a obreros industriales. Los dos últimos, como es lógico, carecían de medios para influir en las directrices de las cooperativas, que fueron prácticamente dirigidas por los miembros con mayores recursos económicos y con influencia política en el gobierno municipal. Ésta es una de las razones por las que el sistema cooperativo no alcanzó el éxito esperado y las mutualidades continuaron subsistiendo.

Ello determinó que el tránsito de las mutualidades a las cooperativas no constituyera un fenómeno generalizado sino selectivo. Además, ya hacia 1880 se empezó a propagar la idea de que lo que más convenía a los trabajadores era hacer frente al capital por medio de asociaciones de resistencia. No fueron pocas las mutualidades que con el paso de los años comenzaron a funcionar —así fuera esporádicamente— como sociedades de resistencia y a practicar las formas más elementales del sindicalismo. El tránsito de las mutualidades a las sociedades de resistencia y de éstas a los sindicatos sería, a la larga, el curso que seguirían —en el terreno organizativo— las luchas de los artesanos en proceso de proletarización al igual que las pugnas de los proletarios industriales (Leal y Woldenberg 1980:178).

Durante la década de 1870 surgieron organizaciones que buscaban agrupar a una serie de mutualidades. Tal fue el caso del Gran Círculo de Obreros de México, fundado el 16 de septiembre de 1872 y con el cual termina —según Sergio de la Peña— el movimiento laboral mutualista. Esta organización contaba, hacia octubre de 1874, con veinte filiales en varios estados de la república y no menos de ocho mil asociados, en su mayor parte artesanos y obreros de hilados y tejidos; al año siguiente tenía ocho filiales más.

El Gran Círculo tenía por objeto, según el artículo primero de sus estatutos:

- 1) Mejorar por todos los medios legales la situación de la clase obrera ya en su condición social, ya en la moral y económica.
- 2) Proteger a la misma clase, contra los abusos de los capitalistas y maestros de talleres.
- 3) Relacionar entre sí a toda la gran familia obrera de la República.
- 4) Aliviar en sus necesidades a los obreros.
- 5) Proteger la industria y el progreso de las artes (artesanías).
- 6) Propagar entre la clase obrera la instrucción correspondiente en sus derechos y obligaciones sociales y en lo relativo a las artes y oficios.
- 7) Establecer todos los círculos necesarios en la República a fin de que estén en contacto los obreros de los estados con los de la capital (García Cantú 1980:183).

Como apunta Jorge Basurto (1981:67), “el Círculo queda definido como una organización mezcla de cooperativismo y mutualismo con rasgos, todavía, del sistema gremial; pero también se hace mención de algunas de las funciones propias del sindicato, como por ejemplo los puntos relativos a la protección del trabajador contra los abusos del patrón y la utilización de los medios legales para su mejoramiento”.

El Gran Círculo de Obreros de México tenía un órgano de prensa, *El Socialista*, de difusión nacional, y el 16 de septiembre de 1873, influido por las ideas cooperativistas, fundó su primer taller cooperativo.

Una de las tareas fundamentales del Gran Círculo, además de impulsar el mutualismo y el cooperativismo, fue la de reglamentar en la medida de sus posibilidades las relaciones obrero-patronales. Surge así la reglamentación de las actividades dentro de los centros de trabajo de las Fábricas Unidas del Valle de México que se aprueba el 20 de noviembre de 1874. Este reglamento, en opinión de Alfonso López Aparicio (1958:109), constituye un antecedente de los modernos contratos colectivos de trabajo. Dicho reglamento estipulaba en el primero de sus artículos que los trabajos deben comenzar “desde el momento en que el día nos proteja con su luz natural y parar cuando el sol cumpla su carrera y las tinieblas se apoderen de su luz, tiempo señalado en que el obrero debe ir a nutrir su entendimiento con los conocimientos que deben elevar su situación en el intervalo que deja de velar” (citado en López Aparicio 1958: 109). La importancia de este reglamento radica en ser un primer intento de regular la jornada de trabajo que en esa época era hasta de 15 horas. “Hasta antes de la fundación del *Gran*

Círculo de Obreros, el trabajador era un modelo de consideración respetuosa y sumisa, partidario de la ayuda mutua y ajeno a la posibilidad de protestar por la vida que le era impuesta. *El Gran Círculo* removió la conciencia de los obreros. *El Socialista* le descubrió su propia realidad. A partir de entonces, las huelgas, los escritos airados, las demandas concretas, son frecuentes” (García Cantú 1980:99).

A mediados de 1875 surge la iniciativa de convocar a un congreso de las organizaciones obreras, el cual se verificaría a partir del 5 de marzo del siguiente año. Al término del congreso se elaboró un manifiesto:

La emancipación del trabajador es imposible si consiente en ser siervo de sí mismo por la ignorancia y por el vicio; si es esclavo del rico por la tasa arbitraria del salario, por la miseria y por la deuda; si por último renuncia, con punible indiferencia, a ejercer por vía legal, ante la autoridades públicas debidamente constituidas, las facultades constitucionales de imprenta libre, de asociación y de petición.

El Congreso se propone romper estas cadenas por los medios prácticos siguientes:

Primero. La instrucción de los obreros adultos y la enseñanza y educación obligatoria a los hijos de éstos.

Segundo. El establecimiento de talleres, en los que se proporcione trabajo al artesano, con independencia del particular y del capitalista, para ponerlo a cubierto de la miseria, auxiliarlo en sus enfermedades, ampararlo en todas sus desgracias y alejarlo de la posibilidad de que sea deudor, porque el hambre avasalla muchas veces el decoro personal.

Tercero. El empeño eficaz de conseguir que sean en todo tiempo una verdad para el obrero las garantías políticas y sociales, y que el servicio militar no recaiga exclusivamente en ellos...

Cuarto. El aseguramiento de la más plena libertad en la elección de los funcionarios públicos; la absoluta autonomía en su conciencia y en su culto...

Quinto. El nombramiento de procuradores generales de los obreros, encargados de gestionar y promover ante las autoridades federales y de los estados, todo aquello que pudiese ser provechoso o necesario para ellos mismos.

Sexto. La fijación del tipo del salario en todos los estados de la república (según lo requieren las circunstancias de localidad y el ramo de que se trate), o sea la valorización del trabajo por los mismos trabajadores, con el propio derecho con que los capitalistas ponen precio a los objetos que forman su capital.

Séptimo. La creación de exposiciones industriales, promovidas y

sostenidas por los artesanos... despertándose así el espíritu de iniciativa y de empresa entre los artesanos.

Octavo. La variación del tipo del jornal cuando las necesidades del obrero lo exijan, pues así como los capitalistas alteran el valor de sus mercancías, en los casos en que lo juzgan conveniente, también el obrero tiene el derecho de hacer subir el precio de su trabajo, hasta conseguir llenar con él sus necesidades particulares y sociales.

El Congreso dedicará una atención preferente al importante asunto de las huelgas; se ocupará también de mejorar hasta donde sea posible LA CONDICIÓN DE LA MUJER - OBRERO... (citado en García Cantú 1980:336-337).

Como se observa, los puntos del manifiesto hacen referencia a reivindicaciones tanto artesanas como obreras. Lo importante del documento es que rescata uno de los instrumentos fundamentales del proletariado en su lucha contra el capital: la huelga. El Gran Círculo de Obreros de México no podía romper con la influencia de las asociaciones mutualistas y las cooperativas, pero ya en su seno se encontraban los gérmenes de una nueva organización propia del proletariado: el sindicato.

En 1880 se llevó a cabo el segundo congreso. Para entonces el Gran Círculo estaba controlado por representantes del gobierno y se agudizaban las luchas internas que desde el primer congreso se habían dejado sentir.

El Gran Círculo de Obreros de México y todas las organizaciones mutualistas y cooperativas que florecieron en las décadas de 1860 y 1870 tenían el sello de la tradición artesanal; la mayor parte de sus miembros eran artesanos con cierta educación y con conocimientos sobre formas organizativas para la defensa de sus intereses. Como es lógico suponer, el proletariado en formación tenía que recurrir a este tipo de organización y aliarse con los artesanos, fundamentalmente con aquellos en proceso de proletarianización, a fin de resistir la ofensiva del capitalismo. Por eso no puede hablarse de un movimiento exclusivamente obrero antes de 1880, sino de un movimiento obrero-artesanal, apoyado por diversos periódicos como *El Socialista*, *El Hijo del Trabajo*, *El Obrero Internacional*, que difundían las ideas de socialistas utópicos como Proudhon, Fourier y Saint Simon, ideas que poco a poco fueron incorporándose al movimiento obrero-artesanal.

A medida que el capitalismo se desplegaba y mostraba su cara real, los talleres artesanales sucumbieron uno tras otro y sólo lograron salvarse aquellos cuyos dueños contaban con suficientes

recursos para convertirse en nuevos capitalistas, mientras que el resto de los artesanos —la mayoría— se volvieron artesanos asalariados. Tanto éstos como el naciente proletariado industrial, principalmente de la rama textil, pronto se dieron cuenta de la insuficiencia de las mutualidades y cooperativas para dar curso a sus demandas de corte proletario: regulación de la jornada de trabajo, elevación de los salarios, mejoramiento de las condiciones de trabajo, etcétera. Además, a medida que se presentaba con mayor claridad para el proletariado la contradicción capital-trabajo, se veía la necesidad de recurrir cada vez con mayor frecuencia a un arma propia del sindicato: la huelga, a fin de hacer frente a las condiciones de explotación que imponía el capital para la extracción de plusvalía y la acumulación capitalista. Diversas huelgas surgieron en la década de 1870, a pesar de que el código penal de 1872 en su artículo 925 las impedía legalmente.²⁴

Una de las huelgas que tuvo mayor resonancia fue la de los sombrereros en mayo de 1875, debido a que los dueños de diferentes talleres de sombrerería decidieron reducir los jornales a sus trabajadores. Éstos, agrupados en la Sociedad Reformadora del Ramo de la Sombrerería, decidieron declarar la huelga. Guillermo Prieto argumentó en favor de la misma en los siguientes términos:

Convínose unánimemente en que el trabajo es una mercancía que brinda el trabajador y solicita el capitalista, que ambos tienen derecho a justipreciar el cambio de trabajo por dinero con toda libertad, y que el recurso único del obrero, pero legítimo, era retirar su mercancía del mercado en el que no se le valorizaba convenientemente (Leal y Woldenberg 1980:205).

El Gran Círculo de Obreros de México otorgó su apoyo a los huelguistas. Después de diversos debates entre los representantes de éstos y los empresarios, tuvieron los últimos que aceptar las tarifas propuestas por los trabajadores.

En junio de 1872 los barreteros de Real del Monte, Hidalgo, se declararon en huelga debido a que se les quiso reducir su sala-

²⁴ Dicho artículo imponía de 8 días a tres meses de arresto y multa de 25 a 500 pesos —cantidad ésta que jamás ganaría un campesino ni un obrero durante toda su vida— “o una sola de estas dos penas, a los que formen tumulto o motín o empleen de cualquier modo la violencia física o moral, con el objeto de hacer que suban o bajen los salarios o jornales de los operarios, o de impedir el libre ejercicio de la industria o trabajo”; citado en García Cantú 1980:31-32.

rio. En el transcurso del conflicto afloraron cuestiones relativas a las condiciones de trabajo en las minas, que los trabajadores exponían en los siguientes términos:

Tenemos que bajar ochocientas varas y subir otras tantas a plomo de la profundidad del tiro, y también subir y bajar en las distintas labores donde nos toca trabajar: en el resto del día portamos la ropa mojada por la abundancia de agua que escurre en la mina; manifestando a la vez que hay labores donde el calor nos consume, que es necesario quitarnos la ropa para exprimirla, por el sudor tan copioso, de lo que resultan varias enfermedades; por esto se nos ve tan pálidos, extenuados y endebles, siendo otros motivos de nuestras enfermedades los gases de los metales y la falta de respiración; momentáneamente llega la hora de salir al estar sudando, y pasar por un camino donde el agua baña nuestro cuerpo. Después de lo fuerte de nuestro trabajo, expuestos a mil peligros de perder la vida, pues bastantes de nosotros bajamos por nuestro pie y no volvemos a ver la luz, dejando a nuestras familias en la mendicidad. Otros hay que después de lastimarse en el trabajo, quedan inútiles para seguir trabajando y tienen que implorar la caridad pública para terminar el corto período de su desgraciada existencia. Todos nosotros, en general, comprendemos que nuestra vida es corta y miserable, por estar la mitad del tiempo trabajando con vela siempre, porque nuestra tarea es sumamente fuerte... el humo de la pólvora y el polvo de la piedra nos lastiman el pecho y el pulmón, que a los diez o doce años los que no morimos, quedamos a pedir limosna para pasar los pocos días que nos restan.²⁵

Se desconoce el desenlace que tuvo la huelga de los barreteros ya que los periódicos sólo informaron el fin de la suspensión de labores.

En enero de 1875 aparecieron en el sector textil del valle de México múltiples brotes huelguísticos; por la suspensión de las "veladas" —trabajo nocturno—, en defensa de los despedidos, o por aumento de salarios. La suspensión de labores incluyó seis fábricas. En algunas de ellas las jornadas eran hasta de 15 horas. Los obreros exigían la reducción de la jornada para trabajar de seis a seis, suprimiendo las horas de la noche. Los trabajadores solicitaron la intervención del presidente de la república en el conflicto pero no hubo respuesta. Días después de declarada la huelga los trabajadores reanudaron sus labores sin que se hubiesen satisfecho sus demandas. La lucha de los textileros se topó con

²⁵ Periódico *El Socialista*, agosto 18 de 1872, pp. 1-2, citado en Leal y Woldenberg 1980:214.

la incomprensión de los periódicos y de las fuerzas oficialistas así como del Gran Círculo de Obreros, que suspendió las relaciones con las sucursales 3 y 12 —San Fernando y La Fama— por haberse declarado en huelga independientemente de las disposiciones del Gran Círculo.²⁶

La incipiente conciencia proletaria empezó a dejarse sentir cuando los trabajadores comenzaron a darse cuenta de su situación objetiva, de su explotación por parte del capital. Sin embargo, la organización del proletariado tenía, como ya se ha mencionado, una marcada influencia del movimiento del artesanado. A medida que se agudizaban las contradicciones capital-trabajo, muchas mutualidades, principalmente de los textiles, que eran los que se encontraban mejor organizados, comenzaron a funcionar como una especie de sindicatos que luchaban por disminuir la jornada de trabajo, el mejoramiento de los salarios, en contra del despido injustificado y los malos tratos por parte del patrón, etcétera.

Después del segundo congreso del Gran Círculo de Obreros de México, efectuado en 1880, se inició un estancamiento del movimiento obrero debido a la persecución del gobierno de Porfirio Díaz contra todo acto de oposición a su régimen. Los periódicos socialistas y liberales fueron clausurados; los líderes obreros se corrompieron en su mayoría a tal grado que postularon en reiteradas ocasiones a Díaz como candidato a la presidencia.

El porfiriato alentó y protegió las inversiones extranjeras,²⁷ incrementó las exportaciones de materias primas y creó un mercado interno para consumir la producción de las industrias que se instalaban en nuestro país; propició, en pocas palabras, un considerable auge económico, que sólo benefició a la burguesía nativa e imperialista así como al grupo de políticos e intelectuales de que se rodeó Díaz, y en mucho menor medida a las llamadas clases medias. Dicho crecimiento económico se apoyaba entre otras cosas en: 1) la consolidación de un estado liberal-

²⁶ Los datos sobre las tres huelgas descritas se tomaron de Leal y Woldenberg 1980:201-225.

²⁷ "Las inversiones norteamericanas se quintuplicaron entre 1897 y 1911. Ya en 1900 los extranjeros poseían 172 de los 212 establecimientos comerciales del Distrito Federal, y en 1911 las participaciones extranjeras alcanzaban dos terceras partes de la inversión total de México, aparte de la agricultura y las industrias artesanales". "En 1910, los extranjeros eran propietarios de una séptima parte de la superficie de México (Cockcroft 1974:23, 21).

oligárquico que concentró el poder político y económico a fin de garantizar un escenario social pacífico a los ojos de los inversionistas; 2) la explotación del campesino a través de instituciones como el peonaje y la hacienda; 3) el despojo de sus tierras al campesino y a las comunidades indígenas; 4) el apoyo al capital a fin de explotar sin límites la fuerza de trabajo industrial; 5) la supresión de los canales de protesta popular; 6) la represión de las huelgas y periódicos obreros, manteniendo un severo control sobre la clase obrera y sus demandas.

Lo anterior dio como resultado que las condiciones de trabajo y de vida de la mayoría de la población fueran cada vez más difíciles. Según el censo de 1910, "el 96.6 por ciento de los cabezas de familia rurales de México no tenía tierras. Había solamente 411 096 pequeños agricultores y 840 hacendados. Del total de la población de México, el 80 por ciento dependía de salarios agrícolas (Cockcroft 1974:31). Por otro lado, "la introducción de maquinaria moderna que ahorra mano de obra en las fábricas y en las granjas contribuyó a acentuar aún más la crisis de desempleo. Las máquinas desplazaron a muchos obreros. La industria textil, por ejemplo, que de 1877 a 1888 había duplicado su fuerza de trabajo, ahora con un sistema de producción en línea cesaba a dieciséis mil trabajadores (el 26%) entre 1895 y 1910, y obligó a cerrar los talleres artesanales y las pequeñas fábricas. La producción de las fábricas textiles aumentó un 55 por ciento" (Cockcroft 1974:47-48).

El desempleo creciente, la inflación y su consecuencia inmediata: la miseria del pueblo, eran un campo propicio para que el movimiento obrero resurgiera, pero ahora sobre nuevas bases, ya no tan idealistas como las que lo habían caracterizado décadas antes cuando se pensaba, por ejemplo, que las cooperativas eran la tabla de salvación de la clase obrera.

A pesar de la represión se organizó en 1900 el Gran Círculo de Obreros Libres y estallaron 250 huelgas durante el porfiriato. Al intentar contra las sociedades mutualistas, y con la desaparición del Gran Círculo de Obreros, la dictadura propició las tendencias anarquistas. Fue a principios del presente siglo cuando el anarquismo se convirtió abiertamente en la ideología dominante de un importante sector del movimiento obrero. Los hermanos Flores Magón, y principalmente Ricardo, recibían la influencia de Bakunin, Kropotkin y de Reclus. En 1900 los Flores Magón fundaron *Regeneración*, periódico político independiente que se dedicaría a criticar duramente al régimen de

Díaz. Los esfuerzos de los Flores Magón y de otros simpatizantes del movimiento obrero (Juan Sarabia, Baca Calderón, Villarreal, Camilo Arriaga y otros) cristalizarían en la fundación del Partido Liberal Mexicano (PLM) cuyo programa fue publicado en *Regeneración* el primero de julio de 1906. Los puntos relativos al rubro *Capital y trabajo*, que es el que aquí nos interesa analizar, son los siguientes:

1) Establecer un máximo de ocho horas de trabajo y un salario mínimo en la proporción siguiente: \$ 1.00 para la generalidad del país, en que el promedio de los salarios es inferior al citado, y de más de \$ 1.00 para aquellas regiones en que la vida es más cara y en las que este salario no bastaría para salvar de la miseria al trabajador.

2) Reglamentación del servicio doméstico y del trabajo a domicilio.

3) Adoptar medias para que con el trabajo a destajo los patronos no burlen la aplicación del tiempo máximo y salario mínimo.

4) Prohibir en lo absoluto el empleo de niños menores de 14 años.

5) Obligar a los dueños de minas, fábricas, talleres, etc. a mantener las mejores condiciones de higiene en sus propiedades y a guardar los lugares de peligro en un estado que preste seguridad a la vida de los operarios.

6) Obligar a los patronos o propietarios rurales a dar alojamiento higiénico a sus trabajadores, cuando la naturaleza del trabajo de éstos exija que reciban albergue de dichos patronos o propietarios.

7) Obligar a los patronos a pagar indemnización por accidentes de trabajo.

8) Declarar nulas las deudas actuales de los jornaleros de campo para con los amos.

9) Adoptar medidas para que los dueños de tierras no abusen de los medieros.

10) Obligar a los arrendatarios de campos y casas a que indemnicen a los arrendatarios de sus propiedades por las mejoras necesarias que dejen en ellas.

11) Prohibir a los patronos, bajo severas penas, que paguen al trabajador de cualquier otro modo que no sea con dinero efectivo; prohibir y castigar que se impongan multas a los trabajadores o se les hagan descuentos de su jornal o se retarde el pago de raya por más de una semana o se niegue al que se separe del trabajo el pago inmediato de lo que tiene ganado; suprimir las tiendas de raya.

12) Obligar a todas las empresas o negociaciones a no ocupar entre sus empleados y trabajadores sino una minoría de extranjeros. No permitir en ningún caso que trabajos de la misma clase se paguen peor al mexicano que al extranjero en el mismo establecimiento, o

que a los mexicanos se les pague en otra forma que a los extranjeros.
13) Hacer obligatorio el descanso dominical (Cockcroft 1974: 223-224).

Los puntos anteriores mencionan cuestiones fundamentales para la salud del trabajador, como son la regulación de la jornada de trabajo a ocho horas; la prohibición de explotar a menores de 14 años; el establecimiento de medidas de seguridad e higiene en los centros de trabajo y la indemnización por accidentes del trabajo. Estas y otras consideraciones en torno a las relaciones entre capital-trabajo quedarían, con algunas modificaciones, plasmadas en la constitución de 1917, concretamente en su artículo 123.

El PLM no era sólo una organización que luchaba con la pluma de sus dirigentes para conquistar mejores condiciones de trabajo y de vida para la clase trabajadora de México. Era un partido que dirigía tanto proclamas contra la dictadura como acciones concretas contra ella, como las huelgas de Cananea, Sonora (1906), y de Río Blanco, Veracruz (1906-1907), que han pasado a la historia de México por ser antecedentes de la lucha armada de 1910, ya que permitieron a la clase trabajadora cobrar mayor conciencia de la opresión de que era objeto por parte del capital que tenía el apoyo de la dictadura porfirista.

En junio de 1906 los trabajadores mineros de Cananea iniciaron una huelga para exigir la reducción de la jornada a ocho horas, el incremento del salario a cinco pesos, la introducción de un sistema de méritos que desplazara las prácticas discriminatorias de contratación, el trato respetuoso a los trabajadores y que en todos los trabajos se ocupara un 75% de personal mexicano y el resto de extranjeros. Dicha huelga fue reprimida por los dueños de la empresa con la ayuda del gobierno de Díaz, y los obreros, lejos de conseguir sus demandas, fueron masacrados. Lo mismo habría de suceder en Río Blanco siete meses después. Los trabajadores de la industria textil de los estados de Puebla y Tlaxcala se opusieron en los primeros días de diciembre de 1906 al "reglamento de noviembre" que fijaba condiciones de trabajo sumamente injustas y prohibía además, entre otras cosas, que los obreros recibieran en sus casas a familiares. Para evitar la imposición de dicho reglamento declararon la huelga en las industrias de los estados mencionados. Ante esta situación, el 24 de diciembre, los empresarios decretaron un paro patronal en todas las fábricas, que afectó a no menos de

30 mil obreros textiles de las zonas sur y centro del país. Los representantes de los trabajadores se entrevistaron con Díaz el 26 del mismo mes y le entregaron el “reglamento obrero” junto con el de los empresarios a fin de que él fuera el árbitro de la lucha entre el capital y el trabajo. El documento obrero contenía cinco demandas básicas entre las cuales destacan: aumento de los jornales, con relación a las dificultades de la labor; evitar las multas y los descuentos para las fiestas civiles o religiosas y que se les librase de pagar los instrumentos de trabajo que se destruyesen en manos del operario.

El 3 de enero de 1907 Díaz dio a conocer a la comisión obrera su resolución, que era una negativa a las demandas de los trabajadores e insistía en el sometimiento de éstos a las disposiciones vigentes antes de la clausura de las fábricas. Los obreros textiles de cinco estados tuvieron que acatar el laudo de Díaz, quien les prometió estudiar formas para mejorar su situación. Sin embargo, los trabajadores de la fábrica de Río Blanco rechazaron en su mayoría la resolución presidencial y el 7 de enero se inició la rebelión que fue duramente reprimida por el gobierno de Díaz, con un saldo de decenas de muertos y heridos.

Otra de las huelgas que tuvo influencia del PLM fue la de los ferrocarrileros, en 1908, que también fracasó al no ser satisfechas las demandas obreras.

Después de estos movimientos huelguísticos la paz porfiriana volvería a reinar por dos años más, antes que estallase en noviembre de 1910 la lucha armada para derrocar al dictador.

Al año siguiente, el 23 de septiembre de 1911, el PLM lanzó su manifiesto, en el que entre otras cosas daba cuenta de la miseria del pueblo y las repercusiones que tenía el trabajo en el sistema capitalista sobre la salud del trabajador:

El robo, la prostitución, el asesinato, el incendiarismo, la estafa, productos son del sistema que coloca al hombre y a la mujer en condiciones en que para no morir de hambre se ven obligados a tomar de donde hay o a prostituirse, pues en la mayoría de los casos, aunque se tengan deseos grandísimos de trabajar, no se consigue trabajo, o es éste tan mal pagado, que no alcanza el salario ni para cubrir las más imperiosas necesidades del individuo y de la familia, aparte de que la duración del trabajo bajo el presente sistema capitalista y las condiciones en que se efectúa, acaban en poco tiempo con *la salud del trabajador*, y aun con su vida, en las catástrofes industriales, que no tienen otro origen que el desprecio con que la clase capitalista ve a los que se sacrifican por ella (Flores Magón 1970:156; cursivas nuestras).

El párrafo anterior es un análisis sociológico de la situación imperante en la época y, sobre todo, muestra las relaciones que aquí nos interesa destacar: las condiciones de vida y de trabajo de la clase proletaria y sus repercusiones en la salud, condiciones impuestas por el sistema capitalista que explota sin miramientos a la clase de la cual extrae la plusvalía.

Es necesario tener presente que al iniciarse el movimiento armado, la clase trabajadora se encontraba todavía en proceso de formación y dispersa en diversos centros industriales, enfrentando la lucha diaria con el capital e incapaz de influir en el proceso revolucionario con un proyecto político emanado de sus bases.

Las experiencias que había tenido años antes en Cananea y Río Blanco y en otras partes de la República fueron insuficientes para conformar un vigoroso movimiento obrero. Ello implicó quedar en manos de dirigentes políticos y revolucionarios quienes utilizaron a los diversos grupos obreros para alcanzar el poder político regional o nacional y satisfacer sus intereses personales.

Como sabemos, los intereses de clase de Madero fueron un factor determinante para que no cumpliera con las demandas de los sectores obrero y campesino en los que se apoyó para luchar contra la dictadura porfirista. Desde antes de iniciarse la revolución había declarado en Orizaba (abril de 1910) "que no era obligación del gobierno procurar el aumento de salarios a los trabajadores ni la reducción de la jornada, sino proporcionar un sistema de gobierno democrático que permitiera la formación de organizaciones obreras fuertes" (Barry Carr, I: 64).

Paralelamente a la efervescencia político-revolucionaria que se dejaba sentir en todo el país contra la dictadura, se empezó a observar la inquietud de diversos grupos obreros por organizarse y defender mejor sus derechos frente al capital, ya que durante el gobierno porfirista se había operado una drástica disminución en el salario real que se ha calculado aproximadamente en un 25 por ciento (*ibid.*: 16).

En la capital estuvieron a la cabeza los obreros y artesanos calificados, ya que de marzo a octubre de 1911 se formaron sindicatos de sastres, albañiles, impresores, carpinteros, cocheros y otros artesanos. En el

puerto de Veracruz fueron establecidas organizaciones semejantes de artesanos, y en enero de 1912, por iniciativa del Sindicato de Panaderos, se creó una central local, la Confederación de Sindicatos Obreros. En julio de 1911 los mineros de la zona carbonífera del estado norteño de Coahuila formaron lo que después fue uno de los sindicatos más grandes e influyentes del país, la Unión Minera Mexicana. En otras partes de la República los ferroviarios, cargadores, tranviarios y muchos otros grupos establecieron sus sindicatos (*ibid.*: 61).

En junio de 1911 estallaron diversas huelgas en todo el país, con lo que el incipiente movimiento obrero reiniciaba su lucha contra el capital, después de varios años en que la dictadura porfirista había prácticamente eliminado los brotes de descontento obrero mediante la represión y el encarcelamiento de sus líderes.

En 1912 se funda la Casa del Obrero Mundial (COM) con una fuerte influencia de la corriente anarcosindicalista. Dicha organización comenzó a afiliarse a muchos de los sindicatos ya existentes y otros se fundaron bajo su amparo. Durante el primer año de su existencia tomó parte en más de setenta huelgas (*ibid.*: 63).

El reformismo burgués de Madero no permitió impulsar la organización obrera a fin de que la revolución encontrara en ella un sustento para luchar contra los intereses de las clases dominantes que aquél dejó finalmente intactos.

Al subir al poder Victoriano Huerta, tras asesinar a Madero (febrero de 1913), la Casa del Obrero Mundial continuó subsistiendo hasta mayo del año siguiente en que el nuevo dictador ordenó su clausura y la detención de sus dirigentes. La Casa abriría sus puertas en agosto del mismo año.

Al triunfar las fuerzas constitucionalistas encabezadas por Carranza y Obregón contra la dictadura huertista (julio de 1914), y en la que desempeñaron un papel decisivo las fuerzas villistas y zapatistas, sobrevino la ruptura entre los dos grupos (constitucionalistas y Villa-Zapata), cada uno de los cuales buscaba imponer al país su propio programa, ya que se consideraban como los legítimos herederos de las aspiraciones del pueblo mexicano.

El 6 de enero de 1915 Carranza expide una ley que declara nula la enajenación de tierras comunales efectuada a raíz de la Ley Lerdo de 1856, con lo que pretendía restituir la tierra a las comunidades indígenas y restar a Villa y Zapata su base social.

En ese mismo año, Carranza logra el apoyo de la Casa del Obrero Mundial para combatir a Villa y Zapata con la promesa de que el gobierno dictaría leyes a favor de los obreros. La COM ofreció seis batallones (que recibieron el nombre de "batallones rojos") a fin de cumplir con el acuerdo que celebraron sus dirigentes y el gobierno de Carranza, lo cual significaba que la Casa dejaba su ostracismo que ella misma se había impuesto siguiendo los principios anarcosindicalistas en que se apoyaba.

El destino de la COM quedó ligada a los intereses del jefe revolucionario que mucho distaban de ser los de la clase trabajadora. Ello se comprobó meses más tarde, a principios de 1916, cuando Carranza no sólo no cumplió su promesa de proteger a la clase obrera sino que inició su represión en toda la República deteniendo a sus dirigentes y cerrando sus locales. Los grupos obreros organizados declararon la huelga general en julio-agosto de 1916 como respuesta a la política represiva de Carranza, quien desató una mayor represión y el 2 de agosto de ese año la Casa dejó de existir.

A partir de esa fecha las huelgas quedaron prohibidas hasta principios de 1917.

Al promulgarse la Constitución (febrero de 1917), se inicia el camino para institucionalizar a la revolución, es decir, para evitar que los grupos revolucionarios que todavía existían en diversas partes de la República atentaran contra el nuevo orden que imponía la Revolución. Dicha situación no alteraba sustancialmente el estado de cosas reinante durante la dictadura porfirista aunque formalmente se abrían los marcos legales para que pudieran llevarse a cabo diversas reformas que exigían los campesinos y obreros, sobre todo aquellos grupos que habían participado en el movimiento armado. Así, el artículo 27 de la nueva Constitución reconoce los derechos de los campesinos y el 123, los de los obreros.

En este último, que es el que nos interesa analizar, se estipulan una serie de medidas tendientes a proteger a la fuerza de trabajo contra la explotación despiadada de que venía siendo objeto por parte del capital. Estas medidas son: duración de 8 horas de la jornada; prohibición de labores insalubres o peligrosas para las mujeres y los menores de dieciséis años, y de la utilización del

trabajo de los menores de catorce años; disfrutar cuando menos de un día de descanso a la semana; proporcionar salarios mínimos generales que sean “suficientes para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia, en el orden material, social y cultural”; se responsabiliza a los empresarios de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, por lo que deberán pagar la indemnización correspondiente; se obliga al patrón a observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento y a adoptar medidas adecuadas para prevenir accidentes y organizar el trabajo de tal manera que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores; “las huelgas serán lícitas cuando tengan por objeto conseguir el equilibrio entre los diversos factores de la producción, armonizando los derechos del trabajo con los del capital”. Se considera de utilidad pública la ley del seguro social (cajas de seguros populares en la versión inicial de este apartado) y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otros con fines análogos (se agregan después —a raíz de reformas constitucionales— los seguros de vejez y enfermedades).

Dentro de este marco legal se buscaba que la protección de la fuerza de trabajo permitiera a su vez la consolidación de las relaciones sociales capitalistas e imponer la “ideología de la revolución mexicana”: conciliar los intereses del trabajo con los del capital, es decir, mediatizar la lucha de clases al indicar los canales legales para dirimir los conflictos antagónicos entre la clase trabajadora y la clase burguesa.

Tal ideología se manifiesta además en la concepción que se tiene de los seguros sociales, tal como se expresa en el documento sobre la exposición de motivos del Proyecto de Reformas Constitucionales presentado el 13 de enero de 1917 al Congreso Constituyente:

Se impone no sólo el aseguramiento de las condiciones humanas del trabajo, como las de salubridad de locales... y garantías para los riesgos que amenacen al obrero en el ejercicio de su empleo, sino también fomentar la organización de establecimientos de beneficencia e instituciones de previsión social para asistir a los enfermos, ayudar a los inválidos, socorrer a los ancianos, proteger a los niños abandonados, auxiliar a ese gran ejército de reservas de trabajadores parados in-

voluntariamente que constituyen *un peligro inminente para la seguridad pública* (Citado por Miguel García Cruz: 54-55, subrayado nuestro).

Con la revolución de 1910 cambiaron los dirigentes políticos del país y pudieron satisfacerse, aunque a medias, algunas aspiraciones como en el caso de los campesinos a muchos de los cuales la Revolución les dotó de una parcela que se ha convertido en una patente de pobreza ya que la reforma agraria no ha podido ser integral (dotación de asistencia técnica y crediticia). A los obreros se les proporcionó, debidamente institucionalizado, un instrumento en su lucha contra el capital: *la huelga* y los marcos legales para que se expidieran más tarde la Ley Federal del Trabajo (1931) y la Ley del Seguro Social (1943).

El nuevo Estado que surge de la Revolución busca ante todo consolidar el desarrollo de las relaciones capitalistas de producción y satisfacer aquellas demandas del proletariado y de las clases populares que no atenten contra las “instituciones surgidas de la Revolución”. Estas instituciones buscan mantener ante todo, el poder económico y político de las clases dominantes. Por lo tanto, el desarrollo del movimiento obrero debe situarse en este contexto a fin de comprender las limitaciones de sus luchas sindicales que buscan fundamentalmente mejorar los niveles salariales y las condiciones de trabajo.

A pesar de que la Revolución permitió el surgimiento de un nuevo Estado capaz de imprimir un nuevo impulso al capitalismo, cuyo desarrollo había entrado en crisis durante los últimos años del porfiriato,

la burguesía en México no reconoce a la revolución de 1910 como suya y se espanta del contenido de la Constitución que garantiza la lucha económica de los obreros, aunque sólo sirva de aliciente para los negocios burgueses. Pero así como se engaña la burguesía al no reconocer la revolución como suya, el *proletariado se engaña también* al creer que al menos en parte es suya, puesto que se le *imprime* la idea de que la revolución, en su desarrollo, afirmará las conquistas del obrero hasta liberarlo totalmente, haciéndole creer que el artículo 123 es la garantía de su libertad y la destrucción del capitalismo. (Severo Iglesias: 58).

Que el nuevo Estado estaba de parte de la clase económicamente poderosa y que no bastaba formular en papel los derechos

de los trabajadores, lo vendría a demostrar la represión de la huelga de los obreros textiles en Puebla en la primavera de 1918. Dicho movimiento “duraría 77 días, alcanzaría cuarenta fábricas y envolvería la participación activa, la solidaridad y los sentimientos de la clase obrera organizada” (González Casanova: 62). Paradójicamente, la nueva organización obrera que surgiría por esas fechas a la escena de las luchas sindicales de México (la Confederación Regional Obrera Mexicana, CROM) nacía bajo la protección del gobierno del Estado de Coahuila, después de varios meses de preparativos que comenzaron en Tampico en diciembre de 1917.

Con la creación de la CROM en mayo de 1918, se inicia “el desarrollo moderno del movimiento obrero organizado en México” (B. Carr, I:127) y una etapa de amplia colaboración con el gobierno en turno —salvo algunas discrepancias esporádicas—, que continuaría con la fundación de la Confederación de Trabajadores de México (CTM) en 1936, durante el régimen de Lázaro Cárdenas. Esto ha significado el control de las luchas obreras por parte del Estado nacido de la revolución democrático-burguesa, con el fin de evitar que desborden el marco económico, político, jurídico e ideológico en que se sustenta nuestra organización social capitalista.

6. Características de la formación social mexicana y sus repercusiones en la salud-enfermedad de la población

"...las epidemias artificiales son atributos de la sociedad... ocurren como el resultado de las contradicciones sociales, y también como manifestaciones significativas del proceso histórico..."

Rudolf Virchow, Medizinische Reform,
1848

México, una economía dependiente

Las características del desarrollo económico y sus repercusiones en los distintos órdenes de la vida social de nuestro país, encuentran su explicación en el modelo de desarrollo que ha seguido a partir fundamentalmente de la década de los cuarenta en que se inicia *el proceso de industrialización que permitiría la sustitución de importaciones*, aprovechando la coyuntura de la segunda confrontación bélica mundial. A partir de entonces, el desarrollo de la economía mexicana, al formar parte del sistema capitalista a nivel mundial y por determinadas circunstancias históricas, ha adquirido plenamente una configuración especial como sucede con el resto de las economías latinoamericanas: la de ser una economía capitalista dependiente.

Importa destacar que esta realidad se empieza a conformar desde la época colonial cuando los países latinoamericanos se convierten en productores de materias primas, debido a la división internacional del trabajo, para satisfacer las necesidades de acumulación capitalista de las economías centrales, principalmente Inglaterra (que a principios del presente siglo empieza a ser desplazada por los Estados Unidos). Así, las características que asume el desarrollo del capitalismo en los países centrales y

la consecuente división del trabajo a nivel internacional, “configura la dependencia, entendida como una relación de subordinación entre naciones formalmente independientes, en cuyo marco las relaciones de producción de las naciones subordinadas son modificadas o recreadas para asegurar la reproducción ampliada de la dependencia” (Marini, 1977b:18).

A medida que los países capitalistas centrales penetran con mayor fuerza en las economías periféricas, se vuelve indispensable construir en éstas una infraestructura (carreteras, puertos, etcétera) que permita, en forma rápida y segura, exportar las materias primas que aquéllos requerían para su producción industrial. Aunado a esto, se observa la necesidad de crear las condiciones sanitarias para una explotación mayor de las zonas agrícolas y mineras en las que preveían enfermedades como la malaria, la fiebre amarilla y la anquilostomiasis.

Las políticas sanitarias de los países centrales se extienden, a fines del siglo pasado y a principios del presente, a los países africanos, asiáticos y latinoamericanos. Ello se debió tanto a la necesidad de facilitar el acceso a las zonas de explotación a la población europea y estadounidense que llegaba a los países atrasados a organizar y dirigir los procesos productivos en las plantaciones y minas, como a la necesidad de mejorar las condiciones de salud de los trabajadores nativos, todo lo cual contribuiría, como se demostró más tarde, a incrementar la producción.

De esta forma, los descubrimientos en el campo de la medicina y de la salud pública en general, se ponen al servicio de los intereses colonialistas y neocolonialistas para erradicar las epidemias y las enfermedades endémicas que diezaban a la población y reducían su capacidad productiva (en 1899 se organiza la Escuela de Medicina Tropical de Londres y a principios de este siglo, se crea la Comisión Sanitaria Rockefeller en los Estados Unidos). Esto facilitó la penetración imperialista a las economías atrasadas al eliminar o reducir aquellos problemas de salud pública que afectaban la producción o que impedían el acceso a aquellas zonas todavía no explotadas pero con amplios recursos naturales.

Puede decirse por lo tanto, que el capitalismo utilizó —y lo sigue haciendo— los descubrimientos y desarrollos de las ciencias

de la salud para ayudar a subordinar aún más a las economías atrasadas a fin de incrementar la acumulación capitalista en los países centrales.

Esta situación de subordinación ha sido impuesta por las economías hegemónicas (centrales) para reproducir y mantener las relaciones de dominación y explotación de unos países sobre otros, primero mediante la fuerza de las armas (época colonial) y después, empleando otras formas más sutiles de dominación, aunque no por ello se descarta la intervención política y militar. Pueden citarse, por ejemplo, las inversiones y la introducción de tecnología cada vez más avanzada para las necesidades internas de los países dependientes, o mediante las presiones que ejercen los organismos internacionales de crédito como el Fondo Monetario Internacional (FMI) que responde a los intereses de las economías desarrolladas. Este organismo, como lo demuestra un especialista, “no sólo no corrige los problemas de desequilibrios externos que presentan los países en desarrollo, sino que además agudizan los problemas de distribución inequitativa del ingreso y desempleo, razones por las cuales los gobiernos de muchos países se ven en las necesidad de adoptar medidas autoritarias de represión social” (René Villarreal, 1980:2).

Sin duda, la situación concreta de los países latinoamericanos —con excepción de Cuba— se deteriora²⁸ cada vez más como resultado de la dependencia económica y tecnológica que tienen con respecto al capitalismo internacional, el cual ha influido en la determinación de la estructura y organización social de los países de la región, afectando la vida económica, política, social y cultural, así como la salud y el bienestar de la población.

Uno de los resultados de la intervención de los países capitalistas desarrollados en las economías atrasadas latinoamericanas,

²⁸ Al respecto, el Fondo Monetario Internacional señala que “América Latina disminuirá este año su crecimiento económico, en tanto que la inflación continuará golpeando al continente... la deuda externa global de los países latinoamericanos será, al finalizar el año (1981), de aproximadamente 200 mil millones de dólares. El crecimiento del Producto Nacional Bruto (PNB) real será en 1981 de 5.5 por ciento, y la inflación global alcanzará más del 60 por ciento, en tanto que se ampliará el déficit en la cuenta corriente a más de 40 mil millones de dólares” según apunta el documento titulado “Perspectivas de la economía mundial” del Fondo Monetario Internacional (Periódico *UnomásUno*, 20 de julio de 1981:11).

ha sido la concentración de los capitales en aquellas zonas que disponen de los medios de producción necesarios para satisfacer los requerimientos de la acumulación capitalista (materias primas, medios de transporte, vías de comunicación, fuerza de trabajo abundante y barata, etcétera). Esto ha conducido a generar y mantener un desequilibrio interno que se expresa en la concentración de las actividades económicas, políticas, culturales y de los servicios médicos en aquellas zonas donde más se desarrolla el capitalismo.

Tal situación ha dado origen a fenómenos de emigración del campo a las ciudades debido a las ineficaces reformas agrarias (falta de un reparto equitativo de la tierra e insuficiente o deficiente asesoría técnica y ayuda crediticia). Aunado a esto, se observa una presencia cada vez mayor de relaciones capitalistas en las actividades agropecuarias, lo cual conlleva al desplazamiento de fuerza de trabajo que busca acomodo en las actividades industriales o del sector servicios de las zonas urbanas.

Esto conduce al crecimiento incontrolado de las ciudades, que se acentúa a partir de la década de los cincuenta cuando se aceleran los procesos de industrialización en los países latinoamericanos (empero, no todas las ciudades crecen con el mismo ritmo; en algunas el incremento poblacional es de tal magnitud, que en pocos años llegan a concentrar un porcentaje considerable de la población del país: Cd. de México, Buenos Aires, Lima, Caracas, entre otras).

Esta situación crea serios problemas de urbanización ya que el espacio susceptible de habitarse, se vuelve en las ciudades técnica y socialmente insuficiente. Se crean entonces zonas proletarias y las llamadas "ciudades perdidas" y cinturones de miseria (en Chile se le conoce como callampas, en Brasil, favelas y en Venezuela, ranchos) que carecen de algunos o de todos los servicios básicos (drenaje, agua potable, recolección de basura, luz eléctrica, servicios médicos, etcétera).

Las ciudades se convierten en forma cada vez más rápida en lugares perjudiciales para la salud de la población debido a los procesos de industrialización, urbanización y emigración campocidad desordenados que originan, por un lado, una creciente contaminación ambiental y, por el otro, un desempleo y sub-

empleo cada vez mayor —por la incapacidad de las estructuras urbanas de absorber toda la fuerza de trabajo proveniente del campo y del crecimiento natural de las ciudades—. Sin duda, ello ocasiona que una parte importante de la población carezca de vivienda salubre y de los servicios básicos, así como de una nutrición suficiente y adecuada y de otros elementos fundamentales para el bienestar de la población. Esto origina hacinamiento, desnutrición, enfermedades infecciosas y parasitarias que afectan la salud y reducen la esperanza de vida de la población, sobre todo la que conforma el proletariado.

Dicha situación encuentra su explicación en la forma en que ha penetrado y desarrollado el capitalismo en nuestros países, situación que permite el desarrollo de la dependencia y genera problemas estructurales en las formaciones sociales dependientes.

Si nos centramos en México, la exposición de algunos datos estadísticos mostrará con mayor claridad y precisión el fenómeno de la dependencia con respecto al capitalismo internacional, concretamente con Estados Unidos, el cual, por diversas circunstancias históricas y geopolíticas ha influido predominantemente en la conformación de las estructuras económicas, políticas y sociales de nuestro país.

A partir de 1980, México se constituyó en el tercer cliente de Estados Unidos. Así el país depende en 62 por ciento del mercado del norte en sus operaciones de compraventa, transacciones que sólo representan 6 por ciento de las negociaciones internacionales estadounidenses. En el año mencionado, el 61.6 por ciento de las ventas totales del país (por 9 mil 467 millones de dólares) tuvieron como destino Estados Unidos, en tanto que 62.3 por ciento de las importaciones mexicanas provienen de dicho país (12 mil 155 millones de dólares), lo cual indica un déficit de 2 mil 688 millones de dólares.²⁹

La dependencia se manifiesta además en que México se ha convertido en un país monoexportador de un producto sujeto a fuer-

²⁹ Víctor Manuel Juárez, "Por cada producto que exportan trasnacionales, importan ocho", Periódico *Unomásuno*, 6 de junio de 1981:14. La balanza comercial para 1981 siguió siendo desfavorable para México ya que se importaron 583 mil 266 millones de pesos y se exportaron 478 mil 607 millones de pesos (Juan María Alponente, "Exportar e importar en la devaluación", Periódico *Unomásuno*, 12 de abril de 1981:8).

tes presiones internacionales, principalmente de las economías altamente desarrolladas. Este producto es el petróleo, que en 1981 representó el 75.32 por ciento del total de las exportaciones mexicanas³⁰, siendo el principal cliente los Estados Unidos, para quien el petróleo mexicano significa (junio de 1982) el 22.2 por ciento del total de las importaciones de este producto. México ha desplazado del primer lugar como proveedor de Estados Unidos, a Arabia Saudita, quien en ese mes sólo proporcionó el 17 por ciento del petróleo que compra Estados Unidos.³¹

Es importante señalar que:

La economía exportadora es algo más que el producto de una economía internacional fundada en la especialización productiva; es una formación social basada en el modo capitalista de producción, que acentúa hasta el límite las contradicciones que le son propias. Al hacerlo, configura de manera específica las relaciones de explotación en que se basa, y crea un ciclo de capital que tiende a reproducir en escala ampliada la dependencia en que se encuentra frente a la economía internacional (Ruy Mauro Marini, 1977b:53).

Con base en estas reflexiones teóricas y en los datos empíricos expuestos, podemos señalar que la esperanza del régimen de López Portillo de utilizar el petróleo para desarrollar nuestra economía ha resultado contraproducente por la dependencia cada vez mayor del país, sin que ello se traduzca en un mejoramiento real de las condiciones de trabajo y de vida del proletariado.

La dependencia ha acentuado las contradicciones y la desigualdad social al intensificarse en una reducida parte de la población la concentración de la riqueza, en tanto que la mayoría ha visto disminuida su participación en el ingreso nacional. El desarrollo de la dependencia acentúa el desarrollo de las relaciones de explotación, lo cual beneficia a la clase burguesa al disponer —entre otras cosas— de fuerza de trabajo en condiciones que permitan un mayor incremento de la acumulación capitalista.

El fenómeno de la dependencia se presenta también en el ámbito financiero por la creciente deuda externa del país, que “as-

³⁰ Juan María Alponente, “Exportar”..., *ibid.*

³¹ Periódico *Unomásuno*, “México fue el principal proveedor de crudo a Estados Unidos durante el pasado junio: *Oil User News*”, 8 de agosto de 1982:12.

cendió en julio de 1982 a 76 mil millones de dólares, de la cual corresponde 80 por ciento al sector público y 20 por ciento al privado... el pago por intereses de la deuda pública y privada, documentada, alcanzaba en 1978 a 2 mil 606 millones de dólares, mientras que en 1981 correspondía a 8 mil 200 millones de dólares” (VI Informe de Gobierno de José López Portillo).

Con respecto a las inversiones extranjeras (las que en su mayoría provienen de Estados Unidos), los datos estadísticos muestran una situación cada vez más drástica por sus efectos en la economía nacional debido a que las utilidades de las empresas extranjeras se remiten en su mayor parte a sus países de origen, limitando la creación de fuentes de empleo. Según datos del Banco de México:

La inversión extranjera directa en nuestro país alcanzó en el primer trimestre de este año (1981) 380 millones de dólares, y superó en 178 por ciento la contabilizada hace un año durante el mismo periodo..., hasta marzo (1981) las empresas extranjeras instaladas en la nación remitieron al exterior, tanto por pago de utilidades, como por intereses y regalías, 653 millones de dólares, cifra que representa 41.59 por ciento del total de 1980 y el 66.42 por ciento de 1979. El año anterior (1980) el total de la inversión extranjera en el país totalizó 963 millones de dólares, es decir, 298 millones más que en 1979. Sin embargo, los 380 millones de dólares contabilizados hasta marzo del presente año (1981) representan 39.46 por ciento de la suma de hace un año, y 57.14 por ciento de 1979, lo que significa que *la entrada de inversión foránea al país va en aumento.*³²

³² A 380 millones de dólares llegó la inversión extranjera directa en el primer trimestre”, Periódico *Unomásuno*, 15 de julio de 1981 (subrayado nuestro). Según datos del Banco de México, “del total de la inversión extranjera directa instalada en México, Estados Unidos continúa a la vanguardia en cuanto al número de inversionistas foráneos en el país. En 1978, del total registrado, el vecino país del norte ocupaba 68.75 por ciento, Inglaterra 5.6 por ciento, Alemania Federal 4.2 por ciento, Suiza 4 por ciento y Japón 3.1 por ciento” (*ibid*). Los datos presentados sobre exportaciones, importaciones e inversiones dan cuenta de la creciente dependencia económica y política de nuestro país respecto de los Estados Unidos, a pesar de lo que en contrario exprese el Presidente de la República quien recientemente afirmó que “el contacto con Estados Unidos, el país más poderoso de la tierra, exige a México, ‘características muy recias para no ser atropellado ni borrado del mapa, pero esto se ha conseguido y debemos estar satisfechos de nuestra independencia económica y política’”. Isabel Zamorano, Periódico *Unomásuno*, 4 de agosto de 1981:1,11.

Este fenómeno encuentra su explicación en la crisis permanente del sector externo de los países de la región que no ha permitido satisfacer las necesidades crecientes de elementos de capital constante exclusivamente a través del intercambio comercial. Es por ello que adquiere singular relevancia la importación de capital extranjero bajo la forma de financiamiento e inversiones directas en la industria (Ruy Mauro Marini, 1977b;66-67).

El incremento de la inversión extranjera se encuentra apoyado por el Estado mexicano en tanto que garantiza un marco político-jurídico acorde con los intereses del capital, así como el fortalecimiento de las relaciones de producción vigentes a fin de permitir la reproducción ampliada del capital.

Los datos estadísticos presentados muestran que el capital extranjero se adueña cada vez más de la economía nacional, lo cual trae consigo mayor dependencia respecto del exterior, pero una dependencia que tiene determinadas características ya que “por las condiciones económicas de los países avanzados, en que son mayores los niveles tecnológicos y de capital mínimo exigido para la puesta en marcha de la producción, la inversión extranjera, al incidir en una economía más atrasada, provoca de golpe una fuerte concentración del capital y conduce prontamente a la centralización” (Ruy Mauro Marini, 1977a:20), es decir, a un aumento de la acumulación de capital y a una reducción del número de capitalistas debido a las fusiones o absorciones de empresas.

El incremento enorme de la industria y el proceso notablemente rápido de concentración de la producción en empresas cada vez mayores, constituyen una de las particularidades más características del capitalismo (Lenin, 1975:12), y da lugar a un fenómeno singular: “el monopolio (que) es la última ‘fase más reciente del desarrollo del capitalismo’” (*ibid*:32).

Las estadísticas del Censo Industrial de 1975 (último censo disponible), muestran la presencia de la concentración y centralización del capital como una de las características que asume la producción capitalista en la economía dependiente mexicana. Por un lado, existe una gran cantidad de pequeños capitales dispersos en una inmensidad de pequeños establecimientos (el 90.16 por ciento del total de establecimientos), con una significación muy pequeña en la producción de la industria (el 13.0 por ciento

de la producción), frente a pocos, pero grandes capitales, concentrados en una pequeña cantidad de industrias (el 0.63 por ciento), y que generan el 60 por ciento de la producción industrial.

El desarrollo capitalista ha repercutido en diversos órdenes de la vida social, creando serios problemas que no pueden encontrar solución dentro de los marcos de la estructura y organización social existentes en nuestro país. Los problemas ocasionados tanto por la dinámica del desarrollo capitalista a nivel mundial como por las características particulares que el capitalismo ha adoptado en México, influyen de manera directa o indirecta, mediata o inmediata en la problemática de salud de la población. Se configuran cuadros de enfermedad que son producto de determinadas relaciones sociales de producción que mantienen los individuos en una formación social históricamente determinada para apropiarse de la naturaleza y producir los medios necesarios para su subsistencia.

Las características del desarrollo capitalista también repercuten en las políticas de salud del Estado mexicano y, consecuentemente, en las posibilidades de acceso real de los diversos sectores de la población a los distintos sistemas de atención médica.

Problemas resultantes del desarrollo capitalista dependiente.

La superexplotación del trabajo

La situación a que ha sido conducido nuestro país por el capitalismo a nivel mundial, al igual que el resto de América Latina, de contribuir a la acumulación capitalista en los países centrales, conllevó necesariamente el establecimiento de bases estructurales a fin de facilitar los procesos de acumulación en tales países. Esto ha dado como consecuencia que se generen formas y mecanismos políticos, ideológicos y jurídicos para una mayor explotación del trabajo, que no se presenta de igual manera en todos los países ni en todos los sectores de la economía, por el hecho de que existe diferente desarrollo de las fuerzas productivas, diversos grados de concentración de capital y de composición orgánica del mismo, así como distintas condiciones técnicas de producción.

Podemos observar entonces una *superexplotación del trabajo*

en nuestro país, al igual que en el resto de América Latina, que se presenta con mayor claridad en determinadas industrias y grupos de trabajadores, por ejemplo, en los que laboran en la construcción, en la industria extractiva y en la agricultura, y en los trabajadores sin calificación y los que laboran de manera eventual, a destajo y horas extraordinarias. Esto no significa que los trabajadores de las otras industrias, o que tienen cierta calificación, no se encuentren superexplotados. Comparten tal situación en la medida en que, por ejemplo, en las industrias con una elevada intensidad del trabajo, producen más plusvalía para el capitalista, lo que conlleva a un mayor desgaste físico y psíquico que origina un envejecimiento prematuro. El salario aunque sea alto, no compensa el desgaste elevado de la fuerza de trabajo.

Esta superexplotación, en la que intervienen “tres mecanismos identificados —la intensificación del trabajo, la prolongación de la jornada de trabajo y la expropiación de parte del trabajo necesario al obrero para reponer su fuerza de trabajo— configuran un modo de producción fundado exclusivamente en la mayor explotación del trabajador, y no en el desarrollo de su capacidad productiva, (lo que) es congruente con el bajo nivel de desarrollo de las fuerzas productivas en la economía latinoamericana” (Ruy Mauro Marini, 1977b:40).

Importa subrayar que tales mecanismos no se presentan de igual manera en las distintas ramas de la economía, y dentro de una misma rama o industria, puede haber diferencias en tanto que en algunas predomina la intensidad del trabajo; en otras, se observa una prolongación de la jornada o se remunera a la fuerza de trabajo por debajo de su valor.

El problema de la superexplotación del trabajo no puede verse en forma exclusivamente economicista —como una forma de generar más ganancia— aislado de las estructuras sociales y políticas del país. La superexplotación se encuentra vinculada con el fenómeno del desempleo, con el desarrollo socioeconómico y las características de la estructura del poder, así como con la organización del movimiento obrero y el nivel de la lucha de clases. Todo esto configura las modalidades que asume en nuestro país la superexplotación del trabajo.

Estamos de acuerdo por ello, con lo que plantea Ruy Mauro

Marini en el sentido de que “las implicaciones de la superexplotación trascienden el plano de análisis económico y deben ser estudiadas también desde el punto de vista sociológico y político” y, nosotros agregamos, *el de la salud*, en tanto que tal fenómeno lo resienten seres de carne y hueso que enfrentan condiciones concretas de trabajo y de vida que dañan su salud.

La superexplotación del trabajo repercute, sin duda, en un mayor deterioro de la salud de los obreros al no permitírseles la adecuada conservación y reproducción de la fuerza de trabajo por las condiciones de trabajo y de vida en que se encuentran: mayor número de horas de trabajo, ritmos acelerados de trabajo, condiciones insalubres del ambiente laboral, menores prestaciones sociales, salario por debajo del mínimo, etcétera).

Lo anterior genera mayores problemas de salud, por ejemplo, más enfermedades infecciosas y desnutrición, más accidentes de trabajo, así como envejecimiento prematuro y reducción de la esperanza de vida del obrero y de su familia.

En el capítulo 8 exponemos con mayor amplitud las características que asume la superexplotación del trabajo —en relación con la intensidad y prolongación de la jornada— y sus repercusiones en la salud de los obreros de algunas industrias.

Respecto del tercer mecanismo de la superexplotación (remunerar la fuerza de trabajo por debajo de su valor), existen investigaciones empíricas para demostrar su presencia en la realidad mexicana (Véase: Jaime Osorio Urbina, “Superexplotación y clase obrera: el caso mexicano” y Guillermo Farfán Mendoza, *et al. Una aproximación al valor de la fuerza de trabajo en México* (tesis profesional).

El desempleo

Otro de los problemas generados por el desarrollo capitalista dependiente, vinculado íntimamente con el anterior, es el creciente desempleo producto de las leyes objetivas que observa implacable el desenvolvimiento del modo de producción capitalista. La Ley General de la Acumulación Capitalista expuesta por Marx en el siglo pasado continúa teniendo vigencia en una realidad concreta como la nuestra: “*Cuanto mayores son la riqueza social, el capital en funciones, el volumen y la intensidad de su cre-*

cimiento y mayores también, por tanto, la magnitud absoluta del proletariado y la capacidad productiva de su trabajo, tanto mayor es el ejército industrial de reserva” (Marx 1973a, I:546).

Los datos empíricos sobre nuestra realidad social demuestran la validez de dicha Ley. El documento sobre el Plan Nacional de Empleo señala que:

El desempleo y a concentración de la riqueza en pocas manos son productos de un esquema de desarrollo propiciado por el Estado. El resultado de ese modelo es hoy el siguiente: ocho millones de subempleados o desempleados encubiertos, un millón 400,000 desempleados abiertos, y más de 700,000 personas sin absolutamente ningún trabajo e ingreso. Paralelamente, se dio un acaparamiento de la riqueza: el 5 por ciento del total de familias —500,000— poseen más del 25 por ciento del total del ingreso familiar. El 10 por ciento de las familias más pobres “han visto disminuida sistemáticamente su participación en el ingreso familiar. Paralelamente, el 10 por ciento de las familias más ricas aumentó su participación en el ingreso familiar”.³²

El problema del desempleo y subempleo en nuestro país se ha agudizado como producto de la crisis económica por la que atraviesa el capitalismo a nivel mundial y a pesar de la política de creación de empleos que lleva a cabo el estado mexicano, ya que las nuevas fuentes de trabajo que se generen (se piensa crear entre 1980 y 1982 2.2 millones de nuevos empleos)³³ resultan insuficientes, ya no para resolver este problema —que como sabemos es estructural— sino para evitar que la situación se deteriore cada vez más. Para 1981 la Confederación de Trabajadores de México y el Congreso del Trabajo calculan tan sólo para el Distrito Federal la existencia de 800 mil desocupados y dos millones de subempleados.³⁴

³² Carlos Ramírez, “El Plan Nacional de Empleo prevé su propio fracaso”, *Proceso*, 29 de octubre de 1979, p. 6.

³³ Juan María Alponente, “Los 700 mil empleos anuales”, *Unomásuno*, 5 de diciembre de 1980, p. 14. En el VI Informe de Gobierno del Presidente José López Portillo (1^o de septiembre de 1982) se señala que en los últimos cuatro años se han creado 4 millones 258 mil nuevos puestos de trabajo. A pesar de esto, el desempleo es un fenómeno que se ha acentuado en los últimos meses por la crisis profunda que atraviesa el país, reflejo en gran medida de la crisis del sistema capitalista a nivel mundial.

³⁴ “800 mil desocupados y dos millones de subempleados en el D.F.”, *Unomásuno*, 10 de julio de 1981, pp. 1 y 26.

El desempleo permanente es, pues, una característica esencial, intrínseca, de las sociedades donde prevalece el modo de producción capitalista, y es resultado del aumento de la productividad del trabajo, *en las condiciones capitalistas de acumulación*, ya que la acumulación del capital, al incorporar necesariamente mejoras tecnológicas, tiene dos efectos contradictorios: por una parte, significa un incremento de la masa del capital invertido (es decir, un aumento del capital constante y capital variable), que permite crear empleos; por otra parte, va acompañada de un aumento de la productividad del trabajo, de un aumento de la composición orgánica del capital (mayor capital constante invertido en relación al capital variable), lo cual actúa como un destructor de empleos (Salama y Valier 1976:109,111). De aquí se deduce una ley que puede expresarse en los siguientes términos: "*La acumulación capitalista produce constantemente, en proporción a su intensidad y a su extensión, una población obrera excesiva para las necesidades medias de explotación del capital*, es decir, una población obrera *remanente o sobrante* (Marx 1973a, I:533).

Aunado al problema del desempleo y subempleo se encuentra el proceso inflacionario acelerado que en 1978, según datos del Banco de México, fue de 16.2 por ciento, en 1980 de 29.8 por ciento y en 1982 ascendió al 98.8 por ciento, así como la política gubernamental de "topes" salariales que limita las demandas económicas de la clase obrera organizada. A ello hay que agregar la devaluación del peso mexicano en febrero de 1982 y sus repercusiones en la clase trabajadora.

La situación descrita afecta de distinta manera al conjunto de la sociedad, puesto que la clase más expuesta al desempleo o subempleo y a la que más afectan el proceso inflacionario y la devaluación del peso es la clase trabajadora. Esta realidad objetiva es el resultado de la forma en que los individuos y grupos sociales se relacionan con los medios de producción: la mayoría de la población —el proletariado industrial y campesino, el subproletariado urbano, entre otros sectores de la clase trabajadora— sólo poseen su fuerza de trabajo para subsistir, en tanto que la clase burguesa (industrial, comercial, financiera) posee los medios para producir plusvalía, intereses, renta. Entre estas dos clases fundamentales —antagónicas— analizadas según la catego-

ría de *modo de producción*, existen, considerando la categoría *formación social*, las llamadas capas o sectores medios de la población, compuestos por profesionales, técnicos, administradores, burócratas, muchos de los cuales se encuentran en un proceso de proletarianización y de caer en el desempleo o subempleo.³⁵

El desempleo tiene implicaciones en las condiciones de salud de la clase trabajadora. Estas repercusiones se expresan tanto en el obrero despedido como en el grupo familiar. En el primer caso se ha demostrado según diversos estudios que existe

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, tanto porque la reacción de *stress* está relacionada causalmente con una serie de enfermedades como la hipertensión, las enfermedades cardíacas, 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 mayor número de problemas de salud que otro que seguía trabajando. Otros estudios de desempleados muestran una incidencia mayor de úlcera y de padecimientos infecciosos y nerviosos. . . Otro de los efectos directos del desempleo se refiere a la salud mental. Hay varios estudios que demuestran una relación directa entre desocupación y los problemas psiquiátricos, la drogadicción y el suicidio (Laurell 1980:92).

En el segundo caso, o sea respecto del grupo familiar, el desempleo —o en el menos malo de los casos, la caída del salario real a causa de la inflación— trae como consecuencia directa la falta de recursos económicos a fin de adquirir diversos satisfactores necesarios para evitar problemas de salud, por ejemplo nutrición adecuada, vivienda cómoda e higiénica y medio ambiente salubre, vestido apropiado para hacer frente a las inclemencias del medio físico, transporte seguro, esparcimiento, etcétera. Según datos oficiales (SPP 1979a:417), en 1975 el 69% de las familias tenía un ingreso mensual hasta de 3 mil pesos,³⁶ lo cual resulta insuficiente para adquirir los satisfactores necesarios para

³⁵ Según diversos estudios, en nuestro país existen 40,000 médicos desempleados (véase Mario García Soto, "Margina el sector salud a 50 por ciento de la población en 26 estados", *Unomásuno*, 26 de enero de 1981, pp. 1 y 6.

mantener un nivel de vida adecuado y evitar de esta manera un campo propicio para el desarrollo de la llamada patología de la pobreza, la cual, obviamente, se concentra en la clase trabajadora.

La desnutrición. En el terreno de la *nutrición*, un considerable porcentaje de la población del país se encuentra desnutrida: “Trece millones de mexicanos no comen carne, 25 millones no toman leche, 14 millones no consumen huevo, ni comen pescado, y, de acuerdo con el Sistema Alimentario Mexicano, 35 millones padecen desnutrición” (*ibid.*).

Puede decirse, pues, que la mayoría de la población que habita en el medio rural se encuentra desnutrida, al igual que amplios núcleos que viven en el sector urbano.³⁷ Y dentro de los “grupos económicamente débiles” de ambos sectores, la situación se encuentra más deteriorada en los del sector rural.³⁸

La desnutrición es, sin duda, una manifestación concreta de las relaciones sociales dominantes, en las que una reducida parte de la población, dueña de los medios de producción o que tiene acceso a ocupaciones de cierto nivel (capas medias), se apropia de la mayoría de la producción, lo cual, a su vez, da por resultado que estos grupos comiencen a tener manifestaciones propias de la llamada dieta excesiva: hipertensión, obesidad, arteriosclerosis y diversas enfermedades metabólicas. En el otro lado se encuentra la mayoría de la población (la clase trabajadora), que sólo cuenta con su fuerza de trabajo, situación que le impide el fácil acceso a los nutrientes básicos para el organismo: proteínas, vi-

³⁶ “En nuestro país —según el director del Instituto Nacional del Consumidor— hay cerca de 19 millones de personas con niveles de ingresos de estricta subsistencia y con posibilidades ínfimas de acceso a los satisfactores elementales de alimentación, salud, vestido, educación y vivienda (Fernando Césarman, “Los alimentos chatarra”, *Unomásuno*, 21 de marzo de 1981, p. 5).

³⁷ Adolfo Chávez (1979:220-224), cita una encuesta realizada en 1978 que señala que quizá unos 20 millones de personas en el medio urbano tienen problemas nutricionales por carencia de uno o varios principios nutritivos. En el medio rural, una encuesta nacional de alimentación efectuada en 1974 indicó que 18.4 millones de personas tenían un consumo de calorías y proteínas por debajo de los requerimientos exigidos.

³⁸ El consumo de maíz y sus productos entre las familias rurales es superior en 163 por ciento al de los núcleos familiares urbanos, pero en contraposición —y esto es realmente grave— la dotación de carne de res en el primer sector representa el 44 por ciento de la registrada en el urbano, el 21.5 por ciento en leche y el 71.4 en el caso del huevo (SPP 1979b:193).

taminas, minerales, lo cual representará un campo propicio para que surjan y se desarrollen las enfermedades infecciosas. Según el Plan Nacional de Empleo, “el 30 por ciento de la población más pobre dispone del 10 por ciento de los productos agrícolas, en tanto que el 15 por ciento más rico consume directa o indirectamente el 50 por ciento de dicha producción”.³⁹

Los efectos de la desnutrición en el desarrollo físico y mental han sido comprobados en varios estudios experimentales por lo que puede decirse que “la desnutrición a una edad temprana, produce un severo retraso en el desarrollo físico y reduce la capacidad craneana, lo que provoca que el cerebro no alcance el tamaño normal”.⁴⁰

Para evitar que el organismo sea un campo propicio para el desarrollo de las enfermedades infecciosas se requiere una dieta variada y balanceada que la mayoría del proletariado no puede tener a pesar de que, como lo señalara J.P. Frank, uno de los pioneros de la medicina social, “todo mundo tiene que admitir por propia experiencia que la máquina humana se deshace en muy poco tiempo si una alimentación de calidad y cantidad adecuadas no sustituye lo que cada día ha consumido el trabajo y eliminado el sudor” (citado en López Piñero 1969:203).

El problema de la desnutrición en nuestro país continuará agravándose, ya que el desempleo y el proceso inflacionario crecientes conducen a amplios núcleos de población a padecer este problema y a enfrentar sus consecuencias y, lo que es peor, a reproducirse como fuerza de trabajo en condiciones completamente desfavorables. Aunado a esto, la política del estado a través del Sistema Alimentario Mexicano ha resultado ineficaz para reducir sustancialmente la desnutrición debido, entre otras razones, a la falta de una reforma agraria integral que otorgue créditos y asesoría técnica a los ejidatarios y pequeños propietarios, así como a la presencia del capitalismo en el campo, que está orientado a producir básicamente para la exportación, dejando de lado aquellos productos poco costosos (frijol, maíz, trigo) pero que forman parte de la dieta de la mayor parte de la población mexicana de escasos recursos.⁴¹

³⁹ Carlos Ramírez, “El Plan Nacional de Empleo prevé...”, *op. cit.*, p. 12. Al respecto, Adolfo Chávez proporciona datos similares (1979:227).

⁴⁰ Myron Winick, *Natural History*, citado en *Información Científica y Tecnológica* (Revista del CONACYT), vol. 3, núm. 46, p. 4.

⁴¹ Sobre el Sistema Alimentario Mexicano una especialista señala que: “Interpretando los planteamientos del documento [del SAM] podríamos deducir de éste las

De los planteamientos anteriores pueden desprenderse dos factores importantes que afectan la nutrición: la disponibilidad de alimentos y el acceso a ellos, esto último de acuerdo con el nivel socioeconómico de las familias.

Como se ha visto, no basta con formular políticas alimentarias para resolver el problema; se requiere, por un lado, realizar cambios profundos en la estructura productiva y distributiva del país a fin de contar con suficientes alimentos; por otro, es necesario mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la clase trabajadora para que exista un acceso real a los productos alimenticios.

Existen además otros factores que inciden en la alimentación adecuada y en el manejo higiénico de los alimentos a fin de evitar las enfermedades infecciosas. Es necesario integrar al presente análisis la influencia de los medios de comunicación masiva, que cada vez es mayor al penetrar en los distintos dominios de la vida y modificar hábitos y costumbres y condicionar comportamientos para inducir al consumo de una gran cantidad de productos industrializados de escaso valor nutritivo (denominados alimentos chatarra), eliminando el consumo de productos naturales.

En relación con las campañas de educación médica para el manejo higiénico de los alimentos, se adoptan modelos educativos generales que no toman en cuenta que el país es un mosaico cultural y que alrededor del 35% de la población carece de agua entubada (SPP 1981b:cuadro 7) para lavar en forma adecuada los alimentos, o que una importante proporción vive en medios contaminados, lo cual afecta el manejo y consumo de alimentos por la exposición de éstos a agentes patógenos.

Las consecuencias de la desnutrición (anemias, avitaminosis y otras deficiencias nutricionales) se traducen en daños a la salud de la población. En 1975 la desnutrición originó en nuestro país 12 011 muertes y en 1976 10 034 (SPP 1981a:56). La desnutrición afecta principalmente a la población infantil, tanto en el desarrollo físico y mental como en la disminución de las defensas del organismo para hacer frente a agentes patógenos que provocan enfermedades infecciosas y parasitarias.

características de nuestra actual crisis alimentaria en los siguientes elementos: declinante producción de granos básicos, creciente predominio de las empresas trasnacionales en la industria alimentaria, notoria ineficiencia del aparato de distribución de la población, y creciente dependencia del exterior en materia alimentaria" (Dinah Rodríguez Chaurnet 1980:164). Otro especialista señala las serias dificultades que tiene que enfrentar el SAM para que se lleve a cabo. Véase Barkin 1980.

En México la desnutrición es una enfermedad endémica de amplios sectores de la clase trabajadora, situación que repercute definitivamente en la configuración del cuadro patológico de nuestro país caracterizado por las enfermedades infecciosas y parasitarias.

La vivienda. Respecto al problema de la vivienda, los datos empíricos disponibles muestran —al igual que en el caso de la desnutrición— un agravamiento del problema habitacional, principalmente en las grandes ciudades que reciben fuertes corrientes de emigrantes que buscan trabajo al ser expulsados del campo por carecer de medios para producir o porque la reforma agraria no los ha dotado de los créditos y ayuda técnica necesarios para trabajar la tierra.

De acuerdo con los datos del Plan Nacional de Empleo,

Se observa un déficit tanto en cantidad de habitaciones como en condiciones de higiene y comodidades. Reflejo de esta carencia es el índice de hacinamiento que representa un gran problema. Si en 1960 26.6 millones de personas habitaban viviendas de uno y dos cuartos, en 1970 habita 32.1 millones en esas condiciones. El promedio es de 6 personas por cuarto. En 1970 el déficit de viviendas era de 3.4 millones de viviendas; en los últimos años, ese déficit se elevó a 5 millones.⁴²

Aunado al problema del incremento de personas por cuarto —situación que provoca hacinamiento— hay que considerar la falta de drenaje y agua potable y la existencia de un medio ambiente contaminado, lo cual condiciona un campo propicio para el desarrollo de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

El problema de la vivienda continúa deteriorándose tanto en el medio rural como en el urbano, por los reducidos ingresos que percibe la mayoría de la población, la elevación creciente de los materiales de construcción, la especulación con terrenos (sobre todo en las zonas urbanas) y la política de vivienda del estado mexicano, que beneficia fundamentalmente a ciertos grupos de la

⁴² Carlos Ramírez, "El Plan Nacional de Empleo prevé...", *op. cit.*, p. 12. (De acuerdo con los datos censales, en 1950 había 4.90 habitantes por vivienda: en 1960, 5.45 y en 1970, 5.82 habitantes por vivienda. SPP 1979a:647.) Los resultados preliminares del X Censo General de Población y Vivienda 1980 señalan 5.27 habitantes por vivienda. Del total de viviendas registradas para 1980, el 33.24% tenía piso de tierra y sólo el 45.74% contaba con agua entubada dentro de la vivienda (SPP 1981b:cuadros 1, 7 y 9). Según dicho censo, sólo el 66% son viviendas propias (cuadro 7).

burocracia estatal y a los obreros organizados, que además son sujetos de crédito por tener el nivel de ingresos y la antigüedad necesarios para ello. De esta manera, los principios doctrinarios del Infonavit, creado en 1972, han perdido vigencia según diversos investigadores del mismo Instituto a quienes he impartido cursos de metodología de la investigación en 1980 y en 1981. Algunos de estos principios⁴³ son: 1) el problema de la vivienda como problema del hombre debe resolverse en forma integral; 2) el problema de la vivienda, más que de construcción de casas, es de formación de hogares, en el verdadero y más amplio sentido de la palabra; 3) las características de las viviendas influyen decisivamente en la forma de vida de los trabajadores y de sus descendientes, hecho que tiene indiscutible trascendencia social; 4) la distribución de créditos habrá de hacerse prioritariamente en función de las necesidades reales de los trabajadores, es decir, recibirán prioridad los créditos solicitados por quienes perciben menores ingresos y quienes tienen mayor problema habitacional; 5) el esfuerzo colectivo de ningún modo habrá de traducirse en beneficio para unos cuantos. Se combatirá con todo rigor cualquier posible acción especulativa y se constituirán las reservas territoriales que se consideren precisas para construir viviendas de los trabajadores.

De lo anterior se desprende que no bastan las disposiciones gubernamentales para solucionar los diversos problemas nacionales; se requiere tomar en cuenta las características del desarrollo capitalista que ha seguido nuestro país —que beneficia sólo a las clases dominantes y a ciertas capas medias de la población— y que determina en última instancia las políticas de vivienda del estado mexicano. El Infonavit, por tanto, ha sido incapaz de crear viviendas para aquellos sectores de la clase trabajadora más necesitados, ya que los créditos se otorgan en su gran mayoría a los trabajadores que perciben un ingreso superior al mínimo y tienen “buenas relaciones” con los líderes que promueven la construcción de vivienda por parte del Infonavit. De esta manera, el concepto de vivienda de interés social⁴⁴ en que se apoya el

⁴³ Infonavit, *I Documentos*, Discursos pronunciados por Jesús Silva Herzog F., Jorge Durán Chávez y Miguel M. Blázquez Z. el día 15 de agosto de 1972 en Tijuana, Baja California.

⁴⁴ “Vivienda de interés social es aquella cuyo precio o valor está dentro de los límites establecidos por el Banco de México, conforme a las posibilidades de pago de dicho sector, considerando siempre que no resulte onerosa al presupuesto

instituto pierde sentido y vigencia ante una realidad objetiva: el modelo de desarrollo capitalista obliga a que, para conseguir vivienda, se cuente con los recursos económicos o el nivel de ingresos suficientes para ser sujeto de crédito, situación en la que se encuentra sólo una reducida proporción de mexicanos.

Lo anterior otorga validez a la tesis marxista: la estructura económica del país determina, en última instancia, los alcances de las disposiciones legales o bases doctrinarias de una institución como el Infonavit, que ha dejado de ser una institución de interés social y ha entrado a la corriente histórica en que se debate el capitalismo.

El problema de la vivienda es, pues, estructural en cuanto que sus causas se encuentran en la estructura y organización social que determina el hecho de que muchos cientos de miles de familias carezcan de ella o cuenten con una inadecuada.

Disponer de una vivienda insuficiente para albergar cómodamente a la familia, poco higiénica, situada en un ambiente contaminado, sin suficientes áreas verdes, con servicios básicos (agua entubada, drenaje y disposición adecuada de basura) deficientes o inexistentes, alejada de las fuentes de trabajo, escuelas, mercados y lugares de esparcimiento, repercute en la salud de la población de diversas maneras: en forma directa e inmediata, el número excesivo de personas en una vivienda provoca hacinamiento, que es un campo propicio para que se desarrollen enfermedades de las vías respiratorias, fiebre reumática y cardiopatías reumáticas. La falta de agua y drenaje, así como la presencia de un ambiente contaminado, son factores que inciden en el surgimiento de enfermedades gastrointestinales; la lejanía de los centros de trabajo trae consigo una mayor exposición a accidentes de trabajo en trayecto además de que, como se verá en el capítulo 8, el prolongado tiempo que se requiere en muchas ocasiones para trasladarse de la casa al trabajo y viceversa origina malestar indefinido, monotonía, enajenación; el obrero durante ese tiempo mantiene inactiva su mente y sufre las incomodidades de un transporte insuficiente.

En forma indirecta o mediata, la falta de una vivienda cómoda y que satisfaga las expectativas y patrones culturales de sus miem-

familiar y proporcione alojamiento en un *ambiente físico y social que satisfaga los requisitos indispensables de seguridad, higiene y decoro, que esté dotada de los servicios correspondientes* y que por su calidad y durabilidad sea garantía efectiva para las instituciones de crédito" (Fuente: Programa Financiero de Vivienda, FOVI, FOGA, Banco de México, S.A.).

bros puede repercutir en la salud mental al ocasionar depresiones, tensiones, estados neuróticos, etcétera.

El problema de la vivienda no es el resultado de la falta de una política estatal en esta materia sino de la presencia, en nuestro país, del modo de producción capitalista que atenta contra las exigencias mínimas que requiere la clase proletaria para reproducir su fuerza de trabajo. Por eso, "cuanto más y más en masa se centralizan los medios de producción, más se hacinan también las masas de obreros *en el mismo espacio*. . . por tanto, cuanto más rápidamente avanza la acumulación capitalista, más miserables son las viviendas obreras" (Marx 1973a, I:558).

La educación. En relación con la educación, las enormes presiones sobre el sistema educativo han determinado que éste se extienda en términos cuantitativos más que en calidad, lo cual ha obligado a poner en marcha un modelo general de educación para todo el país (principalmente a nivel de la enseñanza primaria y secundaria), que no toma en cuenta las características socioeconómicas y ecológicas regionales y locales a fin de adecuar la educación a las necesidades y demandas concretas de los diversos grupos de población. Esto da como resultado los altos índices de deserción en los niveles de enseñanza mencionados. "Respecto al rendimiento en el ciclo de educación entre 1970-71/1975-76 se observa que si se toma en cuenta el número de alumnos inscritos en el primer grado como el 100%, al llegar al sexto sólo se inscribió el 57.1 por ciento. Es decir, la deserción y los alumnos no aprobados entre esos grados alcanzaron el 42.9 por ciento" (SPP 1979b:216).

La educación como problema nacional ha sido reconocida por las más altas autoridades educativas del país. Al respecto, el secretario de Educación Pública señaló que:

México ofrece profundas paradojas. Esta nación en pleno desarrollo, orgullosa, de 67 millones de habitantes. . . tiene un promedio de escolaridad de sólo algo más de tres años, lo que nos hace ser una sociedad de tercer año de primaria. Tenemos 6 millones de adultos analfabetos. Y 13 millones de alfabetizados adultos que no terminaron su educación primaria. Y 1.2 millones de indígenas que no hablan español. Y cada año 200 mil jóvenes cumplen 15 años de edad sin saber leer ni escribir.⁴⁵

⁴⁵ Palabras del secretario de Educación Pública, Fernando Solana, en la reunión del presidente de la república con los miembros de su gabinete y los gobernadores de los estados, Acapulco, 5 de febrero de 1979 (citado por Amparo Ruiz del Castillo

Si bien el número absoluto de personas con acceso a la enseñanza superior se ha incrementado en los últimos años (109.8% entre 1970-71/1976-77), su participación en el total de alumnos inscritos se mantiene sumamente reducida (3.4%) (SPP 1979b:213).

En determinados momentos, y bajo ciertas circunstancias sociales e individuales, puede observarse una relación directa entre educación y posibilidades de colocarse en ocupaciones mejor remuneradas. Sin embargo, en muchas carreras el espectro del desempleo o subempleo se encuentra presente, ya que la estructura económica del país es insuficiente e incapaz de absorber a todos los egresados de las diferentes carreras. Así se observa, por un lado, una contradicción entre sistema educativo y sistema productivo, al ser incapaz éste de dar trabajo a todos los que egresan de los distintos niveles de la educación; por otro, el estado tiene que satisfacer, dentro de los marcos que el desarrollo capitalista y los intereses de las clases dominantes y grupos hegemónicos imponen, las demandas y aspiraciones de los diversos grupos sociales por alcanzar un mayor nivel educacional.

La educación se encuentra vinculada con diversos órdenes de la vida social: con las condiciones de empleo y de trabajo, el cambio de actitudes y patrones culturales, etcétera, todo lo cual está relacionado de diferente forma e intensidad con la salud de la población. Existen suficientes evidencias empíricas para apoyar la hipótesis de que hay una relación inversa entre el número de años de estudio y el número de problemas de salud (principalmente las enfermedades infecciosas y parasitarias) y de inválidos,⁴⁶ hipótesis cuya plena validez depende, en última instancia, de la presencia de determinadas condiciones socioeconómicas y físicas de los grupos sociales a los cuales pertenecen los individuos.

La contaminación ambiental. Respecto al ambiente físico en el que vive y trabaja la clase proletaria, los procesos de industrialización, urbanización y migración desordenados han ocasionado fuertes daños al ambiente físico, sobre todo en el medio urbano, donde se concentra la mayoría de la población (en la ciudad de

1981). Tres años después, el 29 de enero de 1982, el mismo funcionario daba cuenta del "milagro": el promedio de escolaridad se ha elevado a 5 años (véase *Unomásuno*, 30 de enero de 1982, p. 1).

⁴⁶ El mayor porcentaje de inválidos entre 1975-1978, se registró en la población analfabeta (46.92%), o que tiene estudios sólo de primaria (47.95%) (SPP 1981a:72).

México y la zona metropolitana, Monterrey y Guadalajara se ubica cerca del 25% de la población del país).

La presencia de industrias altamente contaminantes en esas grandes ciudades, el excesivo número de vehículos, el inadecuado tratamiento de la basura, el ruido que rebasa los límites permitidos y la falta de una política adecuada que haga frente al problema de la contaminación ambiental, han ocasionado el deterioro del medio ambiente a tal grado que las zonas verdes se han reducido considerablemente y la polución atmosférica se ha convertido en un serio problema que perjudica directamente la salud de la población urbana al aumentar las enfermedades de las vías respiratorias, los problemas oftalmológicos y auditivos, neuralgias, etcétera.

Los mayores efectos de la contaminación ambiental recaen en la clase trabajadora que vive y labora en zonas por lo general contaminadas, y que no dispone de los medios necesarios para hacer frente a este problema como pueden hacerlo la burguesía y algunas capas medias de la población (salir cada fin de semana al campo, contar con aire acondicionado, disponer de áreas verdes, atención médica oportuna, etcétera).

Otra vez la situación de los individuos y grupos sociales con respecto a los medios de producción se manifiesta en la forma concreta de cómo se relacionan con la naturaleza, en las posibilidades de mejorar el medio ambiente en que viven y trabajan y en la oportunidad con que se acuda a los servicios médicos para resolver diversas enfermedades o molestias provocadas por un medio nocivo para la salud.

El modelo de desarrollo capitalista que ha seguido nuestro país ha creado el problema de la contaminación ambiental que afecta a quienes viven en las zonas urbanas, principalmente a la clase trabajadora, e impide, a su vez, la búsqueda de soluciones para resolver el problema que él mismo ha generado debido a que esto implicaría atentar contra el capital. Por ejemplo: evitar la presencia de industrias altamente contaminantes, que están prohibidas en los países desarrollados; colocar dispositivos anti-contaminantes en fábricas y vehículos (transporte urbano); dotar a los trabajadores de viviendas en medios menos contaminados; crear áreas verdes; pagar el costo de los trabajos de descontaminación ambiental, etcétera.

co ha mostrado su fracaso como proyecto histórico social para resolver los ingentes problemas que vive la inmensa mayoría de la población del país. La política económica del gobierno de Miguel de la Madrid ha conducido a una mayor concentración del ingreso nacional como lo reconoció públicamente a principios de 1988 (Periódico *Unomásuno*, 9 de enero de 1988, p.1). El año de 1987 terminó con una deuda externa superior a 109 mil millones de dólares y una inflación sin precedentes de 159.2 por ciento según datos del Banco de México.

Las tasas de desempleo abierto y subempleo se elevaron más allá de lo previsto. El Producto Interno Bruto de 1987 se estima en 2.2 por ciento inferior al de 1982 pero con ocho millones más de habitantes que hace cinco años, indican informes de la Secretaría de Programación y Presupuesto y del Banco de México (Periódico *Unomásuno*, 2 de noviembre de 1987, p. 7). De 1978 a agosto de 1987 se observó un deterioro del 45.9 por ciento en los salarios mínimos según la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (Periódico *Unomásuno*, 22 de septiembre de 1987, p. 1).

La mayoría de la población mexicana se encuentra desnutrida y millones de personas habitan viviendas insalubres y sin los servicios básicos. A consecuencia de la crisis se ha incrementado en forma alarmante la delincuencia, la farmacodependencia y el alcoholismo, entre otros problemas sociales. Prevalece la patología de la pobreza caracterizada por enfermedades infecciosas y parasitarias que enfrentan sobre todo las clases trabajadoras.

El famoso Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE) que se puso en marcha semanas después de que el presidente Miguel de la Madrid tomó posesión, se convirtió en un verdadero fracaso como todos los demás programas que se elaboraron sin bases reales por parte de tecnócratas educados en universidades extranjeras y que desconocen la realidad del país. Se aleja cada vez más la posibilidad de lograr una sociedad igualitaria, objetivo primordial del gobierno de Miguel de la Madrid, ya que se ha observado en los últimos cinco años una mayor agudización de las contradicciones sociales.

En diciembre de 1987, ante la caída espectacular de la Bolsa Mexicana de Valores, la fuga de capitales al extranjero, la devaluación del peso ante el dólar, la creciente inflación y el malestar social que priva entre los sectores sociales más afectados por la crisis, se firmó el Pacto de Solidaridad Económica (PSE) entre el gobierno, los empresarios y los líderes de los sectores obrero, campe-

sino y popular del Partido Revolucionario Institucional. Cuando escribo estas líneas (enero de 1988) se ha formado ya un Frente Popular contra el Pacto de Solidaridad Económica ya que las medidas adoptadas por el gobierno a partir de dicho Pacto fue la elevación sin precedentes de los productos y servicios públicos (energéticos, luz eléctrica, teléfono) desatando un preocupante incremento en el resto de los bienes y servicios. Habrá que esperar los resultados completos del PSE.

Dentro de este marco de inquietudes y expectativas el candidato del Partido Revolucionario Institucional reconoció en enero de 1988 que más de 10 millones de mexicanos carecen de servicios médicos y que entre los pobres no sólo aumentan las tasas de morbilidad y mortalidad, sino que son víctimas de padecimientos fácilmente prevenibles, además de que de dos millones de niños que nacen al año en el país, un millón sobrevive con defectos físicos o mentales. El candidato de ese Partido, sin duda el próximo presidente de la República, enunció ocho puntos de lo que sería su Plan de Salud: Consolidar un sistema nacional de salud que proteja a todos los mexicanos sin excepción, mejorando el servicio; avanzar en la descentralización de los sistemas de salud; sumar esfuerzos de todos los sectores inmiscuidos en el tema; promover mecanismos inovadores que permitan ampliar de manera sustancial el acceso a la seguridad social y a la prestación oportuna de los servicios a todos los mexicanos que realmente lo necesitan; ir adelante en la atención primaria a la salud y fundamentalmente en la prevención de las enfermedades; impulsar la investigación científica para la salud y asociarla a la formación de recursos humanos; rehabilitar y modernizar la infraestructura de servicios y revisar el sistema de pensiones en relación con su funcionamiento actual (Periódico *Unomásuno*, 9 de enero de 1988, p. 5). Existe, sin duda, un interés político en mejorar la salud y el bienestar colectivos. La crisis que hoy vive el país determinará el alcance de las políticas de salud del estado mexicano que formule el gobierno de Salinas de Gortari (1988-94) como lo hizo con las que se adoptaron durante el régimen de Miguel de la Madrid.

7. Estado y políticas de salud en México (1982-1988)

"Salud para todos en el año 2000". OMS.

El estado mexicano surgido de la Revolución de 1910 ha plasmado en diversos documentos (Constitución, leyes) señalamientos jurídicos que sirven de marco para formular las políticas gubernamentales orientadas a lograr el bienestar de la población mexicana. Tales planteamientos legislativos buscan rescatar las justas demandas y aspiraciones de los distintos grupos sociales a fin de contribuir a la legitimación del estado, es decir, a que se le considere como el representante legal de los diferentes sectores e intereses sociales.

En cada sexenio el estado se manifiesta, entre otras formas, en las disposiciones jurídicas que surgen de la concepción política que tiene el gobernante en turno, las cuales sirven de guía para llevar a cabo las acciones gubernamentales en los distintos ámbitos de la vida social.

En el campo de la salud es manifiesta la preocupación de los distintos gobiernos por mejorar la salud de la población, componente esencial del bienestar. Se plantea en la Constitución Política que "Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protec-

ción y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares” (Artículo 123, fracción XXIX). Así, desde la Constitución de 1917 a la fecha la formulación de políticas de salud que beneficien a las mayorías nacionales han ocupado un lugar central en los distintos regímenes políticos.

En el período reciente, concretamente durante el gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988) el énfasis en la medicina preventiva se manifestó como uno de los diez puntos prioritarios de su discurso de toma de posesión el primero de diciembre de 1982. Al año siguiente, concretamente el 3 de febrero de 1983 se publica en el Diario Oficial el Decreto por el que se adiciona un párrafo al Artículo cuarto de la Constitución para elevar a rango constitucional el derecho a la protección de la salud. A partir de esa fecha se organizan foros para la planeación democrática de la salud. Una tesis central del presidente Miguel de la Madrid sirvió de marco al evento en el que se presentaron las conclusiones de dichos foros: “Una sociedad igualitaria exige que todos los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud y asistencia social”.

Los lineamientos básicos de la política social del gobierno se plantean en el capítulo 7 del Plan Nacional de Desarrollo (1983-1988). En el rubro *Salud* se destaca: “el mejoramiento en el nivel de salud — aspecto fundamental del bienestar social— no se da necesariamente como resultado automático del crecimiento económico, sino que es preciso además, adoptar los medios que hagan gradualmente posible la prestación de este servicio a toda la población con los niveles de calidad deseados. En una sociedad que tiene como principio la justicia social y persigue ser más igualitaria, la protección de la salud es un derecho social” (p. 242). Más adelante se señala que “los desequilibrios en la distribución de la riqueza y de los servicios han dado lugar a diferencias en los niveles de salud entre distintas regiones del país, situación que se agudiza por la dispersión demográfica en áreas rurales con altas tasas de natalidad y graves problemas de nutrición y patológicos” (p. 243).

En los *propósitos*, dentro del rubro *Salud* (Plan Nacional de Desarrollo) se persigue: tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país; mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, y con especial preocupación por los grupos más vulnerables; contribuir, con respeto íntegro a la voluntad de la pareja,

a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país; promover la protección social que permita fomentar el bienestar de población de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minusválidos (pp. 244-245).

En el campo de la seguridad social, el Plan Nacional de Desarrollo (1983-1988) plantea los siguientes propósitos: Promover acciones que permitan que la totalidad de la población, con una relación formal de trabajo, se incorpore al sistema de seguridad social; fomentar el mejoramiento sustancial de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo; ampliar la cobertura de los servicios para que se incorpore, con equidad, de manera paulatina a los trabajadores no asalariados a los beneficios de la seguridad social (p. 250).

En el campo de la alimentación, aspecto fundamental para la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud, el gobierno de Miguel de la Madrid formuló el Programa Nacional de Alimentación (PRONAL) cuyos objetivos son: Procurar la soberanía alimentaria y alcanzar condiciones de alimentación y nutrición que permitan el pleno desarrollo de las capacidades y potencialidades de cada mexicano.

El 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial el decreto de la Ley General de Salud para reglamentar el Artículo cuarto constitucional. Dicha Ley entró en vigor el primero de julio de ese año. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades (Artículo 2 de la Ley General de Salud):

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la prevención, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

De acuerdo con la Ley General de Salud, El sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos (Artículo sexto):

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
- IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud, y
- VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

Inmediatamente después de haber entrado en vigor la Ley General de Salud el Presidente de la República aprueba el Programa Sectorial de Mediano Plazo, denominado: Programa Nacional de Salud (1984-1988), "instrumento racionalizador y disciplinario del sector público federal en el campo de la salud". "El Programa Nacional de Salud — dice el presidente Miguel de la Madrid — in-

corpora los objetivos y estrategias que en la materia establece el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y se orienta al cumplimiento de las finalidades del derecho a la protección de la salud” (Boletín SSA, año II, Número extraordinario, agosto de 1984, p. 14).

Salud para todos en el año 2000

“La nueva legislación en materia de salud, así como los nuevos instrumentos administrativos y técnicos, deberán permitir que nuestro país haga frente al compromiso contraído con la Organización Mundial de la Salud: “salud para todos en el año 2000” (*ibid.*, p. 16).

Este deseo quedará sin duda sin cumplirse ya que la salud no se obtiene por decreto. Las disposiciones jurídicas que en el ámbito de la salud existen en nuestro país tienen que ubicarse en la realidad histórica que hemos descrito a grandes rasgos en el capítulo anterior. Sólo aportaremos aquí un dato que revela cómo el capitalismo financiero internacional a través del Fondo Monetario Internacional ha obligado al gobierno de México a reducir sus gastos para los programas de salud: “En el caso particular del gasto en salud, México tiene en las cifras del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) el poco honroso mérito de ser el país —de entre 25— que menos recursos destina a este rubro. En los tres primeros años de la actual administración (de Miguel de la Madrid) dedicó el 0.2 por ciento, 0.3 y 0.3 por ciento del Producto Interno Bruto, respectivamente. Fueron las cifras más bajas de toda América Latina, y muy por debajo de los porcentajes que recomiendan las organizaciones internacionales de salud” (Revista *Proceso*, núm. 567, 14 de septiembre de 1987, p. 24).

El año 2000 está ya muy cercano. Habrá que esperar.

8. Análisis de la morbimortalidad en México según clases sociales

“Agobiado con tantas causas de enfermedad, el pobre está expuesto a numerosas desgracias en cuanto sucumbe a una de ellas. Estremecido por la fiebre, se aferra a su duro trabajo para mantener a su mujer y a sus hijos hasta que su organismo se derrumba bajo el peso de tanta miseria. Quizá llama a un médico y cuando llega implora ayuda. La indigencia le niega medicamentos, comida apropiada y asistencia. Pasan los días y se pierde la ocasión de salvarlo. . .”

Johann Peter Frank, Sobre la miseria popular, madre de todas las enfermedades (1790)

El nivel de salud se mide, como sabemos, por medio de indicadores que hacen referencia a la enfermedad, a la disponibilidad de recursos y personal para la atención médica, entre otros (véase capítulo 9). En relación con el primer grupo de indicadores, las estadísticas oficiales disponibles presentan la distribución de la enfermedad de manera general, sin tomar en cuenta las clases sociales y las zonas en que el desarrollo capitalista ha dividido al país: zonas urbanas y rurales. De esta forma, las

estadísticas no permiten mostrar que la morbimortalidad es un fenómeno que se presenta en grupos sociales que trabajan y viven en determinados ambientes físicos y sociales.

Ante esta situación —que responde en última instancia a intereses de clase manifestados en la ideología dominante que busca evitar que las estadísticas vitales den cuenta de una realidad diferente en los diversos grupos sociales, respecto de la morbimortalidad y la esperanza de vida—, hay que recurrir a estudios empíricos concretos para reconocer la validez de la hipótesis de que *las clases sociales se encuentran en una situación diferencial respecto al riesgo de enfermarse y de morir y en relación con la expectativa de vida, así como con la oportunidad y calidad de la atención médica a que tienen acceso real.*

Estos estudios muestran que las enfermedades infecciosas y parasitarias predominan entre los miembros de la clase trabajadora, en tanto que las enfermedades crónico-degenerativas se presentan con mayor frecuencia en las clases acomodadas. Por ejemplo, en un estudio realizado por Celis y Nava (1970:380) se encontró que hay enfermedades que se presentan con una frecuencia mayor en el Hospital General (de la Secretaría de Salubridad y Asistencia) que en clientela privada y que son, entre otras: padecimientos agudos pulmonares, neumonía, bronconeumonía, tuberculosis pulmonar, cirrosis hepática, amibiasis, desnutrición en el adulto, polineuritis alcohólica, cardiopatía reumática, dermatosis bacterianas, micosis profundas, aborto provocado o espontáneo e infectado, partos prematuros. Esta situación diferencial entre las clases menesterosas y las acomodadas respecto de los cuadros patológicos se observa también en otro estudio (Álvarez y Herrera 1979:126): el 42% de las personas atendidas en hospitales públicos (de la SSA) lo fue por enfermedades infecciosas, porcentaje que desciende en los hospitales privados (18%); por enfermedades cancerosas y tumorales fue en los hospitales públicos el 10% y en los privados el 18%; por enfermedades degenerativas fue en los públicos el 34% y en los privados el 48%.

En relación con las características económico-sociales y culturales de la mayoría de la población de los hospitales públicos, se observa: períodos frecuentes de desocupación, salarios bajos o ínfimos, casi la mitad de analfabetos, bajo nivel de educación, escolaridad mínima, porcentajes altos de hijos menores de edad, ocupaciones muy diversas y la mayoría no calificadas (Celis y Nava 1970:378). Tal situación es la misma encontrada por Álva-

rez y Herrera (1979:119-121): el 68% de las personas que ingresaron a hospitales públicos no tenían estudios o no habían terminado la primaria, cerca de la mitad (46%) tenían ingresos mensuales menores a 2 000 pesos y en su mayoría eran albañiles, campesinos y choferes (84%).

Estos estudios empíricos sirven para ayudar a descubrir una realidad que las estadísticas oficiales encubren: la situación social y su relación con la morbimortalidad y la esperanza de vida, situación que difiere de una clase social a otra por la forma de relacionarse con los medios de producción (propietarios, no propietarios) y por la parte de la riqueza social que les corresponde, derivado esto de lo anterior. Los siguientes datos reafirman este planteamiento: si se toma en cuenta la tasa de mortalidad infantil —que es un indicador sensible del desarrollo de una sociedad— en 1976, último año sobre el que se tienen datos disponibles, dicha tasa fue de 51.9 por mil nacidos vivos (SPP 1981a:27). Si utilizamos la estadística para mostrar la verdadera realidad encontraríamos que en la clase trabajadora que vive en zonas como Ciudad Netzahualcóyotl la tasa asciende a 227 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos,⁴⁷ cifra similar a la que proporciona Marx para varios distritos de Inglaterra, *pero referida a 1864* (véase Marx 1973, I:326-327). En cambio la realidad para la clase burguesa es completamente diferente, ya que la tasa de mortalidad infantil en los distintos grupos que la conforman es menor de 20 por mil nacidos vivos. Asimismo, la clase trabajadora es la que se enfrenta en condiciones adversas a otros problemas de salud pública, como el aborto, por el cual mueren aproximadamente diez mil mujeres anualmente (debido a la importancia de este tema, lo abordaremos por separado en el apéndice A).

Lo anterior refleja, una vez más, el carácter clasista que implica exponer las estadísticas vitales a nivel general, lo cual dificulta conocer la verdadera situación que enfrentan los distintos grupos sociales ante la enfermedad, la esperanza de vida y la muerte.

También es importante destacar que las dos principales causas de muerte en toda la población mexicana continúan siendo de carácter infeccioso (influenza, neumonías e infecciones respiratorias agudas y enteritis y otras enfermedades diarreicas) que en

⁴⁷ Juan Antonio Zúñiga, "Se abandona el campo y se acumulan elementos de salud en las ciudades", *Proceso*, núm. 217, 29 de diciembre de 1980, p. 15.

1976 causaron el 26% (118 480) (SPP 1981b:56) del total de muertes,⁴⁸ las cuales en su gran mayoría se presentaron en la clase trabajadora.

Para combatir esta patología de la pobreza se requiere mejorar las condiciones de trabajo y de vida de la clase más expuesta a sucumbir ante ella: el proletariado. Esto, como se ha demostrado, no es posible en una formación social donde impera el modo de producción con las características que asume en México (capitalismo dependiente).

La situación diferencial de las dos clases sociales fundamentales presentes en este régimen de producción (burguesía y proletariado), respecto a la morbilidad y la esperanza de vida, ha sido estudiada en diversos países, aunque en varios de los análisis se hace referencia más que a clase social a estratos socio-económicos (véanse Timio 1981; Berlinguer 1977; Sonnis 1975, entre otros). Esto limita, sin duda, una comprensión más profunda de la salud y la enfermedad como fenómenos sociales; empero tales estudios sirven de base para iniciar la incorporación de la categoría de clase social a los estudios sobre la morbilidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos.

Respecto a las otras causas de muerte, el cuadro epidemiológico del país muestra la presencia de enfermedades provocadas o condicionadas por los procesos de urbanización e industrialización: enfermedades del corazón, accidentes, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares, las cuales se encuentran entre las diez principales causas de muerte y suman en conjunto, para 1976, 108 965 muertes (*ibid.*). Estas enfermedades, consideradas hasta hace algunos años como propias de la clase burguesa y de las llamadas capas medias, empiezan a dejar sentir su presencia con gran fuerza en la clase trabajadora, ya que ésta no se encuentra separada, aislada de los procesos de urbanización e industrialización, sino que comparte sus consecuencias: ambiente contaminado, mayor riesgo de sufrir accidentes al aumentar el número de vehículos y los procesos de producción mecanizados, mayor *stress* por las características de la vida urbana y del tipo de trabajo que se realiza, hipertensión, infarto al miocardio, neurosis, tumores malignos, etcétera.

Aun cuando la frecuencia de varios de estos padecimientos (enfermedades del corazón, tumores malignos) es mayor en la clase burguesa y en algunas capas medias de la población, *la gra-*

⁴⁸ Para 1976 el total de defunciones fue de 455 660.

vedad y letalidad de tales enfermedades es más alta en la clase trabajadora debido a las formas inadecuadas o insuficientes de enfrentarlas (formas que dependen de condiciones de trabajo y condiciones de vida: alimentación, vivienda, recreación, oportunidad y calidad de la atención médica, *elementos que a su vez condicionan el surgimiento y desarrollo de tales enfermedades*). Además, es necesario subrayar que diversos padecimientos considerados propios de la clase burguesa y de ciertas capas medias (*stress*, hipertensión, neurosis), se encuentran presentes también en la clase proletaria. Nuestra hipótesis es que la organización social capitalista y, en particular, las condiciones de trabajo y de vida del proletariado, limitan o impiden, en la gran mayoría de los casos, que muchos de estos padecimientos sean detectados en la clase trabajadora.

De acuerdo con todo lo antes expuesto podemos afirmar que la situación de salud (la morbimortalidad), la esperanza de vida y el acceso oportuno a los servicios médicos y la calidad de éstos, encuentran su explicación en la estructura socioeconómica de la sociedad, concretamente en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse.

Si se parte de que el modo de producción capitalista divide a la sociedad en dos clases fundamentales (la burguesía y el proletariado) y éstas se relacionan de distinta manera con los medios de producción (propietarios, no propietarios), de lo cual dependen sus condiciones materiales de trabajo y de vida —que condicionan a su vez los accidentes y enfermedades y las formas para resolver o tratar los daños a la salud—, puede concluirse que *existe una situación diferencial entre las dos clases fundamentales respecto de la morbimortalidad, la esperanza de vida y el acceso oportuno y adecuado a los servicios médicos*. Estas diferencias se manifiestan en el hecho de que el proletariado sufre el predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias y de la desnutrición, en tanto que en la burguesía prevalecen las enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, tumores malignos, etcétera). Asimismo, en aquella clase se observa una expectativa de vida menor en comparación con esta última, y también una menor posibilidad real de acceso oportuno y adecuado a los servicios médicos que les permita prevenir y tratar de la mejor manera los daños a la salud (evitar secuelas, complicaciones, etcétera).

Sobre la base de lo expuesto, en el próximo capítulo se formula una hipótesis que plantea la existencia de diferencias den-

tro de una misma clase social (concretamente el proletariado) en relación con los problemas de salud, así como con las causas que originan tales diferencias.

La respuesta social a la enfermedad

En nuestro país existen tres formas de atención médica⁴⁹ que están estructuradas y adquieren modalidades específicas según el grupo social al que están dirigidas. Estas formas son: los servicios médicos de la seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, etcétera); la medicina asistencial representada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF) y de los gobiernos de los estados, y la medicina privada. Además, con estas tres formas reconocidas oficialmente por las autoridades coexiste la llamada medicina tradicional.

Respecto a la medicina institucional que otorgan las instituciones de seguridad social, el porcentaje de la población que tiene acceso a ella fue, en 1979, el 40.28% (30.25% IMSS; 7.65% ISSSTE, y 2.38% el resto de las instituciones de seguridad social) (SPP 1981b:33).

Debe hacerse notar que las cifras anteriores no reflejan la cobertura real de las instituciones mencionadas, ya que una considerable proporción de personas, principalmente en las zonas urbanas, son derechohabientes de dos o más instituciones de seguridad social. También existe un porcentaje no determinado de población amparada, y que varía según el tamaño de las ciudades, que no acude a los servicios médicos institucionales, sea por la imagen negativa que tiene de ellos, por los trámites que

⁴⁹ Es necesario señalar que hemos omitido los términos "instituciones de salud" o "sistemas de salud" por lo expuesto en el capítulo 4: la salud no se consigue sólo con los servicios médicos —éste es uno de los aspectos menos importantes, considerada la enfermedad como fenómeno social—, sino mejorando las condiciones de trabajo y de vida de la clase trabajadora, que es la que se encuentra en su mayoría marginada de los beneficios del desarrollo económico del país aun cuando es la única clase productiva, la clase cuyo trabajo genera la riqueza de la sociedad. Tales "instituciones de salud" están dirigidas fundamentalmente a combatir la enfermedad y en muchas ocasiones son instituciones de enfermedad, es decir, lugares donde se propician daños a la salud (iatrogénesis).

deben realizarse para recibir atención médica o por otras causas.

El acceso real a la seguridad social no depende de las disposiciones legislativas, ni de las resoluciones de los distintos organismos a nivel internacional o de la doctrina que sobre seguridad social adopte el estado; depende, por un lado, de las características del desarrollo económico-social del país y, por el otro, de las condiciones concretas de existencia y organización de los grupos sociales y de la necesidad que tienen el aparato productivo y el mismo estado de tales grupos. Por ejemplo, la mayoría de los trabajadores asegurados por el IMSS se encuentran en una posición clave dentro del sistema productivo o su inserción ha sido producto de movimientos populares, como en el caso de los campesinos de la zona henequenera de Yucatán en 1972-1973 (Laurell 1975:91), a quienes se trató de apaciguar con esta medida.

En cuanto a los asegurados por el ISSSTE, el estado necesita a la burocracia estatal para su propio sustento y legitimación y tiene, por tanto, que "cuidar" de la salud de dicho grupo social.

Es importante destacar que la mayoría de la población que se beneficia de algún sistema de seguridad social se encuentra en el medio urbano, en tanto que la población rural en su inmensa mayoría no tiene acceso a la seguridad social (con excepción de los cañeros, henequeneros, tabacaleros y otros que, por otra parte, están inscritos en el régimen modificado y no cuentan con todas las prestaciones económicas del régimen ordinario del medio urbano).

La política de la seguridad social depende, pues, de las características del desarrollo social y económico en cada país, que son las que permiten y regulan la extensión del campo de aplicación de las prestaciones y servicios de los seguros sociales a los diferentes sectores de la población.⁵⁰ Sin embargo, cabe señalar que los regímenes de seguridad social pueden convertirse, y de hecho así ha sucedido, en "sistemas de discriminación social", ya que en la mayoría de los casos prevalecen las bases doctrinarias que dieron origen a los seguros sociales, las cuales consideran como sujetos de aseguramiento a las personas que se encuentran en una relación de trabajo y tienen capacidad contributiva, ha-

⁵⁰ X Asamblea General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebrada en San Salvador, El Salvador, del 24 al 29 de noviembre de 1974. *La Acción de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social 1942-1974. Resoluciones*, p. 133.

ciendo extensivas las prestaciones a quienes dependen económicamente de aquéllas, aunque con algunas limitantes que imponen las legislaciones de los seguros sociales respectivos.

De esta manera, la mayoría de las personas que carecen de un empleo fijo o están desempleadas no tienen acceso a la infraestructura de salud y a las prestaciones económicas, situación que las obliga a refugiarse en los servicios sanitario-asistenciales de los organismos de salud pública o a recibir las dádivas de la beneficencia o caridad privada para buscar solución a sus problemas de salud.

La política de seguridad social pretende a largo plazo proteger a la totalidad de la población; sin embargo, para tener una idea precisa de la magnitud del problema que representa la incorporación de los sectores que actualmente se encuentran al margen de los beneficios de la seguridad social, es necesario mostrar los siguientes datos estadísticos (IMSS 1977:68): del total de la población económicamente activa (16 703 918) del país en 1976, el 52.2% o sea 8 725 927 está constituido por jornaleros, ejidatarios, trabajadores por su cuenta y otros, cuyos ingresos son eventuales, lo cual acarrea una menor capacidad económica para satisfacer las necesidades básicas del individuo y del núcleo familiar. La estimada del grupo de ingreso eventual para el año mencionado es de 33 345 672, cifra que significó el 53.5% de la población total (*ibid.*).

En relación con la población que no está integrada a algún sistema de seguridad social (59.72%), alrededor de 20 millones no cuentan con los servicios médico-asistenciales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Ante este panorama, el estado mexicano puso en marcha en mayo de 1979 el programa IMSS-Coplamar, que es una continuación del programa de Solidaridad Social que desarrolló el régimen de Luis Echeverría. Dicho programa trata de proporcionar atención médica básicamente de primer nivel a aquellos grupos de población marginados del beneficio del desarrollo económico y que se encuentran en el medio rural. Hasta mayo de 1981 se habían construido 3 023 unidades médicas rurales. No obstante el apoyo financiero y político por parte del gobierno federal, al ser “concebido en el aire —sin un previo diagnóstico de salud en el medio rural y con ignorancia crasa de las características de la población a la que pretende beneficiar— el programa IMSS-Coplamar pierde en los hechos su orientación discursiva y se constriñe, en el mejor de

los casos, a un mero servicio asistencial de marcado carácter paternalista.⁵¹

De lo anterior puede deducirse que la política asistencial que lleva a cabo el estado mexicano resulta incapaz de traducirse en acciones efectivas que realmente ayuden a combatir las enfermedades que se presentan entre los habitantes del medio rural y que pueden englobarse en el rubro de la patología de la pobreza, y cuya solución no depende sólo de servicios médicos sino fundamentalmente de la existencia de condiciones adecuadas de trabajo, empleo, nutrición, vivienda, educación, saneamiento ambiental, etcétera, elementos que el desarrollo capitalista del país les niega.

Aunado a la pobreza en que se debaten miles de comunidades rurales, el modelo de atención médica no toma en cuenta las características psicosocioculturales de los diversos grupos humanos a los que está dirigido.⁵²

Las políticas de salud del estado mexicano responden a los intereses de los distintos grupos e instituciones presentes en el sector salud, a las limitaciones que impone el desarrollo económico capitalista dependiente, a momentos históricos coyunturales y a la necesidad que tiene el estado de legitimar su imagen ante el conjunto de la sociedad como un estado que organiza y coordina los diversos aspectos de la vida social, de tal manera que trata de representar los intereses de todas las clases sociales pero hasta cierto momento y límite, lo cual depende de los intereses de las clases dominantes y grupos hegemónicos.

El hecho de que las políticas de salud del estado mexicano no se encuentren realmente estructuradas en un plan global sino que dependan de los intereses políticos de ciertos grupos y de coyunturas determinadas se confirma cuando meses después de haberse puesto en marcha el programa IMSS-Coplamar, la Secretaría de Salubridad y Asistencia elabora un programa al vapor

⁵¹ Francisco Ortiz P., "Al rechazo indígena se unen las deficiencias de las clínicas IMSS-Coplamar", *Proceso*, núm. 236, 11 de mayo de 1981, p. 6.

⁵² La falta de planeación de los servicios médicos del IMSS en el medio rural ha dado como resultado que el modelo de atención médica no tome en cuenta las características socioculturales de la población. Esta situación —que se traduce en una baja demanda de atención médica— nos obligó a realizar en la Jefatura de Planeación y Supervisión Médica del IMSS dos estudios: *Investigación sociológica sobre la demanda de servicios médicos en las unidades de campo de la zona henequenera* (septiembre de 1974) y *Protocolo de investigación médico-social para las zonas de Miahuatlán, Oaxaca, San Felipe Ecatepec y Las Margaritas, Chiapas* (octubre de 1975).

para dar atención médica a los grupos marginados de las zonas urbanas como respuesta al programa IMSS-Coplamar que le había quitado la "responsabilidad" de velar por la salud de la población rural que no tiene acceso a algún sistema de seguridad social. La población marginada de las zonas urbanas a la que la SSA dirige sus programas alcanza 9 336 000 personas ubicadas en 14 ciudades del país (Hirales Pozzo s/f:10).

Es importante destacar, por otro lado, que el gasto por persona que los organismos de salud pública dedican a los servicios médicos es comparativamente menor al destinado por las instituciones de seguridad social para cada derechohabiente: la Secretaría de Salubridad y Asistencia dispuso en 1978 de 12 460.56 millones de pesos proporcionados por el estado para atender teóricamente a 40 788 923 personas, correspondiendo \$305 *per cápita* al año. El Instituto Mexicano del Seguro Social, con aportaciones del estado, patrones y asegurados, cuenta con 52 422.44 millones de pesos para atender a 19 789 000 derechohabientes, a los que les corresponde \$2 649 por persona, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con la participación económica del estado y de los trabajadores, tiene asignada la cantidad de 35 803.00 millones de pesos para atender a 4 754 000 derechohabientes, y dispone de \$7 531 por cada uno (SPP 1981b:32,97).

También se observa una distribución desigual del personal de salud y de los recursos físicos para la atención de la población protegida.

Distribución del personal de salud por tipo de instituciones. 1979

| <i>Institución</i> | <i>Población derechohabiente o protegida</i> | <i>Total de médicos</i> | <i>1 médico por cada</i> | <i>Total de cirujanos dentistas</i> | <i>1 cirujano dentista por cada</i> |
|--------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|---|---|
| IMSS | 20 988 000 | 25 389 | 827 | 710 | 29 560 |
| ISSSTE | 5 310 000 | 7 871 | 675 | 517 | 10 271 |
| SSA | 41 436 309 | 13 666 | 3 032 | 1 109 | 37 364 |
| | | <i>Total de enfermeras</i> | <i>1 enfermera por cada</i> | <i>Camas censables</i> | <i>1 cama por cada</i> |
| IMSS | | 39 084 | 537 | 26 671* | 787 |
| ISSSTE | | 12 296 | 432 | 4 721 | 1 125 |
| SSA | | 20 915 | 1 981 | 24 704 | 1 677 |

*No incluye las camas del programa IMSS-Coplamar de solidaridad social.

Fuente: SPP 1981b:32, 77, 82.

En cuanto a la medicina privada, el porcentaje de la población que asiste a ella es muy reducido (entre el 10 y el 15%), principalmente los miembros de las clases dominantes y de algunas capas medias de la población que tienen capacidad económica para sufragar los gastos que ocasiona.

En lo que se refiere a la medicina tradicional, una importante proporción de mexicanos acude a ella cuando carece de recursos económicos o porque contempla los factores psicosocioculturales en el manejo de los problemas de salud, aspectos que no toma en cuenta la llamada medicina occidental.

De todo lo anterior se desprende que el acceso a los servicios médicos no es igual para toda la población, situación que depende de la forma en que los individuos y grupos sociales se insertan en el aparato productivo, del nivel de organización de los grupos, de las características que adopta en determinados momentos la lucha de clases, de la importancia que para la legitimación del estado tengan ciertos grupos sociales, todo lo cual se encuentra enmarcado dentro de las particularidades del desarrollo capitalista impuesto a nuestro país por el capital internacional y la burguesía nacional.

Consideramos, pues, que no basta con que las clases explotadas tengan teóricamente acceso a los servicios médicos a través de planteamientos legislativos o disposiciones gubernamentales; para hacer realidad las demandas de atención médica es necesario tomar en cuenta otras cuestiones, como el nivel de conciencia sobre los problemas de salud, la ubicación geográfica de las unidades médicas, las limitaciones que imponen las condiciones de empleo y trabajo, que dificultan muchas veces que el obrero se traslade a su clínica para recibir atención médica; la forma en que es conceptualizado el proceso salud-enfermedad por los médicos de las instituciones de salud, por los empresarios y por la sociedad en general; la manera en que es atendido el paciente cuando ingresa a alguna institución para recibir servicios médicos, lo cual puede crear una imagen negativa de éstos y, consecuentemente, su rechazo a utilizarlos.⁵³

Aunque partimos del supuesto de que la elevación del nivel de salud de la población no se consigue solamente con los servi-

⁵³ En 1973-1974 realizamos un *Estudio de actitudes de los derechohabientes del IMSS* a nivel nacional y el 29.5% de los entrevistados respondió que el trato de las enfermeras es descortés o indiferente, porcentaje que asciende a 37.6 en relación con las recepcionistas o asistentes sociales, situación que se agrava más en las grandes ciudades.

cios médicos sino que implica ante todo mejorar sus condiciones de trabajo y de vida, consideramos importante que un modelo de atención médica acorde con los patrones socioculturales de los distintos grupos humanos pueda contribuir a restablecer en forma más rápida la salud y ayudar —a través de la educación médica— a prevenirla y promoverla (dada la importancia de este aspecto, en el apéndice A se presenta un apartado sobre “El contenido social de la atención médica”).

En conclusión, el tipo de respuestas sociales a la enfermedad variará de un grupo social a otro, de una zona a otra, lo cual depende de múltiples circunstancias concretas, pero dentro de esta multitud de elementos se abrirá paso el factor económico: la importancia estratégica que tengan en la economía los distintos grupos y zonas; la forma en que los grupos se insertan en el aparato productivo y obtienen sus ingresos, lo cual determinará en gran medida sus condiciones reales de existencia.

Por ello, las políticas de salud del estado mexicano no pueden aplicarse o hacerse extensivas de igual forma a todas las clases sociales y zonas geográficas del país. Es necesario tomar en cuenta la manera en que se expresan las contradicciones de clase en cada región y en cada momento histórico a fin de evitar estructurar políticas aisladas de las condiciones concretas en que trabajan y viven los distintos grupos sociales que pertenecen a la formación social mexicana.

9. Elementos para el análisis del proceso salud-enfermedad en la clase obrera en México

“La íntima conexión que existe entre las angustias del hambre que pasan las capas obreras más laboriosas y la disipación, tosca o refinada, de la gente rica basada en la acumulación capitalista, sólo se le revela a quien conozca las leyes económicas.”

Marx, El capital, vol. I

“La obtención de elevadas ganancias monopolistas por los capitalistas... les brinda la posibilidad económica de sobornar a ciertos sectores obreros, y, temporalmente, a una minoría bastante considerable de estos últimos, atrayéndolos al lado de la burguesía de dicha rama o de dicha nación, contra todos los demás... Obreros aburguesados o de ‘aristocracia obrera’ enteramente pequeño-burgueses por su género de vida, por sus emolumentos y por toda la concepción del mundo...”

*Lenin, El imperialismo,
fase superior del capitalismo*

Tras haber expuesto a grandes líneas las características de la formación social mexicana y sus repercusiones en la salud de la población, estamos en posibilidad de analizar el proceso salud-enfermedad en una parte de la población: los miembros de la clase obrera, principalmente el proletariado industrial, a fin de aportar elementos que permitan la conceptualización de dicho proceso en una realidad concreta.

La hipótesis de la que partimos en este trabajo —sobre la cual se proporcionaron datos empíricos referidos a la realidad mexicana—, es que existe una situación diferencial entre las dos clases sociales fundamentales presentes en el modo de producción capitalista (la burguesía y el proletariado) respecto a la morbimortalidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos. Estos aspectos se encuentran determinados fundamentalmente por la posición que tienen ambas clases en ese régimen de producción, la cual genera condiciones de trabajo y de vida diferentes en la burguesía y en el proletariado.

Esta hipótesis permite una primera aproximación al estudio de la salud-enfermedad considerando las dos clases mencionadas. A partir de ella propondremos una hipótesis más concreta sobre el objeto específico de nuestra preocupación: la patología de la clase obrera.

Como se ha demostrado en capítulos anteriores, la explotación de la fuerza de trabajo por el capital se concreta: 1) en la pauperización creciente de la clase proletaria por las leyes inflexibles del capitalismo, y 2) en los daños a su salud originados por las características que asume el proceso de trabajo. Ambas formas de explotación son provocadas por la manera —capitalista— en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse y entre ellas existe una estrecha relación que, en última instancia, contribuye a reproducir las condiciones sociales para la explotación de la población obrera.

Interesa ahora centrar nuestro análisis en las causas o determinantes sociales de los *daños a la salud* del proletariado, que repercuten en otros órdenes de la vida familiar y social. Se ha mencionado anteriormente que la patología laboral del proletariado se genera cuando éste se enfrenta a la utilización capitalista de la maquinaria y de las condiciones donde ésta se halla inmersa (ambiente laboral). En otras palabras, la organización capitalista del proceso productivo genera condiciones adversas para la salud de los trabajadores que es necesario analizar a fin de plantear hipótesis más concretas, así como alternativas que

permitan incidir en el mejoramiento de las condiciones que dañan la salud.

Una forma de precisar las características de la organización del trabajo es considerar el carácter superexplotador del capitalismo dependiente que priva en nuestro país y que repercute de manera concreta en la salud de los trabajadores, provocando un incremento cada vez mayor de accidentes y enfermedades laborales, sin proporcionar a cambio los medios adecuados y suficientes para enfrentar los daños a la salud.

Tendencia y distribución de los accidentes y enfermedades de trabajo en México

La patología industrial ha aumentado su frecuencia en términos absolutos y relativos, ya que en 1958 el total de accidentes y enfermedades fue de 73 147 y en 1979 ascendió a 549 868; el riesgo de sufrir daños a la salud se incrementó también: en 1958 fue de 7.6 por cada 100 trabajadores expuestos y en 1979 de 11.3, es decir, los obreros se encuentran cada vez más expuestos a sufrir accidentes y enfermedades de trabajo, lo cual muestra una vez más que las medidas implementadas por el estado y los patrones para mejorar las condiciones de trabajo no han resultado, en términos generales, suficientes y adecuadas para disminuir la morbimortalidad industrial. El cuadro sobre estadísticas de accidentes de trabajo muestra el número de trabajadores bajo seguro de riesgos de trabajo, los accidentes y enfermedades de trabajo y sus consecuencias (las incapacidades y defunciones), considerando los años mencionados.

Los datos que se exponen en el cuadro revelan sólo parte de la verdad; existe otra realidad que no se presenta en los datos estadísticos: la de los accidentes y enfermedades que *no se registran* por diversos factores: corrupción, descuido, falta de interés, etcétera. Aunado a esto, debe mencionarse que las estadísticas de dicho cuadro sólo se refieren a la población asegurada, lo cual deja de lado a una importante parte de la clase obrera que por el tipo de trabajo que desarrolla, su bajo nivel de organización, el escaso interés que tiene el estado en ella, ya que no constituye un sector clave para la economía, etcétera, no se encuentra asegurada, de manera que los accidentes y enfermedades de trabajo que sufre no son registrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

También debe mencionarse el registro sumamente bajo de enfermedades de trabajo (1 983 casos en 1979), lo cual demuestra una vez más que los datos estadísticos manifiestan sólo una parte de la realidad. La otra es la que permanece oculta para la sociedad en general, debido a los intereses de las clases dominantes que impiden descubrir esta realidad.

*Estadísticas de riesgos de trabajo.
Aseguramiento permanente y eventual
(Resumen nacional)*

| | <u>1958</u> | <u>1979</u> |
|---|-------------|-------------|
| Número de trabajadores bajo seguro de riesgos de trabajo | 965 363 | 4 877 004 |
| Accidentes y enfermedades | 73 147 | 549 868 |
| Accidentes de trabajo | 72 987* | 547 885** |
| Enfermedades de trabajo | 160 | 1 983 |
| Incapacidades temporales | 71 301 | 535 670 |
| Incapacidades permanentes | 1 734 | 12 813 |
| Defunciones | 112 | 1 385 |
| Riesgos de trabajo por cada 100 trabajadores expuestos | 7.6 | 11.3 |
| Incapacidades permanentes por cada 1 000 riesgos de trabajo | 23.7 | 23.3 |
| Defunciones por cada 10 mil riesgos de trabajo | 15.3 | 25.2 |

*Las estadísticas presentan sólo los accidentes "durante el trabajo".

**Se incluyen los accidentes de trabajo (494 355) y los accidentes en trayecto (53 530).

Fuente: Este cuadro se elaboró en base a las siguientes fuentes: IMSS 1966: cuadros 9 y 11; IMSS 1979: cuadro 1.

Nota: Se consideraron los accidentes y enfermedades de trabajo a partir de 1958, ya que es en este año cuando el Seguro Social se implanta en todas las entidades federativas del país.

Accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste.

Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél (ley federal del trabajo, artículo 474).

Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios (artículo 475).

CAPITALISMO Y ENFERMEDAD

*Enfermedades de trabajo terminadas. Todo el sistema. 1978-1979
Aseguramiento permanente y eventual*

| Enfermedades de trabajo | 1978 | | 1979 | |
|---|--------|-------|--------|-------|
| | Número | % | Número | % |
| TOTAL | 2 049 | 100.0 | 1 983 | 100.0 |
| Dermatosis | 589 | 28.7 | 601 | 30.3 |
| Neumoconiosis por sílice o silicatos | 582 | 28.4 | 599 | 30.2 |
| Efectos tóxicos del plomo (saturnismo) | 185 | 9.0 | 205 | 10.3 |
| Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides | 182 | 8.9 | 104 | 5.2 |
| Sordera traumática | 179 | 8.7 | 172 | 8.7 |
| Otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo (queratodermas adquiridos, callos, celulitis) | 111 | 5.4 | 117 | 5.9 |
| Efectos tóxicos de las sustancias aromáticas, corrosivas, ácidos y álcalis cáusticos | 85 | 4.1 | 63 | 3.2 |
| Insuficiencia respiratoria aguda (rinofaringitis, sinusitis, bronquitis, asma, laringitis) | 55 | 2.7 | 51 | 2.6 |
| Enfermedades víricas causadas por artrópodos | 30 | 1.5 | 28 | 1.4 |
| Silicotuberculosis | 26 | 1.3 | 15 | 0.8 |
| Neurosis | 7 | 0.4 | 8 | 0.4 |
| Varios de frecuencia menor | 18 | 0.9 | 20 | 1.0 |

Fuente: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo, IMSS.

Existen diversas alteraciones en la salud de los obreros que surgen directa o indirectamente de las condiciones de trabajo impuestas por el capital y que no son reconocidas como enfermedades profesionales, ya que ello significaría que los capitalistas tendrían que desembolsar parte de la plusvalía que obtienen de los mismos obreros para sufragar los gastos de atención médica que requieren. Además, la producción disminuiría por la ausencia que ocasionaría el tratamiento médico. Nuevamente se impone una ley inflexible del capitalismo: la máxima productividad al menor costo posible. Dichas alteraciones se deben a la organización moderna de la fábrica que genera tensiones, *stress*, fatiga psíquica, lo cual constituye un campo propicio para que

surjan las llamadas enfermedades psicosomáticas y daños al corazón, por ejemplo los infartos al miocardio por hipertensión, etcétera. Estas alteraciones son provocadas por factores insalubres del medio de trabajo y se engloban en el cuarto grupo de condiciones nocivas para la salud (véase el apartado: “El desarrollo de la tecnología y la organización moderna del trabajo: enfermedad y muerte de la clase obrera”, en este capítulo).

La disparidad entre las enfermedades reconocidas por la legislación y las que se registran en el medio laboral muestra también la tendencia a no aceptar como enfermedades profesionales aquellas patologías que no impiden al obrero seguir trabajando para producir la plusvalía de que se apropia el capitalista. Así, las estadísticas que publica el IMSS sólo hacen referencia a alrededor de 20 enfermedades y dejan de lado cerca de 140. La ley federal del trabajo, en su artículo 513, reconoce 161 enfermedades laborales.

Lo anterior no es sino la determinación clasista de la enfermedad, ya que su reconocimiento no depende sólo del individuo que la padece sino también, y principalmente, de la clase capitalista que compra la fuerza de trabajo bajo determinadas condiciones sociales —las cuales se formalizan en leyes— para usarla de acuerdo con las necesidades de la acumulación capitalista. Y el estado no hace sino garantizar un escenario político-jurídico acorde con los requerimientos del capital.

Los datos presentados en los cuadros anteriores muestran, como ya se dijo, el carácter superexplotador del capitalismo dependiente que se concreta en daños a la salud del trabajador. Empero, la realidad es demasiado compleja como para quedarnos con un planteamiento tan general que, si bien orienta el acercamiento al estudio de esta problemática, no permite una apropiación teórica más precisa y profunda del proceso salud-enfermedad en la clase proletaria.

A fin de lograr plantear una hipótesis más precisa para comprender mejor este proceso, partimos de la tesis de que la salud y la enfermedad se presentan en seres históricos, de carne y hueso, que trabajan y viven bajo determinadas circunstancias socio-históricas que repercuten de manera concreta en la problemática de salud de la población obrera y en los demás fenómenos con los cuales se encuentra relacionada.

Por ello proponemos la siguiente hipótesis que se desprende de la expuesta en la primera página de este capítulo. Esta segunda hipótesis es más concreta y tiene, en caso de corroborarse,

la virtud de orientar las políticas y estrategias de acción a fin de incidir en los factores determinantes y condicionantes de la salud y la enfermedad. Esto no implica, bajo ningún concepto, olvidar el nivel más general, sino más bien partir de éste a fin de acercarse a la realidad; para ello se requiere recuperar una categoría central de la metodología de investigación: realizar análisis de situaciones concretas. Esta es una necesidad presente en la elaboración teórica, ya que la realidad contiene múltiples manifestaciones, lo cual obliga a formular hipótesis más precisas. “Lo concreto —dice Marx— es concreto porque constituye la síntesis de numerosas determinaciones, por lo tanto, unidad de lo diverso” (1971, I:21).

Planteamiento del cuerpo de hipótesis

Los datos presentados en los cuadros del primer apartado muestran, como ya se dijo, el carácter superexplotador del capitalismo dependiente que se concreta en daños a la salud del trabajador. Empero, la realidad es demasiado compleja como para quedarnos con un planteamiento tan general que si bien orienta el acercamiento al estudio de esta problemática, no permite una apropiación teórica más precisa y profunda del proceso salud-enfermedad en la clase proletaria.

A fin de lograr plantear una hipótesis más precisa para comprender mejor este proceso, partimos de la tesis de que la salud y la enfermedad se presentan en seres históricos, de carne y hueso, que trabajan y viven bajo determinadas circunstancias socio-históricas que repercuten de manera concreta en la problemática de salud de la población obrera y en los demás fenómenos con los cuales se encuentra relacionada.

Por ello proponemos la siguiente hipótesis que se desprende de la expuesta en la primera página de este capítulo. Esta segunda hipótesis es más concreta y tiene, en caso de corroborarse, la virtud de orientar las políticas y estrategias de acción a fin de incidir en los factores determinantes y condicionantes de la salud y la enfermedad. Esto no implica, bajo ningún concepto, olvidar el nivel más general, sino más bien partir de éste a fin de acercarse a la realidad; para ello se requiere recuperar una categoría central de la metodología de investigación: realizar análisis de situa-

ciones concretas. Esta es una necesidad presente en la elaboración teórica, ya que la realidad contiene múltiples manifestaciones, lo cual obliga a formular hipótesis más precisas. “Lo concreto —dice Marx— es concreto porque constituye la síntesis de numerosas determinaciones, por lo tanto, unidad de lo diverso” (1971, I:21).

De acuerdo con estas breves reflexiones metodológicas, la hipótesis que proponemos es la siguiente:

Dentro de una misma clase social, en este caso *el proletariado*, existen situaciones diferenciales respecto de la morbilidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos. Esto se debe a que no obstante que los miembros de dicha clase ocupan estructuralmente el mismo lugar en un sistema de producción históricamente determinado, *existen elementos importantes que provocan esta diferenciación* que surgen debido a que

- 1) la rama de la economía en la que se trabaja;
- 2) la manera concreta de insertarse en el proceso de trabajo (tipo de ocupación, condiciones de trabajo);
- 3) el monto del salario que se percibe (derivado en parte de lo anterior), lo cual a su vez condiciona la reproducción de la fuerza de trabajo (vivienda, alimentación, vestido, etcétera);
- 4) las características específicas de la legislación para regular las relaciones capital-trabajo: condiciones de empleo, y
- 5) el nivel educativo, el nivel de conciencia de clase y las características culturales *difieren de un grupo a otro dentro de la misma clase obrera*.

El propósito de llegar a corroborar esta hipótesis radica en que sólo a partir de enunciados concretos pueden dirigirse las políticas y acciones tendientes al mejoramiento de la salud y el bienestar en general de los distintos sectores de la clase obrera, enmarcados —los enunciados— en una política general que permita al trabajador, de acuerdo con una hipótesis global, arrancar mayores reivindicaciones al capital en el campo de la salud, de lo económico y lo político.

Nuestro planteamiento se refuerza por el hecho de que, como señaló Lenin “las condiciones de trabajo son muy diferentes en los distintos oficios y, en consecuencia, la lucha orientada a *mejorar* las condiciones tiene que sostenerse por oficios (1979c, I: 164).

De la hipótesis planteada podemos derivar otras más específicas —a nivel de regularidades empíricas— para su comprobación a través de información recopilada de diversas fuentes (encuestas, informes, etcétera). Importa destacar que las hipótesis o correlaciones empíricas que se deduzcan de la hipótesis que acabamos de formular, encuentran en ésta su justificación o fundamentación, en tanto que no pueden verse aisladas a riesgo de caer en el empirismo, corriente que se interesa en presentar fundamentalmente las relaciones entre los aspectos externos e inmediatos de los fenómenos, y deja de lado la *esencia*, las verdaderas causas del proceso salud-enfermedad.

Debe señalarse, además, que las hipótesis se presentan en un plano de probabilidad en el sentido de evitar determinismos en procesos como los sociales, cuyas características permiten sólo el establecimiento de *tendencias*, que se concretan en hipótesis empíricas en las que se precisan los rasgos específicos de esas tendencias.

La causalidad, por lo tanto, tal como lo expresamos en el capítulo 2, no puede ser lineal, mecánica, sino que se expresa a nivel de tendencias que se configuran por una multiplicidad de elementos internos y externos, de entre los cuales es necesario descubrir los esenciales, los que representan las causas verdaderas de los fenómenos. Ello no significa que no existan factores casuales que pueden alterar aspectos específicos de una ley, y en determinado momento y bajo ciertas circunstancias, sean capaces de modificarla.

Una vez que hemos expuesto estas breves reflexiones metodológicas, presentamos a continuación algunas hipótesis particulares que pueden derivarse de la que formulamos antes.

1) El monto del salario de los trabajadores es menor en las industrias de las ramas tradicionales en comparación con el que perciben los que laboran en las industrias de las ramas dinámicas. Esta situación origina mayores dificultades para la subsistencia de la fuerza de trabajo y crea un campo propicio para el surgimiento de enfermedades infecciosas y parasitarias.

2) Dentro de una misma empresa perteneciente al sector dinámico de la economía:

a) existen situaciones diferenciales en el monto del salario.

que depende del tipo de ocupación o puesto en el trabajo, y lo cual repercute en la reproducción de la fuerza de trabajo;

b) los trabajadores eventuales o transitorios tienen una mayor tasa de accidentes de trabajo y de enfermedades infecciosas que los de planta, debido a que aquéllos tienen condiciones de empleo y de trabajo más perjudiciales para la salud que los de planta;

c) se observa una mayor tasa de accidentes en las actividades primarias que en las de transformación. Esto se explica por el hecho de que en aquéllas los trabajadores son, en su mayoría, eventuales que carecen de capacitación, de condiciones adecuadas de trabajo y de seguridad en el empleo;

d) los trabajadores eventuales tienen una menor organización política y más bajo nivel educativo en comparación con los de planta, lo que contribuye a mantener el desconocimiento de las causas fundamentales que originan los accidentes y enfermedades laborales;

e) los trabajadores eventuales libres carecen de las prestaciones económicas, médicas y sociales del contrato colectivo, lo que provoca mayores dificultades para la conservación de su fuerza de trabajo, con los consiguientes daños a la salud expresados en una mayor tasa de accidentes de trabajo y enfermedades infecciosas, y una menor esperanza de vida.

3) La exposición a riesgos de trabajo considerados como altamente peligrosos, derivada del tipo de ocupación o del puesto de trabajo, origina:

a) mayores problemas psicofísicos a los obreros que repercuten negativamente en las relaciones familiares, y,

b) una menor esperanza de vida en comparación con aquellos obreros no expuestos a tales riesgos.

4) El consumo de la fuerza de trabajo en algunas industrias, caracterizado por la intensificación del proceso laboral y por la fatiga física o nerviosa que origina, ha conducido a los trabajadores a adquirir conciencia de las verdaderas causas que originan los problemas de salud. Esto les ha permitido luchar en forma organizada para mejorar las condiciones de empleo y de trabajo que dañan su salud.

5) Los trabajadores de las distintas industrias que:

a) carecen de nutrición y descanso adecuados;

b) laboran a destajo u horas extraordinarias, o

c) trabajan en forma intensiva (con menor desperdicio de tiempo y de movimientos o condicionando éstos a los de la máquina) alcanzan un mayor nivel de fatiga (fatiga patológica) y de *stress*, en comparación con los trabajadores cuyas condiciones de trabajo y de vida no se encuentran en esas circunstancias. Ello origina un campo propicio para que se presenten mayores enfermedades y accidentes laborales y reduce la esperanza de vida.

Fundamentación teórico-empírica de la hipótesis general

Este proceso de fundamentación es necesario* en la medida en que nos permitirá ubicar la hipótesis en un contexto teórico, en este caso el marxista cuyos conceptos principales hemos expuesto en el capítulo tres y cuatro, así como situarla en una realidad concreta: la formación social mexicana y dentro de ésta, en uno de los sectores clave de la economía: la industria de transformación aunque se hace referencia, para fines comparativos, a otro tipo de sectores.

Partimos de la tesis de que la clase obrera no es un todo monolítico ya que no obstante que le caracteriza algo esencial, el poseer sólo su fuerza de trabajo que vende como mercancía al capitalista, existen circunstancias objetivas y subjetivas —subordinadas a esta realidad— que repercuten en el proceso salud-enfermedad y en los fenómenos relacionados con él.

Estas situaciones concretas se presentan por el hecho de que “la diversidad del grado de desarrollo de las fuerzas productivas en las economías que se integran al mercado mundial conlleva diferencias significativas en sus respectivas composiciones orgánicas de capital, que apuntan a distintas formas y grados de explotación del trabajo” (Ruy Mauro Marini 1977b:87). Estos grados de explotación difieren de una formación social a otra y dentro de una de ellas, por ejemplo, la mexicana, existen ramas de la economía donde el desarrollo de las fuerzas productivas al igual que la composición orgánica del capital es mayor que en el resto de la economía. Asimismo, dentro de una misma rama exis-

* Véase: Raúl Rojas Soriano, *Guía para realizar investigaciones sociales y el Proceso de la investigación científica*.

ten diferencias entre las industrias que la componen en relación a las condiciones técnicas de producción que repercuten en la forma concreta en que se consume la fuerza de trabajo. También al interior de una empresa se observan diferencias en la forma como se incorpora la fuerza de trabajo al proceso productivo (condiciones de trabajo y de empleo) que repercuten en la conservación y reproducción de la misma.

Por ello, puede decirse que:

La clase obrera no puede ser explotada ni superexplotada con el mismo grado ni bajo las mismas formas, porque la producción capitalista industrial se desenvuelve en un terreno desigual de desarrollo de las fuerzas productivas, de concentración de capital, de composición orgánica, etcétera, todo lo cual implica que las condiciones objetivas distintas en las cuales se desenvuelve el capital imponen también condiciones distintas a la fuerza de trabajo, en cuanto a las formas y los montos de producción de plusvalía (Osorio 1975:10).

Estas condiciones objetivas pueden repercutir en elementos subjetivos, como el nivel de conciencia de los distintos sectores del proletariado respecto de los problemas de salud.

De lo anterior se desprende que las circunstancias en que se consume la fuerza de trabajo —lo cual condiciona a su vez su reproducción— son diferentes entre los diversos grupos que conforman el proletariado. Importa puntualizar que tales circunstancias están dadas por elementos no esenciales (pero que no por ello dejan de tener importancia) para la definición del proletariado como clase social (ya que sus miembros conservan lo esencial, lo determinante, para su ubicación estructural en dicha clase); empero, las situaciones concretas de trabajo y de vida del proletariado pueden generar diferencias específicas en la problemática de salud del mismo, así como respuestas diferentes para enfrentar la enfermedad.

Estas circunstancias podemos ubicarlas en dos grandes grupos.

1) Los miembros de la clase obrera laboran en diversos sectores de la economía debido a la *división de la producción social*⁴² y se insertan en el proceso de trabajo de distinta forma (según el tipo de ocupación y las condiciones de trabajo), de lo cual de-

⁴² Esta división da como resultado diferentes ramas, esferas o sectores (Harnecker 1972:27).

pende el monto de sus ingresos y las circunstancias específicas en que se reproduce la fuerza de trabajo (vivienda, alimentación, vestido, recreación).

2) Los miembros de la clase obrera tienen diferente nivel de conciencia sobre los problemas de salud; además, la legislación general que regula las relaciones capital-trabajo (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, especialmente el artículo 123, y la ley federal del trabajo), se concreta en contratos colectivos de trabajo que difieren de una empresa a otra; asimismo, las leyes y reglamentos que se han creado para normar las políticas y acciones tendientes a "cuidar" de la salud de la clase proletaria (ley del seguro social y reglamento general de seguridad e higiene en el trabajo), pueden en ocasiones interpretarse y aplicarse de manera diferente. También se incluyen en este grupo la orientación político-ideológica del estado en materia de salud y en las actividades de intervención en la economía, así como la atención específica que ponga a cada sector de la clase obrera.

Estos dos grupos de factores están estrechamente vinculados entre sí y pertenecen, el primero, a la base económica y el segundo, a la superestructura.

Con respecto al *primer grupo*, puede decirse que tales factores determinan —como ya se apuntó antes— las formas en que se consume la fuerza de trabajo en situaciones concretas, que difieren de un sector a otro de la economía, de una fábrica a otra dentro de un mismo sector, y dentro de una misma unidad productiva. El consumo de la fuerza de trabajo es distinto si se considera el tipo de ocupación (que en gran medida depende del grado de calificación), el puesto de trabajo (lugar donde se desarrolla el trabajo),⁴³ el tipo de contrato individual: de planta, eventual, a destajo,⁴⁴ las características específicas de las labores que reali-

⁴³ En una investigación realizada en Diesel Nacional (DINA) para conocer la relación entre puesto de trabajo y fatiga, se encontró lo siguiente: el 40.7 % de los obreros que trabajan en la línea de montaje requirió consulta importante por fatiga; este porcentaje descendió en los obreros que no laboran en la línea de montaje (19.4 %) (Varios autores 1980:88).

⁴⁴ "El trabajo a destajo implica una contribución somática extra que se traduce, entre otras cosas, en la hiperproducción de adrenalina y noradrenalina, sustancias hormonales de una patente actividad cardiovascular y metabólica que juegan un papel preeminente en la génesis de la cardiopatía." Lo mismo sucede con el trabajo "extraordinario" (Timio 1981:63, III).

za el obrero (derivadas de los puntos anteriores) y las condiciones del ambiente de trabajo donde aquéllas se realizan.

Las formas concretas de consumo de la fuerza de trabajo varían si se consideran los elementos anteriores. Ello provoca una morbilidad diferente y tasas de gravedad distintas entre los diversos grupos que componen la clase obrera.

En relación con la actividad económica, los datos estadísticos para 1979 muestran que la tasa de incidencia de accidentes y enfermedades de trabajo por cada cien trabajadores en *minas no metálicas* fue de 77.0, en *fundiciones* de 28.4, en la *fabricación y montaje de estructuras de hierro* de 26.3 y en la *fabricación de hilados y tejidos de fibras duras* disminuyó a 22.9⁴⁵

Asimismo, dentro de una misma empresa puede haber diferencias respecto a la morbilidad, tal como se demostrará más adelante. Estas diferencias se deben fundamentalmente al tipo de ocupación y a las condiciones de empleo y de trabajo que, junto con la rama de la producción, generan una diferenciación en la clase obrera, de manera que surgen sectores con características especiales; por ejemplo, aquellos considerados como la “aristocracia obrera” en términos de Marx, Lenin y Gramsci,⁴⁶ o “sectores privilegiados de la clase obrera” en palabras de otros autores. La forma de consumo y reproducción de la fuerza de trabajo de estos grupos difiere, a veces drásticamente, de la que se observa en sectores obreros que trabajan y viven en condiciones más desfavorables para la salud, presentándose una mayor diferencia en aquellos que forman parte del *ejército industrial de reserva* (las modalidades que éste asume se exponen en el capítulo 3).

En esta diferenciación está presente también (como causa y efecto a la vez) el nivel de organización de los diversos sectores de la clase obrera, así como el nivel que haya alcanzado la lucha

⁴⁵ Jefatura de los Servicios de Medicina del Trabajo del IMSS. Las características del capitalismo dependiente que padece América Latina conservan sus elementos esenciales. Una prueba de esto es la similitud con los datos estadísticos sobre Brasil en lo que respecta a la actividad *metalúrgica*: la tasa de incidencia fue de 26.5 para 1973 (Arroio 1976:41).

⁴⁶-Cfr. Marx 1973a, 1:567; Lenin 1975:687; Gramsci 1975a:310. En el capítulo inconcluso sobre “Las clases” (*El capital*, vol. III), Marx señala el “infinito desperdiguamiento de intereses y posiciones en que la división del trabajo social separa tanto a los obreros como a los capitalistas y a los terratenientes” (p. 818).

de clases en una formación social, en este caso la mexicana. También influyen el desarrollo socioeconómico del país y los acuerdos y disposiciones de organismos internacionales como la Organización Internacional del trabajo (OIT) y las experiencias político-sindicales de otros países.

En relación con el *segundo grupo* de factores, los de la superestructura (nivel de conciencia, disposiciones legales que regulan las relaciones capital-trabajo y el acceso real a los servicios médicos, etcétera), éstos se encuentran condicionados por la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse; en otras palabras, por la manera en que los individuos y grupos se relacionan con la naturaleza y entre sí en el proceso productivo (fuerzas productivas y relaciones sociales de producción). El nivel de conciencia sobre los problemas de salud depende además del desarrollo de la cultura a nivel de toda la sociedad, de la del proletariado y la de cada uno de los grupos que lo componen, así como del nivel educativo y de la conciencia política existente. Asimismo, las relaciones capital-trabajo y el acceso a los servicios médicos institucionales, regulados por la legislación, dependen del nivel de la lucha de clases y su carácter (económico, político e ideológico), así como del nivel de organización del movimiento obrero en cada uno de los sectores de la producción y del papel del estado en la economía. Aquí también influye el nivel de desarrollo socioeconómico del país.

De lo anterior se desprende que los factores de la superestructura se encuentran condicionados fundamentalmente por los de la base económica, *pero* también aquéllos reciben influencia de otros elementos de la superestructura. Asimismo, los factores situados en este último plano inciden en la base económica; por ejemplo, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud puede influir en la forma concreta de organizar el proceso productivo a fin de evitar en la medida de lo posible condiciones adversas de trabajo que dañen la salud de los obreros.

Por otra parte, la ideología que sustenta el Estado, a través de sus instituciones, puede manifestarse en relación, por ejemplo, con la concepción de las causas de los accidentes. Debido a que los intereses que defiende son básicamente los del capital, la concepción sobre la generación de los accidentes es una representación deformada de la realidad: "los accidentes no nacen. se

hacen" (Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría del Trabajo y Previsión Social), por el obrero descuidado, insatisfecho, que realiza actos inseguros; esta última parte es la que le hace falta a la frase para completarla, pero se encuentra implícita (volveremos más adelante sobre este punto).

El mismo sector salud contribuye con sus planteamientos a reproducir las condiciones objetivas y subjetivas de la explotación capitalista. En este sentido se orienta el contenido de un mensaje difundido, al igual que el anterior, por los diferentes medios de comunicación masiva: "la seguridad en el trabajo genera mayor eficiencia y productividad" ...para seguir explotando al obrero, debería terminar la frase. Esta tesis está dirigida, obviamente, a la clase capitalista,⁴⁷ por ser ella la que impone las condiciones de trabajo.

No se piense que este planteamiento del sector salud es algo aislado; lo repiten las diferentes instituciones que lo conforman y otras relacionadas con él. Por ejemplo el IMSS —institución que se encarga por ley de proporcionar las prestaciones médicas, económicas y sociales a la población objeto de nuestro estudio— asume este mismo planteamiento a través de sus directivos, en este caso por el titular de la Jefatura de Medicina del Trabajo, quien se expresa en los siguientes términos:

La Jefatura de Medicina del Trabajo, en razón a los objetivos que persigue, ha puesto en operación el Sistema de Atención de los Riesgos de Trabajo en Hospitales Generales de Zona que incluye los programas de atención médica; rehabilitación y promoción de la prevención de daños, con el propósito de resolver eficazmente, no sólo el tratamiento de los pacientes que sufren las consecuencias de un accidente de trabajo, sino también coadyuvar en el abatimiento de accidentes y enfermedades del trabajo. En estos programas se observa ya un avance en el propósito de mejorar y agilizar los servicios a cargo de esta Jefatura, ya que en 1979 se logró disminuir en 1.78 (días promedio) la incapacidad temporal por cada paciente. Esto se traduce en una atención médica más oportuna y eficiente... *Se ha logrado así la reincorporación oportuna del trabajador a la vida productiva* (IMSS 1980, núm. 2:3; cursivas nuestras).

⁴⁷ La importancia que otorga el estado mexicano a los empresarios se expresa en un mensaje de Nacional Financiera (NAFINSA) difundido por televisión: "el empresario piensa, trabaja y produce".

Y el mismo funcionario repite similar planteamiento meses después: “El estudio y análisis de los factores capaces de alterar la salud del hombre en su medio de trabajo es cada vez más complejo, en razón a la evolución dinámica de la técnica y los procesos de producción. Este fenómeno representa un reto constante para los que de alguna forma pretendemos *lograr la mejor adaptación del hombre a su trabajo*”.⁴⁸

De acuerdo con esto, las causas de los accidentes y enfermedades se relacionan sólo con los aspectos técnicos de la producción y se ignora el factor *social*; además se busca “adaptar el hombre al trabajo”, a las condiciones objetivas y subjetivas que lo enajenan y minan su salud.

* Los planteamientos mencionados reafirman lo expuesto por nosotros en el capítulo 4 respecto al papel de la seguridad social en la salud del trabajador. Ahí señalamos que la seguridad social es una institución que contribuye a reproducir las condiciones sociales de producción mediante el “cuidado” de la salud de la clase productiva a fin de reincorporarla a la brevedad posible a su trabajo, tal como se señala en una cita anterior. También dijimos que la seguridad social busca evitar que se agudicen las contradicciones entre el capital y el trabajo, lo cual se expresa como parte de la filosofía del seguro social (instrumento básico de la seguridad social, artículo 4o. de la ley del seguro social): “El régimen del Seguro Social —señala el ex presidente de la república, Luis Echeverría Álvarez— ha contribuido a la expansión económica mediante el mejoramiento de las condiciones de vida

⁴⁸ IMSS 1980, núm. 3:5; cursivas nuestras. J.A. Legaspi Velasco, titular de la Jefatura de Medicina del Trabajo, olvida el aspecto contrario: *adaptar el trabajo al hombre*, a que hace referencia la definición de la Organización Internacional del Trabajo y de la Organización Mundial de la Salud (organismos de la ONU, y en los cuales México participa como signatario o de otras formas). Esta definición señala que los objetivos de la *medicina del trabajo* son: “Promover y mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir cualquier daño que pueda sobrevenir a su salud a causa de las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; *colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas*; en suma, *adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su labor*” (citado en Parmeggiani 1963:9; cursivas nuestras).

del trabajador y *la reducción de las tensiones laborales.*"⁴⁹

Las mismas tesis del funcionario del IMSS, de aumentar la productividad a costa de la salud (aunque esto último no se haga explícito), las presenta el secretario del Trabajo y Previsión Social en 1978, en su prólogo al reglamento general de seguridad e higiene en el trabajo: "El contenido de este instrumento legal, responde a las profundas transformaciones técnicas, económicas y sociales que inciden en los ámbitos de trabajo. Sus objetivos principales son: contribuir a la reducción de los riesgos de trabajo en todas las empresas del país y *eleva la productividad.*"⁵⁰

El Estado, a través de sus diversas instituciones, no sólo proporciona el marco político-ideológico para orientar la comprensión de las causas de los accidentes y enfermedades de trabajo, sino que *delega* en manos de la clase capitalista la organización del proceso productivo cuyas características, expuestas en el capítulo 3 y en forma más concreta en éste, crean las condiciones objetivas y subjetivas para generar los accidentes y enfermedades laborales. Las características de dicha organización van a estar determinadas por las leyes de la acumulación capitalista en la medida en que el empresario busca obtener la máxima ganancia al menor costo posible, y para ello no repara en imponer condiciones de empleo y de trabajo adversas a la salud del trabajador. Esta delegación se estipula en el artículo 123, fracción XV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.⁵¹ En la ley federal del trabajo se concreta esta delegación (véase art. 132,

⁴⁹ Luis Echeverría Álvarez, Exposición de motivos de la *Ley del seguro social de 1973*, p.10 (cursivas nuestras).

⁵⁰-Pedro Ojeda Paullada, Prólogo al *Reglamento general de seguridad e higiene en el trabajo*, p. 12 (cursivas nuestras). Los objetivos mencionados se circunscriben dentro de la política del actual régimen referida a la "Alianza para la Producción".

⁵¹ Ese artículo señala que: "El patrón estará obligado a observar de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores..." Este mismo artículo, en su fracción XVIII, destaca que "las huelgas serán lícitas cuando tengan por objeto conseguir el equilibrio entre los diversos factores de la producción, armonizando los derechos del trabajo con los del capital" (cursivas nuestras).

fracciones XVI, XVII, XVIII y XIX). En esa misma ley se especifica la participación del trabajador: "Observar las medidas preventivas e higiénicas que acuerden las autoridades competentes y las que indiquen los patrones para la seguridad y protección personal de los trabajadores" (art. 134, fracción II). Así, la ley reduce al obrero a un agente pasivo, receptivo, ante las disposiciones del capital respecto a la organización del trabajo.

La participación del IMSS en la organización del proceso productivo es sumamente limitada: "El Instituto llevará a cabo las investigaciones que estime convenientes sobre riesgos de trabajo y *sugerirá* a los patrones las técnicas y prácticas convenientes a efecto de prevenir la realización de dichos riesgos" (ley del seguro social, art. 90, cursivas nuestras).

Todo lo anterior permite demostrar que las leyes instauradas en el sistema capitalista tienen por objeto preservar las condiciones técnicas y sociales necesarias para la producción de plusvalía a costa de la salud y la vida del obrero; empero, aun dentro de este mismo sistema el movimiento obrero ha podido imponer al capital algunos elementos legales para proteger la salud de los trabajadores en la medida en que estos asumen el control de la aplicación de las normas preventivas de los accidentes y enfermedades de trabajo, tal como ha sucedido en Italia.⁵²

Volviendo al primer grupo de factores, los de la base económica, éstos muestran la forma concreta de producir la plusvalía —en otros términos, de explotar la fuerza de trabajo— la cual, según se anotó en el capítulo tercero, puede ser absoluta o relativa: mediante la prolongación de la jornada de trabajo en el primer caso o, en el segundo, si se incrementa la productividad del trabajo a través de la introducción de tecnología a fin de reducir el tiempo necesario para producir los medios de reproducción de la fuerza de trabajo.

⁵² En Italia el estatuto de los derechos de los trabajadores (ley 300 del 20 de mayo de 1970) señala en su artículo 9: "Los trabajadores, mediante su representación, tienen derecho a controlar la aplicación de las normas de prevención de los accidentes y de las enfermedades profesionales y de promover la investigación, la elaboración y la actualización de todas las medidas idóneas para vigilar su salud y su integridad física" (citado en Timio 1981:118).

En la actualidad las economías altamente desarrolladas emplean básicamente la segunda forma de extracción de plusvalía, con excepción de los sectores donde existe menor concentración de capital y que utilizan tecnología poco avanzada. En el caso de México, país capitalista dependiente cuyas características impuestas por las economías centrales nos permiten ubicarlo como país subdesarrollado, puede afirmarse que prevalecen ambas formas de obtener la plusvalía, dependiendo de las diversas ramas de la economía, como veremos más adelante. Importa señalar aquí que “la tendencia del capital es of course, la de ligar el plusvalor absoluto con el relativo: por ende, *la máxima extensión de la jornada laboral con la máxima cantidad de jornadas laborales simultáneas*, simultáneamente con la reducción *al mínimo, por un lado, del tiempo de trabajo necesario, por otro lado, de la cantidad de trabajadores necesarios*” (Marx 1971, II:307).

El tipo de extracción de plusvalía depende, como se dijo, de las características que asuma el proceso de trabajo en las distintas ramas y, en cierta medida, del tamaño de las empresas, que está en relación directa con el grado de concentración del capital.

En cuanto a la economía, ésta puede dividirse en dos grandes ramas: las dinámicas y las tradicionales. Las primeras están compuestas por empresas

orientadas fundamentalmente a la producción suntuaria, de bienes electrodomésticos sofisticados, automóviles, de bienes de capital para desarrollar la producción de estas ramas y de las ramas tradicionales. También incluye la producción de bienes intermedios básicos, como productos químicos, plásticos, etcétera... Es aquí donde más tienden a concentrarse los capitales y donde la acumulación capitalista dependiente se desarrolla con más fuerza (Osorio 1975:12).

En el segundo caso, en las ramas tradicionales, éstas tienen sus propias características en cuanto al tipo de tecnología utilizada, al grado de acumulación capitalista, lo cual repercute en las formas de explotación y en los cuadros de enfermedad y tipos de accidentes que se presentan en aquella parte de la clase obrera que trabaja en estas ramas que “*producen fundamentalmente los bienes que se destinan a la esfera baja del consumo*. Por tanto, el dinamismo de estas ramas es menor, ya que no está en

ellas el centro principal de la acumulación capitalista. Ello se expresa en grados de concentración del capital más bajos” (Osorio 1975:12). En términos generales puede señalarse que en las ramas tradicionales de la economía están concentradas las pequeñas industrias, en tanto que en las ramas dinámicas se encuentran las grandes empresas.

El censo industrial de 1975 señaló que existen en el país 119 212 establecimientos industriales, con un total de 1 707 919 personas ocupadas (dicho censo sólo registró la industria de la transformación y la extractiva). Los establecimientos que cuentan con más de 251 trabajadores representan el 2.14 por ciento del total, sin embargo concentran el 45.40 por ciento de la población trabajadora y el 63.81 por ciento del capital; más aún, se calcula que del total de las empresas sólo el 0.63 por ciento genera el 60 por ciento de la producción bruta total de la industria. En torno a estas grandes empresas existe una gran proliferación y dispersión de las llamadas pequeñas y medianas industrias, las cuales representan el 90.16 por ciento y el 7.68 por ciento de los establecimientos industriales; el 13.0 por ciento y el 28.60 por ciento del valor de la producción industrial y el 10.92 por ciento y el 24.60 por ciento del capital, respectivamente, en términos aproximados. Algunas características de la pequeña y mediana industria son: su escasa concentración de trabajadores por establecimiento, su atraso tecnológico, que genera *condiciones de trabajo peligrosas*, su baja inversión de capital y los *bajos niveles salariales*; una división del trabajo poco acentuada y la *casi ausencia de prestaciones sociales*, así como la *incipiente o nula organización obrera*.⁵³

En las medianas y pequeñas empresas, sobre todo en estas últimas, que alcanzan en el año mencionado 50 984 establecimientos donde trabaja un total de 366 763 personas, la jornada de trabajo generalmente rebasa las 8 horas que marca la ley; además existe el sistema de trabajo a destajo, bajo el cual se intensifica la actividad del obrero, ya que la remuneración económica de-

⁵³ Varios autores, s/f, *Condiciones de trabajo en la pequeña y la mediana industria*, pp. 18 y 20.

pende del número de piezas o productos que elabore, lo cual obliga a eliminar los tiempos "muertos"; esto redundará en un mayor desgaste físico y mental debido a una prolongada exposición a los agentes con los que se encuentra en contacto durante su trabajo y al empleo de su energía bajo un ritmo y tiempo establecidos por los requerimientos de la producción. Otra característica muy importante desde el punto de vista de la salud es que en este tipo de empresas se encuentra con mayor frecuencia el trabajo nocturno (Varios autores s/f: 20-21).

El resultado de la realización de un trabajo en condiciones que no permiten la reproducción adecuada de la fuerza de trabajo (como es la prolongación de la jornada de trabajo, el trabajo a destajo, y el trabajo nocturno y las horas extra), se traduce en un primer momento en fatiga fisiológica que sólo se recupera si el trabajador cuenta con los medios de vida necesarios para ello, concretamente los nutrientes básicos en cantidad y calidad suficientes, así como el descanso adecuado en un ambiente salubre; en vista de que en la mayoría de los casos los trabajadores de la mediana y pequeña industria no pueden reproducir su fuerza de trabajo en condiciones adecuadas, la fatiga se convierte en un campo propicio para que surjan accidentes de trabajo, al reducirse la capacidad psicomotora, y predispone a diversas enfermedades directas o indirectamente relacionadas con el trabajo.

En las ramas dinámicas de la economía, caracterizadas entre otras cosas por la presencia de una elevada tecnología, la forma en que se consume la fuerza de trabajo estará determinada por la forma en que se organiza la producción, en que los ritmos y movimientos de los obreros se encuentran supeditados a los de las máquinas. Aquí, la parcialización del proceso, el trabajo repetitivo, embrutecedor, conduce pronto a la fatiga, principalmente psíquica, y a la enajenación.

La organización del proceso productivo en las grandes, medianas y pequeñas industrias da como resultado cuadros de morbi-mortalidad diferenciales, ya que la manera en que se consume la fuerza de trabajo es distinta, aunque en la base de la explotación estén la fatiga patológica y la enajenación, que son dos elementos predisponentes para que surjan las enfermedades y accidentes laborales, aun cuando en el caso de la fatiga las causas que la ge-

neran pueden ser diferentes según se trate de fatiga psíquica o neuromuscular. Asimismo, deben tomarse en cuenta otros elementos que inciden en la problemática de la salud y la enfermedad, por ejemplo el nivel de conciencia, el desarrollo del movimiento obrero, etcétera.

Un acercamiento hacia la comprobación de las hipótesis planteadas

En el apartado anterior se trató de fundamentar teórica y empíricamente la hipótesis planteada en el tercer apartado de este capítulo. Aquí se presentarán otros datos empíricos provenientes de encuestas, informes o de investigaciones empíricas a fin de acercarnos a la corroboración de las hipótesis específicas derivadas de la hipótesis general.

Estamos conscientes de que para lograr su completa comprobación se requiere de mayores análisis en esa dirección. Además, las investigaciones disponibles hacen referencia por lo general a las condiciones objetivas del trabajo, que se relacionan fundamentalmente con la forma de organizar el proceso productivo para extraer la máxima plusvalía posible. Se deja de lado, en cambio, el estudio de los aspectos subjetivos que repercuten en la problemática de salud y en su conceptualización (como el nivel de conciencia de los miembros del proletariado); elementos subjetivos que tienen una base objetiva y que ellos mismos se objetivan en actitudes y comportamientos, en otras palabras, se materializan.

La carencia de investigaciones sobre las diferencias en el nivel de conciencia sobre los problemas de salud entre los sectores que conforman el proletariado, y cómo se genera dicha conciencia, representa, sin duda, una limitante para nuestro análisis. Existen en México solamente algunas referencias sobre este asunto que expondremos en este apartado.

En relación con la primera hipótesis específica: "El monto del salario es menor en los trabajadores de las industrias de las ramas tradicionales en comparación con el que perciben los que laboran en las industrias de las ramas dinámicas. Esta situación origi-

na mayores dificultades para la subsistencia de la fuerza de trabajo y crea un campo propicio para el surgimiento de enfermedades infecciosas y parasitarias”.

Las empresas de las ramas tradicionales se concentran fundamentalmente en el estrato de las pequeñas industrias que absorben el 45.9 por ciento de la fuerza de trabajo industrial y sólo perciben el 25 por ciento del total de remuneraciones pagadas por la industria. En el otro extremo, en el estrato de las grandes industrias ubicadas sobre todo en las ramas dinámicas, se concentra el 30.2 por ciento de la fuerza de trabajo industrial, que percibe el 48.1 por ciento del total de remuneraciones. Si se considera la remuneración media anual por persona, en el estrato de las pequeñas industrias apenas accede a 11 113 pesos en tanto que en el de las grandes industrias se eleva a 32 428 pesos*

En las industrias de las ramas tradicionales tiene observancia, por lo general, el salario mínimo, mientras que en las de las ramas dinámicas el salario es superior al mínimo establecido. Dicho salario resulta insuficiente para cubrir las necesidades del trabajador y de su familia para conservar y reproducir la fuerza de trabajo.

Al respecto, un estudio** demostró que “el salario mínimo de la época y lugar estudiados (México, D.F. 1976) no es suficiente para cubrir las necesidades *físicamente indispensables* para la subsistencia del obrero y su familia”. En dicho trabajo se consideró sólo la alimentación, la vivienda y el vestido: “en nuestra investigación —dicen los autores— no hemos incluido elementos como la educación, el transporte, la diversión, los servicios, etcétera, fundamentalmente porque éstos no tienen que ver con el valor mínimo de la fuerza de trabajo; pero esta justificación de la investigación no mejora el panorama social de la familia obrera” (*ibid.*, p. 137). Sobre esto, según estudios realizados por dependencias oficiales, “el 50 por ciento de la población que constituyen las familias con más bajos ingresos en el Distrito Federal

* Jaime Osorio Urbina “Superexplotación y clase obrera: el caso mexicano”, *Cuadernos Políticos* Núm. 6, p. 18.

** Guillermo Farfán M., et al., *Una aproximación al valor de la fuerza de trabajo en México* (tesis profesional). p. 132.

gasta el 2.2 por ciento de sus ingresos en educación; el 13.5 por ciento en servicios médicos y medicinas; 2.1 por ciento en diversiones; 3.1 en transporte y el 0.5 por ciento en servicios, lo que arroja un 21.4 por ciento total del gasto" (D G E de la SIC, citado por Farfán, *et al.*: 139).

Las dificultades para una adecuada conservación y reproducción de la fuerza de trabajo (vivienda, alimentación, etcétera), crea un campo propicio para que se desarrollen diversas patologías (enfermedades de las vías respiratorias, gastroenteritis y otras de carácter infeccioso), tal como lo demostramos en el capítulo 6.

Con respecto a la segunda hipótesis específica:

"Dentro de una misma empresa perteneciente al sector dinámico de la economía, por ejemplo Petróleos Mexicanos:

a) existen situaciones diferenciales en el monto del salario, que depende del tipo de ocupación o puesto en el trabajo, y lo cual repercute en la reproducción de la fuerza de trabajo;

b) los trabajadores eventuales tienen una mayor tasa de accidentes de trabajo y de enfermedades infecciosas que los de planta, debido a que aquéllos tienen condiciones de empleo y de trabajo más perjudiciales para la salud que los de planta.

c) Se observa una mayor tasa de accidentes en las actividades primarias que en las de refinación y petroquímica. Esto se explica por el hecho de que en aquéllas los trabajadores son, en su mayoría, eventuales que carecen de capacitación, de condiciones adecuadas de trabajo y de seguridad en el empleo;

d) los trabajadores eventuales tienen una menor organización política y más bajo nivel educativo en comparación con los de planta, lo que contribuye a mantener el desconocimiento de las causas fundamentales que originan los accidentes y enfermedades laborales;

e) los trabajadores eventuales libres* carecen de las prestacio-

* Los trabajadores eventuales libres o pelones "son aquellos asalariados que realizan diversos trabajos para PEMEX —particularmente construcción— 'por obra determinada', y que aparentemente no establecen relaciones laborales con la empresa, puesto que son en la mayoría de los casos 'propuestos' por el sindicato y contratados directamente por un contratista priva-

nes económicas, médicas y sociales del contrato colectivo, lo que provoca mayores dificultades en la conservación de su fuerza de trabajo, con los consiguientes daños a la salud expresados en una mayor tasa de accidentes de trabajo y enfermedades infecciosas, y una menor esperanza de vida.

En relación a la hipótesis 2a, los datos que presentamos a continuación muestran grandes diferencias entre las diversas categorías de obreros con respecto al salario:

*Tabulador de salario de Petróleos Mexicanos
1º de agosto de 1981.*

| Categoría | salario base (no incluye prestaciones) |
|--------------------------------|---|
| Obrero General | \$ 110.18 |
| Ayte. de operario | 117.92 |
| Ayte. de operario especialista | 134.94 |
| Operador de segunda | 172.39 |
| Operador especialista | 219.75 |
| Mayodormo | 298.86 |
| Supervisor de mantenimiento | 356.96 |

Fuente: Contrato Colectivo del STPRM

Con respecto a la hipótesis 2b, un Informe de la Gerencia Industrial de PEMEX, de agosto de 1981, señala que la tasa de accidentes por cada 100 trabajadores fue en los eventuales o transitorios de 10.99, mientras que en el personal de planta se redujo a 4.6. Los trabajadores transitorios accidentados representan el 88.74 por ciento del total de trabajadores que sufrieron accidentes*. Esta situación diferencial se observa también respecto a

do" (Lourdes Orozco, "Explotación y fuerza del trabajo en México", *Cuadernos Políticos*, Núm. 16, p. 67).

* Informe de la Gerencia Industrial de PEMEX, agosto de 1981, p. 2.

a la tasa de morbilidad, concretamente la de tuberculosis pulmonar. Los datos existentes muestran que la tasa para los transitorios fue de 9.0 por mil trabajadores, y para los de planta, de 0.6** (1978).

Como señala Lourdes Orozco:

Los trabajadores transitorios no son una fuerza de trabajo sólo "coyuntural". Lejos de ello, su fuerza de trabajo es explotada en forma permanente, en mayor o menor número, verticalmente en todas las fases de la producción y horizontalmente en todas las fábricas, instalaciones y oficinas de PEMEX, por cuanto se le ocupa en forma indiscriminada para cualquier trabajo, aunque preferentemente se le confieren los trabajos directamente productivos y/o las actividades más rudas, más pesadas (como son las producciones)***

En relación con la hipótesis 2c, entre 1976 y 1978 "se elevó el número absoluto de accidentes ocurridos en las Actividades primarias (el número relativo es casi constante), con un total de 19,651 siniestros; lo cual significa que, al término de estos tres años, *casi la mitad* de estos trabajadores se habían accidentado. En cambio, en las otras dos áreas se produjeron menos accidentes, que además fueron disminuyendo",**** como se observa en el siguiente cuadro:

Accidentes en tres áreas de PEMEX, 1976-1978

| Año | Actividades primarias | | Refinación | | Petroquímica | |
|-------|-----------------------|------|------------|------|--------------|------|
| | Número | % | Número | % | Número | % |
| 1976 | 6 249 | 16.0 | 1 584 | 7.8 | 781 | 10.5 |
| 1977 | 6 556 | 15.8 | 1 491 | 7.2 | 832 | 10.7 |
| 1978 | 6 846 | 15.7 | 1 473 | 6.9 | 729 | 8.5 |
| Total | 19 651 | 47.5 | 4 548 | 21.9 | 2 342 | 29.7 |

Nota: Los porcentajes fueron calculados en base al número y promedio trianual de trabajadores de cada área.

Fuente: Gerencia de Seguridad Industrial, PEMEX.

** Ma. de los Angeles Garduño y Héctor D. Salazar, *La salud de los petroleros en la encrucijada de la crisis*, p. 10.

*** Lourdes Orozco, *op. cit.* p. 67-68.

**** Garduño y Salazar, *op. cit.* p. 7.

Con respecto a las condiciones de trabajo de los obreros que laboran en actividades primarias, y sus repercusiones en la salud, un estudio* señala:

Los obreros dedicados a la perforación de pozos ... que han aumentado la producción enormemente, a costa de su salud, trabajan en condiciones altamente riesgosas y reciben salarios completamente insuficientes. Están sometidos 8 horas diarias, a veces más, durante 6 días por semana a un proceso de trabajo estresante por sus características muy particulares de peligro, ruido, vibración, cambios bruscos de temperatura, etcétera... hay que advertir que en los equipos de perforación no existe ningún tipo de instalación sanitaria. Se exponen también a dolores musculares y de la columna vertebral por el excesivo esfuerzo. A irritaciones en los ojos por los polvos que desprenden las sustancias con que se prepara el lodo y a una serie de padecimientos que no se consideran profesionales aunque lo sean como la depresión nerviosa, los dolores de cabeza por la tensión constante, los trastornos del sueño por causa de los turnos alternados, etcétera.

Esta patología predispone, de uno u otro modo, al desarrollo de un campo propicio para que surjan los accidentes de trabajo.

Con respecto a la hipótesis 2d, Lourdes Orozco* da cuenta del "bajo nivel de preparación... (y) su poca tradición y organización de clase obrera, dada en parte, por su pasado inmediatamente campesino, convierten a los trabajadores transitorios o eventuales, legal y realmente, en la mayor y más segura fuente de plusvalía, y con ello de ganancia, para PEMEX".

Las consecuencias de la explotación exagerada de que son objeto los trabajadores eventuales se concretan a daños a la salud: mayores riesgos de enfermarse y accidentarse con tasas más elevadas de gravedad y letalidad. Estos daños trascienden, como ya lo hemos apuntado, a la esfera de la familia donde el resto de sus integrantes resiente en forma directa o indirecta la explotación capitalista.

Como ya hemos visto, la tendencia del capital es la de obtener la máxima plusvalía al menor costo posible de los medios de

* Ma. Estela Martínez Téllez, "Condiciones de trabajo en equipos de perforación", ponencia presentada en Foro Sindical: La salud de los trabajadores en México, situación actual México", Julio de 1982, pp. 3-4.

* Lourdes Orozco, *op. cit.*, p. 68.

producción y de la *fuerza de trabajo*; en el caso de PEMEX, se ha incrementado la contratación de fuerza de trabajo eventual. En 1960 representaba el 35.8 por ciento (16 739 trabajadores), cifra que ascendió al 43.4 por ciento (44 787) para 1979.** Empero, en los nuevos centros petroleros, la mayoría son eventuales; en Tabasco son el 60.6 por ciento y en Chiapas el 80.8 por ciento de los trabajadores.***

Sin duda, la falta de organización de los trabajadores eventuales, aunado a la existencia de un sindicato que se preocupa fundamentalmente por los obreros de planta, repercute en las condiciones de empleo y de trabajo cuyas consecuencias en la salud ya hemos tenido oportunidad de señalar.

El Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana (STPRM) y la empresa tienen especial interés en la fuerza de trabajo eventual por los beneficios que ella reporta:

Tomando en cuenta que el 70 por ciento de la fuerza de trabajo empleada en PEMEX son trabajadores transitorios o eventuales, que *compran* mensualmente su contrato, podemos entender que en tanto son ellos el principal mercado para la venta de contratos, la transitoriedad en la ocupación resulta no sólo del ritmo de la acumulación en la industria petrolera, sino también de las presiones e intereses materiales, económicos y políticos del aparato sindical "charro" del STPRM. (De esta manera), la inestabilidad e inseguridad inherentes al trabajo eventual ofrece ventajas, por demás fructíferas: de un lado, convierte a los trabajadores transitorios, esto es, a la gran mayoría de los trabajadores petroleros, en un enorme mercado cautivo de los dirigentes sindicales, además de que facilita a estos últimos el manejo incondicional y el control político de los obreros transitorios; de otro lado, este procedimiento representa para la empresa una fuente adicional de ganancia, pues le permite mantener y explotar a una enorme masa de trabajadores, por debajo de los derechos y prestaciones mínimas de las que goza un obrero de planta.*

Ante estas circunstancias, es fácil comprender que a la empresa y al sindicato les interesa muy poco las condiciones de traba-

** Anuario Estadístico de PEMEX 1977, 1979, citado por Francisco Colmenares Cesar, *Acumulación de capital y lucha de clases en la industria petrolera mexicana*, cuadro 43).

*** *Ibid.*, 374.

* *Ibid.* p. 71 (El 70% incluye a trabajadores transitorios y eventuales libres).

jo y el bienestar de los obreros transitorios que son los más explotados por “el desarrollo” de la industria petrolera. De este modo surge una diferenciación en el sector obrero que labora en esta industria que es, sin duda, una de las más dinámicas de la economía nacional. “Las diferencias en las condiciones de trabajo y en los niveles de salarios y prestaciones, que sustentan el status económico de la burocracia y su control político sobre los trabajadores, ha provocado, en gran medida, no sólo una actitud competitiva e indiferente entre los trabajadores petroleros, sino además, una real atomización de sus intereses y luchas”. ** Esta situación repercute en la escasa organización de los trabajadores eventuales, lo cual a su vez, incide en su incapacidad de mejorar las condiciones de empleo y de trabajo que provoca, directa o indirectamente, un mayor índice de accidentes y enfermedades laborales. Daños a la salud que, como ya hemos señalado, trascienden el ámbito del trabajo y alteran la vida familiar con todas sus consecuencias económicas y sociales. Pero esta situación no termina aquí, ya que el acceso *real* de los trabajadores eventuales a los servicios médicos es menor con respecto al de los obreros de planta debido a que aquéllos se ven obligados en muchas ocasiones a “ignorar sus enfermedades” a fin de continuar laborando y poder comprar su contrato periódico.

Importa destacar, además, que su baja preparación y su falta de organización obrera y limitada conciencia político-sindical, inciden, de manera negativa, en la comprensión de las verdaderas causas que provocan los accidentes y enfermedades laborales. Aunado a esto, se encuentra presente la ideología dominante que encubre las causas fundamentales de la patología laboral: la organización capitalista del proceso productivo. La empresa Petróleos Mexicanos, al igual que las demás empresas capitalistas, señala como origen de los accidentes a los actos inseguros, es decir, remite las causas a lo externo e inmediato de los fenómenos y deja de lado aquello que determina tales actos inseguros: condiciones materiales de trabajo y de vida desfavorables impuestas por el modo capitalista de producción. De esta manera,

** *Ibid.*, p. 74.

PEMEX imputa a los trabajadores la mayoría de las causas de accidentes : "Más de un 85 por ciento de los accidentes ocurridos fueron debidos a actos inseguros de los trabajadores, por lo que *recomendamos campaña permanente de motivación en este sentido*".*

Faltan estudios para comprobar empíricamente la relación entre el bajo nivel educativo y falta de organización obrera y el nivel de conciencia sobre las causas verdaderas de los problemas de salud. Aquí sólo apuntamos algunas consideraciones que es necesario ampliar en otros estudios a fin de corroborar la hipótesis propuesta.

Con relación a la hipótesis 2e), los trabajadores eventuales libres se encuentran todavía en peores condiciones de trabajo y empleo que los eventuales ya que no tienen acceso a las prestaciones del contrato colectivo, además de que su nivel salarial es todavía menor, lo que, sin duda, repercute de manera negativa en la conservación de la fuerza de trabajo. Estos trabajadores laboran por lo general en el área de la construcción en el que se registra, a nivel nacional*, la tasa más alta de accidentes de trabajo. Aunado a esto se encuentran las condiciones de vida deterioradas (hacinamiento, desnutrición, etcétera) que son campo propicio para el surgimiento de enfermedades infecciosas (neumonías, gastroenteritis, tuberculosis, por ejemplo) que reducen la esperanza de vida de los obreros eventuales libres.

Faltan estudios para determinar en forma más precisa las condiciones de trabajo y de vida de estos trabajadores y sus repercusiones en la salud.

La tercera hipótesis señala que: "la exposición a riesgos de trabajo considerados como altamente peligrosos, derivada del tipo de ocupación o del puesto de trabajo, origina: a) mayores problemas psicofísicos a los obreros que repercuten negativamente

* Informe de la Gerencia de Seguridad Industrial de PEMEX, agosto de 1981, p. 10. (subrayado nuestro).

* El total de accidentes en la actividad de la construcción fue, para 1979, de 73,524 (14.8 por ciento del total de accidentes registrados) y la tasa de accidentes fue de 188 por cada 100 trabajadores expuestos, es decir, cada trabajador de la construcción se accidentó casi dos veces al año (en promedio). Datos de la Jefatura de Medicina del Trabajo. IMSS.

en las relaciones familiares, y, *b*) una menor esperanza de vida, en comparación con aquellos obreros no expuestos a tales riesgos.

De acuerdo con un estudio realizado en la Compañía de Luz y Fuerza del Centro en 1978, *el grupo expuesto al riesgo eléctrico*, comparado con el grupo testigo (no expuesto) presenta 4 veces más hipertensión, 6 veces más enfermedades isquémicas del corazón, 11 veces más úlcera péptica, 4 veces diabetes, 5 veces alteración del sueño, 4 veces alteraciones en la vida sexual, todo lo cual es el resultado de las condiciones concretas en que dicho grupo se inserta en el proceso de trabajo: condiciones en las que está presente el *riesgo eléctrico* y de las cuales no puede librarse el trabajador por la forma en que se organiza el proceso productivo que responde a los intereses de la empresa.

El cuadro siguiente presenta las diferencias respecto de otras enfermedades entre el grupo expuesto y el testigo.

Lo anterior, demuestra, por un lado, que dicha patología es el resultado del tipo de trabajo y de las condiciones en las que se labora y, por el otro, que las alteraciones que sufre el organismo por las características del trabajo a que está sometido repercuten en la vida familiar, alterando las relaciones con la esposa y los hijos (problemas en la vida sexual, insomnio, ansiedad, depresión).

Los padecimientos señalados en el cuadro son en gran medida el resultado de la tensión provocada por la exposición al riesgo eléctrico. El estado de *stress* condiciona además el desarrollo de otras enfermedades como la obesidad, artritis, asma, etcétera. Asimismo, tales padecimientos contribuyen a aumentar la accidentabilidad ya que el organismo se encuentra en condiciones inadecuadas para mantener la atención necesaria en el trabajo (visión borrosa, malestar indefinido). Al respecto, el estudio mencionado revela que el mayor porcentaje de accidentes se presentó en los departamentos cuyos trabajadores se encuentran expuestos a riesgo eléctrico (en Líneas aéreas y Distribución de pruebas el porcentaje fue de 17.78, el cual descendió en los departamentos de Inspección y Gerencia de Personal a 2.83 por ciento)*

* Jorge Fernández Osorio, *op. cit.*, p. 11.

CAPITALISMO Y ENFERMEDAD

Resultados en estudios clínicos

| <i>Padecimientos</i> | <i>Grupo "A" (expuesto) %</i> | <i>Grupo "B" (testigo) %</i> |
|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Gastritis | 44.70 | 21.56 |
| Úlcera péptica | 21.12 | 1.90 |
| Enfermedades reumáticas | 21.12 | 1.96 |
| Conjuntivitis | 25.75 | 3.92 |
| Enterocolitis | 47.77 | 11.76 |
| Hipertensión arterial | 15.70 | 3.92 |
| Cardiopatía isquémica | 11.57 | 1.96 |
| Diabetes mellitus | 13.55 | 4.00 |

Resultados del estudio de salud mental

Casos

| | | |
|--------------------------------|-------|-------|
| Síndrome de ansiedad | 61.03 | 7.84 |
| Síndrome de depresión | 34.05 | 25.00 |
| Alteraciones del sueño | 61.76 | 13.72 |
| Insomnio inicial | 23.00 | 6.00 |
| Insomnio intermedio | 9.00 | 4.00 |
| Insomnio | 3.00 | 2.00 |
| No especificó | 10.00 | 2.00 |
| Disomnio | 8.00 | 0.00 |
| Combinación de dos o más | 8.00 | 0.00 |
| Alteraciones en la vida sexual | 31.00 | 8.00 |
| Fatiga clínica (7 síntomas) | | |
| Sin síntomas | 5.00 | 32.00 |
| Con 1 a 3 síntomas | 65.00 | 68.00 |
| Con más de 4 síntomas | 30.00 | 0.00 |

FUENTE: Jorge Fernández Osorio (coordinador), *Estudio fisiológico, médico y psiquiátrico en trabajadores expuestos a riesgo eléctrico*, pp.6-7.

Los daños a la salud repercuten sin lugar a dudas más allá de la vida inmediata del trabajador ya que mientras exista mayor *stress* y fatiga y se presenten enfermedades como las señaladas anteriormente, habrá *envejecimiento precoz* y disminuirá la *esperanza de vida*. Las palabras de Marx muestran con toda claridad la explotación del obrero por el capital y sus repercusiones en la duración de la vida: "La producción capitalista, que es, en sustancia, producción de plusvalía, absorción de trabajo exce-

dente, no conduce solamente al *empobrecimiento* de la fuerza humana de trabajo, despojada de sus condiciones normales de desarrollo y de ejercicio físico y moral. *Produce, además, la extenuación y la muerte prematuras de la misma fuerza de trabajo**.*

Y la realidad concreta comprueba la validez de lo expuesto por Marx. En el estudio antes citado se apunta que en el grupo no expuesto a riesgo eléctrico, el 93.6 por ciento de las personas sobrevivió más de 10 años después de la jubilación, cifra que descendió a 71.2 por ciento en el grupo expuesto a riesgo eléctrico. Estas diferencias se observan también respecto a los fallecimientos durante los 10 años posteriores a la jubilación: en el grupo testigo (no expuesto) el porcentaje fue de 6.4 en tanto que en el grupo expuesto ascendió a 28.8 por ciento***.

En otro estudio realizado en Diesel Nacional (DINA), el riesgo al factor *ruido*, como generador de problemas acústicos, nerviosos, cefaleas, etcétera y que limita la comunicación con los demás compañeros de trabajo y vuelve más monótono el trabajo,

está presente en el conjunto de la fábrica, pero es particularmente alto en las áreas de remachado, barrenado y pintura en las naves de autobuses y camiones, y en la sección de pruebas de motores en la nave del mismo nombre. En esta última alcanza niveles hasta de 96 decibeles, tomando en cuenta la atenuación producida por el equipo de protección, que según pudimos comprobar no era de uso habitual en los trabajadores de esta área. (Varios autores 1980:80).

Lo anterior lo pudimos observar directamente en un estudio que realizamos en el Taller de Investigación Sociológica (Facultad de Ciencias Políticas y Sociales) en esa fábrica. La encuesta que aplicamos corroboró lo anterior.

Importa subrayar que en el estudio sobre DINA, “al 48.6 por ciento de las esposas que respondieron a la pregunta de qué problemas de salud del esposo atribuían a su trabajo, les preocupaba fundamentalmente los trastornos emocionales” (Varios autores, 1980:86).

** Marx, *El Capital*, vol. I, p. 208.

*** Jorge Fernández Osorio, *op. cit.*, p. 12.

Lo anterior confirma la hipótesis de que los problemas de salud del obrero repercuten en las relaciones familiares.

Con respecto a la cuarta hipótesis: "El consumo de la fuerza de trabajo en algunas industrias, caracterizado por la intensificación del proceso laboral y por la fatiga física o nerviosa que origina, ha conducido a los trabajadores a adquirir conciencia de las verdaderas causas que originan los problemas de salud. Esto ha permitido luchar en forma organizada para mejorar las condiciones de empleo y de trabajo que dañan su salud".

Tal hecho, en caso de comprobarse, significaría un gran avance del movimiento obrero —sobre todo el organizado— para exigir al capital condiciones de empleo y de trabajo que sean lo menos perjudiciales para su salud. Además, echaría por tierra la concepción de los empresarios y de muchos especialistas en seguridad industrial al servicio del capital de que los accidentes de trabajo se producen por el descuido de los trabajadores, por cuestiones subjetivas que se engloban en el concepto de "acto inseguro" tal como lo vimos en el caso de Petróleos Mexicanos (hipótesis 2d).

Las recomendaciones que surgen de esta forma de enfocar el problema ya lo señalamos también: mayor motivación a fin de concientizarlo y hacerlo más responsable y eficiente tal y como se menciona en diversos estudios*.

Sin duda, las formas que el capital instrumenta para disminuir los accidentes de trabajo son útiles ya que permiten reducir los accidentes laborales; empero su reducción *sustancial* sólo es po-

* Véase el Informe de la Gerencia de Seguridad Industrial de PEMEX antes citado. Otro estudio sobre la industria textil apunta en la misma dirección: "los actos inseguros constituyen un factor de importancia en la génesis de los accidentes", y "si se toma en cuenta que un acto inseguro es una desviación del método correcto para realizar los procedimientos de trabajo, una de las formas más eficaces de resolver el problema es enseñando al trabajador desde el principio, cuál es el método adecuado de ejecutar los distintos pasos del procedimiento laboral. Si a lo anterior se añade el hecho de proporcionar al trabajador todos los elementos necesarios para que realice su trabajo y simultáneamente se le oriente y *motiva* para que no se aparte de los lineamientos que integran el proceso mencionado, se habrá logrado concientizarlo y, particularmente, hacerlo más responsable y eficiente" (Cuauhtémoc Carrasco, *et al.*, "Condiciones de seguridad de un grupo de trabajadores de una empresa textil mexicana" *Revista Condiciones de trabajo*, vol. 4, núm. 2, pp. 155-156).

sible si los obreros participan directamente en la organización del proceso productivo y asumen el control de las condiciones de seguridad e higiene, a fin de que el proceso de trabajo ocasione el menor número de accidentes y enfermedades y las tasas de gravedad disminuyan sensiblemente. Además, su participación en este renglón permitirá que el desgaste físico y psíquico sea menor, con lo cual se elevará su expectativa de vida.

Para lograr esto, es necesario que la clase proletaria cobre plena conciencia de que *son las condiciones de trabajo y empleo las que dañan su salud y conducen a un envejecimiento prematuro y reducen su esperanza de vida*. Las condiciones objetivas de trabajo y de vida del proletariado han conducido al surgimiento de fracciones o sectores obreros algunos de los cuales, por encontrarse en esferas de la producción donde existe “una mayor acumulación de capital que acelera la lucha de clases” (Marx, *El Capital*, t.I, p. 554) y pertenecer al llamado movimiento obrero organizado, han podido, antes que otros grupos obreros, tomar conciencia de su situación objetiva (de explotación) impuesta por el capital. Esto les ha permitido desarrollar formas de lucha específicas para enfrentar a la organización capitalista de la producción que genera daños a su salud.

Para ilustrar lo anterior, citaremos algunas experiencias de sindicatos mexicanos cuyos trabajadores han reconocido que el tipo de trabajo que desempeñan conduce a un mayor desgaste, a una muerte prematura o a una vejez llena de enfermedades. Tal es el caso del estudio planeado por el sindicato de trabajadores de la Compañía de Luz y Fuerza del Centro, estudio realizado parcialmente por los trabajadores con la asistencia técnica de médicos* que apoyó una demanda concreta de los trabajadores: la jubilación a los 25 años (sin límite de edad y con el 100 por ciento del salario) para aquellos obreros que hayan laborado 15 años o más con altas tensiones y/o altas corrientes eléctricas. Tal petición no fue aceptada por la empresa por lo que en el Contrato Colectivo de Trabajo celebrado entre la Compañía de Luz y Fuerza

* Vid. Jorge Fernández Osorio (coordinador), *Estudio Fisiológico, médico y psiquiátrico en trabajadores expuestos a riesgo eléctrico de la Cía. de Luz y Fuerza del Centro*, 1978.

del Centro, S.A. y el Sindicato Mexicano de Electricistas (SME) 1978-1980, se estipula que "cualquier trabajador podrá solicitar y obtener su jubilación, siempre y cuando haya cumplido veinticinco años de servicios y cincuenta y cinco años de edad" (Cláusula 64).

A pesar de esta derrota del trabajo frente al capital, se empieza a cobrar conciencia de que los responsables del cuidado de la salud de los obreros son ellos mismos, por lo que no debe delegarse a los empresarios o autoridades sanitarias tal derecho: son los trabajadores los que deben controlar las condiciones en que se desarrolla la actividad laboral y que afectan su salud. Para ello es necesario que cuenten con la asesoría de especialistas en las diversas áreas con las cuales está relacionado el proceso de trabajo (medicina del trabajo, sociología médica, etcétera).

Otro caso es el Altos Hornos de México, S.A. (AHMSA), concretamente los trabajadores del Departamento de Aceración S. M., donde "la actividad está basada en el esfuerzo directo de sus trabajadores sometidos a condiciones excesivamente desgastantes y peligrosas... El taller, por ser viejo e ineficiente frente a otros talleres, ha sido desplazado en el abastecimiento de materias primas y en atención, por eso el millón de toneladas anuales que producía (de acero) hasta el año antepasado (1980) se obtenían principalmente gracias al esfuerzo y la salud de los trabajadores... A finales de 1980, la situación se tornó crítica. Para compensar la pérdida de productividad por envejecimiento (de las instalaciones) y por la baja de la calidad de las materias primas y los materiales de trabajo, la dirección buscó intensificar el ritmo de la producción. Los trabajadores nos encontramos con que teníamos que hacer un mayor esfuerzo, con mayor desgaste, en condiciones más adversas por el calor y los polvos para ganar menos, porque de todos modos no alcanzábamos la productividad anterior y, por lo tanto la bonificación era menor".*

Ante esta situación —señalan los obreros— "presentamos una serie de demandas a la empresa. Desde aumentos salariales a algu-

* Comisión de Reducción de la Jornada. "La lucha por la reducción de la jornada por motivos de salud", ponencia presentada en Foro Sindical: La salud de los trabajadores en México, situación actual, México, julio de 1982, p. 13.

nas categorías, proposiciones de cambio en el sistema de producción para hacer el trabajo menos pesado y más productivo, hasta la demanda de reducir la jornada laboral, una compensación por desgaste físico y la reducción del tiempo de terminación. Conseguimos que la empresa nos diera información técnica detallada, para analizar el proceso de trabajo y demostrar que lo que afirmábamos se podía observar en los coeficientes técnicos; pero además hicimos otras indagaciones. Encontramos, por ejemplo, que de 1976 a 1979, el porcentaje de los compañeros que se habían terminado por incapacidad física había subido de 37 por ciento a 80 por ciento de los obreros que se retiraron del trabajo en el taller”.**

Una de las consecuencias de la lucha de los obreros del Depto., de Aceración de AHMSA, fue la inclusión de un inciso en el convenio anexo al contrato colectivo (1982) en el que se señala la necesidad de integrar una comisión para estudiar las categorías de los Departamentos que ameriten la reducción de la jornada.

“...la conciencia que hemos adquirido en todo este proceso —dicen los obreros— no nos la quitará nadie, porque empezamos a comprender que la lucha por nuestra salud depende fundamentalmente de nosotros, que nadie debe obligarnos a trabajar a un ritmo y una actividad que sea desgastante para nosotros y nuestras familias”.

Cabe señalar que en la medida en que avance el movimiento obrero y se cobre plena conciencia no solamente de la necesidad de luchar por reivindicaciones económicas y políticas sino también por el mejoramiento de las condiciones de trabajo que causan daños a la salud, se habrán sentado las bases para eliminar hasta donde sea posible la “monetización de la salud”, o sea, el vender la salud al mejor precio, pidiendo justas indemnizaciones en caso de accidentes o enfermedades laborales que incapaciten temporal o permanentemente al trabajador o por la muerte de éste en el ámbito del trabajo.

Con respecto a la última hipótesis,* existen suficientes evi-

** *Ibid.*, p. 15.

* Véase esta hipótesis (quinta) en el tercer apartado de este capítulo.

dencias empíricas para demostrar que la falta de una nutrición y descanso adecuados, el trabajo a destajo y las horas extras así como cualquier actividad que se desarrolle en forma intensiva —aspectos que configuran un fenómeno: la superexplotación del trabajo— elevan el nivel de fatiga y de *stress*, lo cual crea un campo propicio para que se observen mayores enfermedades y accidentes laborales y se reduzca la esperanza de vida de los trabajadores sometidos a estas condiciones de trabajo y de vida. Algunos datos empíricos se han aportado en este trabajo; otros es necesario recabarlos a través de investigaciones directas a fin de poder comprobar ampliamente la hipótesis planteada.

De todo lo antes expuesto, puede concluirse que *la forma en que un determinado grupo de trabajadores produce y se reproduce determina la forma cómo este grupo se enferma* (tipos de enfermedad, tasas diferenciales de accidentes y enfermedades).

Para concluir este capítulo, en el cual se analizó de manera concreta la relación *trabajo-daños a la salud*, es necesario recuperar la idea central contenida en la hipótesis formulada y la cual sirvió de base para el análisis de cada una de las hipótesis específicas. Dicha idea es la de que la forma de insertarse en el proceso productivo, concretamente *el tipo de trabajo*, determina en gran medida la patología industrial propia de cada uno de los sectores de la clase obrera. Esta relación fue expresada por primera vez en 1700 por el padre de la medicina del trabajo, Bernardino Ramazzini, quien señalaba la importancia de investigar con una simple pero a la vez fundamental pregunta la posible presencia de enfermedades profesionales. Esta pregunta es ¿EN QUE TRABAJAS?, pregunta que retoma Marx, quien fue lector de Ramazzini, para incluirla en primer término en su encuesta obrera (*vid.* apéndice C), en la cual Marx dedica un apartado para inquirir acerca de las condiciones de empleo y de trabajo que afectan la salud ya sea en forma directa o indirecta.

Nuevamente hacemos referencia a un aspecto poco analizado de Marx: su interés por la salud del trabajador como una manifestación concreta de la explotación capitalista. Aquí es donde justamente confluyen diversas líneas de su obra que representan a su vez aspectos de diversas disciplinas: sociología médica, sociología del trabajo, medicina del trabajo, etcétera.

Marx llega al análisis de los daños concretos a la salud del obrero después de contar con un marco teórico de referencia que da cuenta de las leyes del modo de producción capitalista, leyes que permiten la explotación del trabajador y su creciente miseria con las consecuencias que esto origina en la salud del obrero y de su familia.

Importa, por lo tanto, rescatar las aportaciones de Marx en este campo a fin de orientar los estudios sobre la problemática de la salud en el proceso de trabajo que se realizan en las disciplinas mencionadas. Sus aportes, como lo hemos mostrado a lo largo del trabajo, no son solamente en el terreno teórico sino en el análisis concreto de situaciones concretas, en este caso, los daños a la salud que ocasiona la explotación capitalista. Junto con Marx se encuentra Federico Engels quien también se ocupó del tema objeto de este estudio y cuyas aportaciones hemos tratado de recuperar en capítulos anteriores.

El desarrollo de la tecnología y la organización moderna del trabajo: enfermedad y muerte de la clase obrera

Si se reconoce que el ambiente de trabajo, producto de la forma en que se organiza el proceso productivo, y que responde a los intereses del capital, provoca directa o indirectamente diversas enfermedades y accidentes, es necesario analizar los elementos que componen dicho ambiente nocivo para la salud del trabajador. Estos elementos, como podrá observarse, se presentan en mayor o menor medida en los distintos sectores de la producción.

El *primer grupo* de factores comprende aquellos presentes también en el ambiente donde vive el hombre (la casa habitación, por ejemplo). Se refieren, por tanto, a aspectos que rebasan el ámbito de trabajo: luz, temperatura, humedad, ventilación, espacio, contaminación ambiental, por ejemplo ruido y polución atmosférica. Estos factores se vuelven insalubres en el momento en que están presentes en exceso o disminuidos, o bien se combinan entre sí de manera no equilibrada, y pueden provocar, por ejemplo, sordera, enfermedades causadas por las variaciones bruscas de temperatura, astenia, enfermedades de los ojos, etcétera. El *segundo grupo* de factores no siempre está presente en el medio en el que el hombre vive (fuera del trabajo) y se encuen-

tra casi exclusivamente bajo la forma de polvos, gas, compresión y descompresión, humos (sílices, amianto y otros), vibraciones (por ejemplo la de los martillos neumáticos), radiaciones. Son, como se ve, los factores insalubres característicos del ambiente de trabajo de la industria moderna. El *tercer grupo* comprende un solo factor: la actividad muscular o trabajo físico, es decir, el cansancio, la fatiga provocada por el trabajo. El trabajo muscular prolongado se vuelve un factor insalubre cuando la fatiga que provoca no desaparece con el reposo nocturno normal. El *cuarto grupo* comprende todas las condiciones que pueden determinar cansancio, que generan *stress* psíquico, nervioso, y alteran el equilibrio y el bienestar psicofísico de los trabajadores. Monotonía, repetición, ritmos excesivos, saturación de los tiempos, mala posición, ansiedad, responsabilidad, frustraciones. Naturalmente, está comprendido de nuevo el ambiente de trabajo circundante (microclima, polvos, sustancias tóxicas, ruidos, etcétera). Las condiciones ambientales insalubres no se limitan sólo a producir un daño físico; determinan también un daño psíquico, lo que produce en el trabajador estados ansiosos y neuróticos. En el trabajo moderno el obrero se encuentra frecuentemente aislado en su trabajo, no está informado sobre la organización del mismo; de ahí se deriva una alienación que le causa disgusto, cansancio, inquietud (véase Ricchi 1981:308-310).

Es importante subrayar que los cuatro grupos de factores en que se subdivide la insalubridad del ambiente de trabajo consideran al obrero como un miembro no sólo de la fábrica sino de la comunidad, con lo cual se retoma la tesis de que la vida en la fábrica trasciende el entorno físico de ésta y forma parte de la sociedad en su conjunto. De ahí que las políticas y acciones encaminadas a mejorar la salud de la clase obrera deben rebasar el marco estrecho de la fábrica, la cual, en última instancia, representa la concreción de la forma en que se organiza la sociedad para la extracción de la plusvalía y la acumulación capitalista.

En relación con los grupos tercero y cuarto, puede mencionarse que la fatiga física (*tercer grupo*) se presenta básicamente en la pequeña industria, donde se observan con mayor frecuencia la prolongación de la jornada, el trabajo a destajo y las horas extra; en cambio el *cuarto grupo*, la fatiga psíquica, surge de la moderna organización del trabajo y el elevado desarrollo tecnológico que implica la parcelación del proceso productivo y convierte al hombre en una parte de la máquina, sujeto a los ritmos y movimientos de ésta.

La presencia de estas condiciones en la industria ha propiciado un cambio relativo en la patología predominante “al disminuir las causas de muerte relacionadas con el proceso de trabajo de ‘trabajo excesivo-consumo deficiente’ y un incremento en las causas de muerte relacionadas con el proceso de trabajo del capitalismo avanzado que se caracteriza por el predominio de la extracción de plusvalía relativa y la utilización de nuevos tipos de objetos e instrumentos de trabajo potencialmente peligrosos” (Laurell 1978:73).

El avance de la industrialización ha permitido mejoras en el campo de la salubridad del ambiente del trabajo, principalmente en las grandes empresas, de tal manera que han disminuido los daños a la salud por agentes como el polvo, el calor, la falta de ventilación.

En las fábricas de los sectores dinámicos de la economía se garantiza la ausencia relativa de sustancias nocivas y de trabajos pesados y peligrosos —dice Mario Rosignoli, 1978:95-96— pero no se garantiza la salubridad de la fábrica. En efecto, los males que surgen de este tipo de fábricas modernas son sobre todo aquellos comprendidos en el cuarto grupo de los factores insalubres y que deben imputarse, como ya se ha dicho, a la organización científica del trabajo y al consiguiente desarrollo tecnológico: monotonía, repetitividad, ritmos excesivos, angustia, responsabilidad, etcétera.

Es de suma importancia hacer algunas consideraciones más amplias sobre el cuarto grupo de factores insalubres, debido a que los apólogos de la organización moderna del trabajo y del desarrollo tecnológico consideran a éstos la panacea para resolver la explotación de que era objeto el trabajador durante los inicios del modo de producción capitalista. Con el argumento de que la máquina ha contribuido a liberar al hombre de los trabajos pesados y peligrosos, consideran su empleo como un avance para cuidar de la salud de los obreros. Empero, ocultan o no reconocen los males que ha acarreado su uso capitalista.

Los individuos que laboran en procesos de trabajo dominados por la tecnología y la administración “científica” del trabajo, por ejemplo el taylorismo,⁶⁷ sufren de tensión continua

⁶⁷ El taylorismo, teoría elaborada por Federico Winslow Taylor a finales del siglo pasado y principios del presente, “está basada sobre el análisis del funcionamiento de las máquinas y de la manera de trabajar de los obreros, sobre la elección

(*stress*)⁶⁸ por la forma como se desarrolla el trabajo: se eliminan los tiempos “muertos”, las pausas, y sus movimientos dependen de los ritmos y movimientos de las máquinas, por lo que deben estar atentos al trabajo monótono, rutinario de ellas. Es-

del personal dirigente y de inspección y sobre la tipificación de los instrumentos mejor adaptados para cada operación. En esta línea llega a la racionalización del trabajo eliminando los movimientos ‘inútiles’, el desperdicio de tiempo, de energías, de materiales, determinando cronométricamente los tiempos necesarios para cada operación y fijando, así, la cantidad de trabajo que puede ser producida cada día por el obrero. Resultado: mayor producción, mayor rendimiento, mayor ganancia, *mayor costo físico-psíquico del trabajo para el obrero*. Los principios básicos del método básico del método tayloriano: elegir los hombres adaptados a determinado trabajo, enseñar el método más eficiente, dar incentivos en forma de salario más alto a quien produce más” (Ricchi 1981:293-294). Marx ya preveía lo anterior: “Al crecer las proporciones de los establecimientos industriales, se sientan por doquier las bases para una organización más amplia del trabajo colectivo de muchos, para un desarrollo mayor de sus impulsos materiales; es decir, para la transformación cada vez más acentuada de toda una serie de procesos de producción explotados aisladamente y de un modo consuetudinario en procesos de producción combinados social y científicamente organizados” (Marx 1973a, 1:531). Las consideraciones anteriores sobre el taylorismo no significan, bajo ningún concepto, que se desconozca la importancia de algunos de estos principios en otro régimen de producción, por ejemplo en el socialista, como lo indicó el mismo Lenin (1978b:692): “Se debe poner a la orden del día la aplicación práctica y el ensayo de la remuneración por unidad de trabajo realizado, el aprovechamiento de lo mucho que hay de científico y progresista en el sistema Taylor, la observación de las proporciones entre el salario y los resultados generales de la producción de artículos o de la explotación del transporte ferroviario, marítimo, fluvial, etc., etc.”. Y más adelante señala que: “La última palabra del capitalismo en este terreno —el sistema Taylor—, al igual que todos los progresos del capitalismo, reúne toda la refinada ferocidad de la explotación burguesa y varias conquistas científicas de sumo valor concernientes al estudio de los movimientos mecánicos durante el trabajo, la supresión de movimientos superfluos y torpes, la adopción de los métodos de trabajo más racionales, la implantación de los sistemas óptimos de contabilidad y control, etc. La República Soviética debe adquirir a toda costa las conquistas más valiosas de la ciencia y de la técnica en este dominio” (*ibid.*).

⁶⁸ Por *stress* entendemos “un estado de excitación continua producto de situaciones que plantean desafíos para los cuales el individuo no está o no se siente capacitado o seguro de poder responder. Se asocian a este estado un conjunto de cambios físicos y psíquicos que alteran el funcionamiento normal del organismo” (Eyer y Sterling 1977:2). Mario Timio (1981:82) clasifica los estímulos productores de *stress* (que se generan en el trabajo en las fábricas), de corta o larga duración. Entre los primeros están comprendidos:

- sobrecarga de trabajo que debe ejecutarse en una fracción de tiempo limitada;
- confusión y distracción determinada por rumores, luces, *flash*, hacinamiento del ambiente de trabajo;
- temor de no hacer bien y en el tiempo debido el trabajo; temor de quedar expuestos a críticas, de incurrir en peligros físicos.

to, tarde o temprano, genera estados de ansiedad, de malestar indefinido. Aunado a esto, el trabajador se enfrenta a diversas circunstancias concretas que le provocan angustia, tanto por situaciones dentro de la fábrica, por ejemplo la próxima revisión del contrato, como por circunstancias ajenas al ámbito laboral y de las cuales no puede aislarse ni siquiera en su trabajo, por ejemplo los problemas económicos en el hogar, etcétera.

Ansiedad y angustia pueden producir depresión en el trabajador cuando se encuentra en un estado de impotencia frente a diversos problemas del medio laboral, familiar y social. Estos factores (tensión, ansiedad, angustia, depresión) son elementos subjetivos cuya forma de manifestarse en el trabajador depende, entre otras cosas, de sus características biológicas y de su experiencia social. La tensión continua en el trabajo puede generar úlceras gástricas y duodenales e igualmente puede llevar a la hipertensión, que acelera los procesos de arteriosclerosis cuyas consecuencias son la trombosis coronaria y el infarto al miocardio; la hipertensión puede conducir también a ataques cerebrales y disturbios renales. La tensión en general, puede originar estados neuróticos y problemas orgánicos diversos.

Así, las llamadas enfermedades modernas, que se consideran propias de las clases acomodadas, se hacen presentes en los miembros de la clase obrera por la forma en que se organiza el proceso productivo para explotarlos.

La parcialización del proceso de trabajo en tareas únicas que deben realizar los trabajadores hace que éstos sientan como algo extraño, ajeno, el producto final que es el resultado de un conjunto de actividades y operaciones de individuos y máquinas dispuestos conforme a la administración moderna del trabajo. Los trabajadores enfrentan una división del trabajo que les ha sido impuesta, en la que asumen un papel de apéndices de las máquinas; y, en general, carecen de información sobre el resto de las tareas que llevan a cabo otros individuos en la misma unidad productiva; ello genera un ambiente propicio que repercute en contra de la identidad e identificación de los trabajadores. Asi-

Entre los estímulos productores de *stress* de larga duración, están:

- inseguridad de conservar el trabajo;
- atención prolongada;
- sentido de aislamiento, como puede encontrarse en las cadenas de montaje;
- organización del tipo de trabajo: ritmos, controles, destajo, extraordinario, etcétera.

mismo, no existe identidad entre el trabajador y el producto final. Los obreros se enajenan; forman parte de la fábrica pero no se identifican con ella, aun cuando es posible que bajo ciertas circunstancias, por ejemplo en períodos de auge que hacen subir los salarios, "los obreros no se sienten enajenados, en primer lugar, por la explotación. Lo están de hecho, pero no lo *ven*: el capitalismo ha perdido su cara; está en todas partes y en ninguna, ya no se le puede tocar, se ha burocratizado. Hace cincuenta años, los obreros conocían todavía a su patrón, sabían que eran obreros por él" (Gorz 1974:306).

La repetición continua de los movimientos de la máquina, el ruido que produce, las tareas concretas que deben realizarse en determinado período sin posibilidad de inventiva personal, se impone poco a poco a los trabajadores. La monotonía conduce al descuido (como un mecanismo inconsciente o semiconsciente de defensa del trabajador), con el resultado consiguiente: los accidentes. Para el capitalista las causas son inmediatas y provocadas por los operarios: actos inseguros, manejo inadecuado de los instrumentos, no utilización u observación de los equipos y medidas de seguridad. Sólo *ven* los resultados de la enajenación e ignoran o no toman en cuenta *lo que produce* la enajenación: la organización moderna del trabajo y el desarrollo tecnológico que se apodera de toda la actividad fabril. Lo anterior queda plenamente confirmado por el dictamen sobre las causas de los accidentes que se presenta en un informe de la Gerencia de Seguridad Industrial de Petróleos Mexicanos. En dicho informe se afirma que más del 85% de los accidentes que sufrieron los trabajadores en el distrito de Ciudad del Carmen, Campeche, se debió a *actos inseguros*.⁶⁹

Las características que asume la organización moderna del trabajo para extraer más plusvalía en el menor tiempo posible ha permitido, a través del desarrollo tecnológico, reducir la fatiga física, pero ha creado las condiciones para que se produzca la fatiga psíquica, la cual repercute no sólo en el trabajo sino en la vida familiar y social; dicho fenómeno reduce la capacidad

⁶⁹ Gerencia de Seguridad Industrial de la Subdirección de Protección Ecológica y Social, oficio del 26 de agosto de 1981 (SEAT-ES/81-1965), p. 10. Esta misma tendencia —de considerar responsable único al obrero de los accidentes de trabajo— se observa en otras partes: "Las estadísticas de muchos países comprueban que mientras los accidentes por causas objetivas alcanzan a un 20 o 25 % del total, los originados por causas subjetivas ocupan el 75 o el 80 % restante" (Kaplan 1976:139).

sexual y la posibilidad de extender las actividades del trabajador a otros campos como la cultura, la política, la recreación, etcétera.

En resumen, la moderna industria genera no solamente enfermedades orgánicas (físicas) y psicosomáticas, sino también enfermedades psíquicas, así como las condiciones objetivas y subjetivas para que se presenten accidentes graves y frecuentes. Todo ello es causa y efecto a la vez de *insatisfacción* en el trabajo, lo cual se traduce en una menor expectativa de vida.

Resulta de particular importancia destacar aquí un elemento que frecuentemente olvidan los apólogos de la industria moderna y que, si bien es un elemento externo al ambiente laboral, no puede olvidarse que forma parte de las condiciones de trabajo del obrero y le causa enajenación: el tiempo de transporte de su casa al trabajo y viceversa, que en las grandes ciudades rebasa fácilmente las tres horas. Durante este tiempo el trabajador mantiene una inactividad mental completa; se siente ajeno al ambiente que prevalece durante el transporte y no forma parte del hogar ni del ambiente de su trabajo. Esto ocasiona por lo general malestar indefinido, *stress*, neurosis y otros problemas de salud mental.

Como respuesta a las condiciones patológicas de trabajo que crea la industria moderna, el obrero busca "formas" para evitar que su situación personal, familiar y social se deteriore a partir de un trabajo que le provoca *stress*, enajenación. Recurre muchas veces al ausentismo como fórmula temporal para recuperar fuerzas y "anda a la caza" de otros trabajos que encierren mejores oportunidades para desarrollar sus habilidades y capacidad creativa. En el peor de los casos, se refugia en el alcoholismo, con todas las consecuencias físicas y sociales que esto ocasiona.

Decíamos en el capítulo 6 que el desempleo o la inseguridad en el trabajo puede generar, entre otros, problemas psíquicos debido a la tensión en que vive el trabajador. Pero también evidencias empíricas nos permiten mostrar que el *dejar un empleo* donde el individuo no se siente realizado puede ayudar a restablecer la salud perdida tanto en el campo psíquico como en el orgánico; el obrero, en este caso, ya no se encontrará expuesto a los factores insalubres, principalmente del cuarto grupo (monotonía, falta de identificación con las tareas que realiza y con todo el proceso productivo, etcétera), los cuales, como ya hemos visto, crean enfermedades psíquicas, psicosomáticas y afecciones orgánicas.

Importa resaltar aquí que el modelo de atención médica inserto en las relaciones capitalistas de producción busca resolver los problemas de salud mental —cuando éstos se manifiestan claramente— a través de la medicalización, con lo cual se atacan sólo los efectos, no las causas. Se conciben tales problemas de salud como si fueran enfermedades orgánicas.

Semejante tipo de enfoque, reductivo y mecanicista, en general no cambia ni siquiera cuando el paciente es enviado al neurólogo o al psiquiatra... Si se considera que el padecimiento neurótico ya está estructurado en torno a un sentimiento profundo de ansiedad y de inseguridad (casi siempre en torno a una inseguridad frente al propio cuerpo) y es alimentado por el temor frente a la invalidez física y social, típico de una sociedad competitiva, se comprende que la "neurosis" empeore después de la medicalización de la ansiedad (Cancrini y Togliatti 1979:75).

La presencia del cuarto grupo de factores no puede ya ser ignorada por quienes planean y dirigen la organización moderna del trabajo y por diferentes estudiosos de la psicología industrial y de la medicina del trabajo que buscan "adaptar al hombre a su trabajo". Por ejemplo, Margolis y Kroes, investigadores del Instituto Nacional para la Salud y la Seguridad Ocupacional con sede en Cincinnati, Estados Unidos, se expresan en los siguientes términos: "Puesto que la tensión en el trabajo parece estar relacionada con resultados que no son de desear, tales como problemas de salud, accidentes y un *rendimiento reducido*, es recomendable que se eliminen los tensores del ambiente de trabajo"⁷⁰ (Margolis y Kroes 1979:21). Uno de los métodos más importantes y que ha sido desarrollado ampliamente por la psicología industrial es el de las relaciones humanas o relaciones industriales que, según otro autor, "evita numerosas psicopatías,

⁷⁰ Algunos métodos mediante los cuales las empresas pueden reducir la tensión del trabajador incluyen: 1) "roles" o papeles claramente definidos; 2) asegurarse de que el equipo y la maquinaria estén en buen estado; 3) proporcionar a los trabajadores la herramienta, el abastecimiento y material necesarios; 4) proporcionar a los trabajadores información con respecto a lo adecuado de su ejecución; 5) una constante vigilancia de las exigencias que se imponen a los trabajadores y que pueden resultar fuentes de tensión; 6) proporcionar y comunicar explícitamente las oportunidades que existen para el desarrollo profesional; 7) disponer en la organización de mecanismos para resolver conflictos interpersonales y quejas laborales; 8) coordinar esfuerzos para eliminar las exigencias que significan conflicto en los trabajadores; 9) reducir a un mínimo los días excesivamente largos de trabajo, los frecuentes cambios geográficos o los sistemas de cambios rotatorios rápidos (*ibid.*).

porque resuelve correctamente situaciones personales de distinto origen, que si no fueran atendidas constituirían núcleos de perturbación mental” (Kaplan 1976:249).

El capital no puede, por tanto, ignorar la realidad objetiva que él mismo ha creado y que atenta contra la salud de los trabajadores. Sin embargo, por las leyes inflexibles de la acumulación capitalista se encuentra imposibilitado para dar una respuesta adecuada que beneficie fundamentalmente a la clase trabajadora; las soluciones se sitúan en el marco de la organización capitalista del trabajo, que busca extraer la máxima plusvalía posible en el menor tiempo, reduciendo además los costos.

De todo lo antes expuesto se deduce que la problemática de la salud y la enfermedad de la clase obrera no puede verse aislada de las demás instancias de la vida social. Ignorar esto supondría pensar que las causas de los accidentes y enfermedades del trabajador y las alternativas de solución se ubican exclusivamente en el ámbito reducido de la fábrica, lo cual es falso ya que, como se ha demostrado, la organización social determina, en última instancia, la forma en que se lleva a cabo el proceso productivo y las características que asume la legislación para regular las relaciones capital-trabajo, así como las medidas que se tomen para “cuidar” la salud del trabajador. Ello implica concebir al obrero, no como un ente aislado del acontecer social, sino como un individuo que pertenece a la sociedad y cuyas actividades dentro y fuera de la fábrica pertenecen a la vida social; así, lo que sucede en el interior de la fábrica debe interesar al resto de la sociedad a fin de que el mejoramiento de la salud de la población obrera involucre a toda la sociedad, ya que mejorando aquélla se incide en el bienestar de los demás sectores de la población.

10. Elementos para la conceptualización del proceso salud-enfermedad. Hacia una definición de la salud y la enfermedad

"Alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud"
Organización Mundial de la Salud

A lo largo de la historia de la humanidad el proceso salud-enfermedad se ha conceptualizado de diversas formas, según las condiciones materiales de trabajo y de vida y los marcos culturales e ideológicos propios de cada grupo social, todo lo cual es una expresión concreta del modo de producción dominante en las distintas formaciones sociales. Algunas sociedades tienen o tuvieron ideas similares sobre la salud y la enfermedad; también pueden encontrarse grupos humanos cuya interpretación de este proceso no tiene puntos en común y hasta resulta opuesta a la expresada por otros conglomerados humanos. Para algunos de éstos, la salud es sencillamente un "estado" opuesto a la enfermedad. Así, por ejemplo, se dice que una persona está sana cuando no manifiesta molestias, alteraciones o afecciones en cualesquiera de los aparatos o sistemas de su organismo. En este caso el concepto salud se sitúa en un marco estrictamente biológico.

Sin embargo, aun en el terreno biológico pueden suscitarse diversos problemas para decidir la presencia de la enfermedad. Benjamin (citado en Cámel 1974:6) señala que si aun para cada

variable fisiológica pudiera fijarse un *valor normal*, por encima o por debajo del cual pudiera establecerse que un individuo se halla enfermo, la decisión seguiría siendo difícil. Un médico puede encontrar que la tensión arterial de determinado individuo se ajusta a los límites señalados como normales, pero si tal paciente acusa manifestaciones atribuibles a ella no es un individuo sano. Lo contrario también es cierto: puede el individuo sentirse perfectamente bien y sin embargo un examen radiológico puede revelar la existencia de un cáncer o de una tuberculosis incipientes.

En años recientes se ha tratado de rescatar las interpretaciones que sobre la salud y la enfermedad hicieron diversos pensadores de los siglos XVIII y XIX como Rudolf Virchow, Johann Peter Frank y otros, quienes consideraban que los problemas de salud de la población se encuentran vinculados a su medio físico y social. De esta manera, la idea estrecha que se tenía del individuo como un organismo que debe desarrollar determinadas funciones fisiológico-químicas para no sufrir alteración o daño en cualquier territorio corporal, y mantenerlo así en condiciones de salud, cede el paso a una nueva concepción en la cual se considera al hombre como un ser biopsicosocial con características físicas, psíquicas y sociales propias del medio que lo rodea.

Este enfoque hace que las ideas sobre la salud y la enfermedad adquieran perfiles que desbordan la esfera biológica e individual (producto en gran medida del desarrollo de la teoría microbiana) para ser concebidas no como un problema exclusivo del hombre como entidad aislada, "sino como un problema mucho más amplio, íntimamente relacionado con la dinámica social, formando parte y dependiendo a la vez del bienestar colectivo" (Cámel 1974:3).

En esta línea de pensamiento trata de situarse la Organización Mundial de la Salud al desterrar de su definición de salud la concepción exclusivamente biológica, y concebirla como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones y enfermedades".

La estructura conceptual de esta definición pareció rebasar en un principio cualquier otra expresión de lo que significa el concepto salud. Sin embargo, tal definición se ha criticado desde diversos puntos de vista. En el terreno teórico-conceptual Alberto Vasco (1978:1-2) resume las críticas que se le han hecho a esta definición en los siguientes puntos: su carácter de gran generalidad, su carácter ahistórico, su fuerte vinculación a tesis

desarrollistas y a explicaciones de la sociedad del tipo círculo vicioso, su desconocimiento de las enormes diferencias existentes en la sociedad actual.

En el aspecto operativo el manejo de los conceptos "bienestar físico" y "mental" representa serias dificultades, ya que aun cuando existen indicadores para medir estas dos primeras dimensiones del bienestar, tienen que ajustarse a la realidad objeto de estudio, careciéndose de indicadores adecuados para medir la tercera dimensión del bienestar, o sea, la social, tal como lo ha expresado la Organización Mundial de la Salud.

Por otra parte "el esquema de la unidad bio-psico-social del hombre, tras la aparente visión integradora, esconde el desconocimiento de las relaciones entre los componentes biológicos, mentales y sociales, y los yuxtapone de manera subjetiva. De esta forma permanecen los tres tipos de fenómenos, como aspectos aislados, sin un ordenamiento causal, sin jerarquización" (Breilh s/f:82).

También la definición concibe a la salud como un estado, lo que implica considerarla como un fenómeno estático y separarla de la enfermedad cuando la realidad demuestra, tal como lo expusimos en el capítulo 2, que "la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno, puesto que entre ellos se establece una relación en constante cambio" (Laurell 1975:80).

Mientras más se avanza en el desarrollo socioeconómico y en las doctrinas filosóficas de la seguridad social, de la salud y el bienestar, nuevas corrientes de pensamiento pretenden ir más allá de las concepciones que hasta hace poco se consideraban difíciles de superar. Así por ejemplo el doctor René Dubos, autoridad en el campo de la medicina social, señala que "la clase de salud que el hombre más desea no es necesariamente el estado en que experimentaría vigor físico y sensación de bienestar, ni siquiera aquel que le permitiera la longevidad. Lo que en lugar de esto quiere, es aquella condición más adecuada para alcanzar las metas que cada individuo se propone para sí" (Dubos 1975:302). Si se abordara la salud desde este punto de vista, habría que definir, en primer lugar, qué se entiende por "condición más adecuada", lo cual estaría en función de las características económicas, sociales, culturales y biológicas propias de los individuos y de los distintos grupos y clases sociales. En segundo lugar, enfocar la salud desde esta perspectiva equivaldría a suponer que todos los individuos que conciben la salud de manera

similar tienen las mismas oportunidades de acceso a los distintos satisfactores que se requieren para alcanzar "la condición más adecuada"⁷² que les permita desarrollar todas sus capacidades y, de esta forma, poder lograr las metas que se han propuesto. Esta conceptualización de la salud podría considerarse, desde otra perspectiva, como una concepción de la felicidad plena. Al respecto, la Organización de Cooperación Económica y Desarrollo (OCED), con sede en París, se ocupó de hallar la "felicidad nacional neta" sobre la base de un sistema integrado por 24 factores sociales divididos en ocho grupos.⁷³

1) *Salud* (peligro de contraer una enfermedad, repercusiones de una enfermedad en el bienestar del individuo).

2) *Enseñanza* (oportunidades de realización o autorrealización del individuo a través de enseñanza, capacitación, formación y posespecialización).

3) *Trabajo* (índice de empleo, grado de satisfacción con el empleo y el lugar de trabajo).

4) *Tiempo libre y oportunidades de recreo*.

5) *Situación del consumidor* (bienes de que dispone, protección ante el riesgo económico).

6) *Medio ambiente* (condiciones que reúne la vivienda, población del medio ambiente, posibilidades de aprovechamiento que el medio ambiente ofrece al individuo).

7) *Seguridad y justicia* (índice delictivo, reputación que merece al ciudadano la administración pública, valoración de la jurisprudencia).

8) *Posición social* (desigualdades sociales, posibilidades que se ofrecen al ciudadano de participar en la vida social).

De lo anterior se deduce que no existen parámetros con valor universal para señalar con cierta precisión cuál es "la condición más adecuada" o, en otras palabras, el nivel óptimo de bienestar físico, mental y social que deben tener los individuos y grupos

⁷² La ONU considera como indicadores del nivel de vida de las colectividades los siguientes: 1) salud, incluyendo las condiciones demográficas; 2) alimentación y nutrición; 3) educación, incluyendo alfabetización; 4) condiciones de trabajo; 5) condiciones de empleo; 6) consumo y ahorro de la colectividad; 7) transporte; 8) habitación; 9) vestido; 10) recreación y entretenimiento; 11) seguridad social; 12) libertades humanas (*Report on International Definition and Measurement of Standards and Levels of Living*, ONU, 1953).

⁷³ Klaus-Peter Schmid, "En busca de la felicidad neta (nuevas medidas de bienestar social)", *El Día*, 14 de marzo de 1974, p. 11.

sociales para desarrollar sin limitaciones sus potencialidades. Esto se debe a que las necesidades y aspiraciones varían de una persona a otra y de una colectividad a otra, según la situación socioeconómica, los marcos culturales e ideológicos y el medio ambiente predominantes, todo ello resultado en gran medida del modo de producción dominante en las distintas formaciones sociales, y de la forma en que los individuos y grupos sociales se insertan en el aparato productivo en un momento histórico determinado.

Como se ha visto, la salud, al igual que el bienestar y la felicidad, es una expresión altamente subjetiva y su manifestación en muchas ocasiones es abstracta, lo cual dificulta la utilización de indicadores precisos y confiables tanto para su medición como para el establecimiento de su nivel óptimo; la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) emplea indicadores de enfermedad, de condiciones ambientales y de recursos y actividades médicas para tratar de medir la salud.⁷⁴

Pero aun cuando la salud se defina en forma subjetiva, debe quedar claro que lo subjetivo surge de la misma realidad objetiva y permanece vinculado a ésta. Por ejemplo, para muchas personas la salud "es la sensación de sentirse bien".⁷⁵ De acuerdo con esto, sólo cuando se pierde esta sensación puede el individuo darse cuenta de que no posee las condiciones necesarias y adecuadas que le permitan realizar las actividades y aspiraciones que se ha fijado como meta (en caso de ser miembro de la burguesía o de alguna de las capas medias de la población). Habría que hablar también de la *necesidad* de sentirse bien que deben experimentar ciertos grupos asalariados (por ejemplo, los traba-

⁷⁴ *Indicadores de salud* según la OMS: 1. Indicadores del nivel de salud alcanzado. 1.1. Indicadores generales: tasa cruda de mortalidad, tasa de mortalidad proporcional de 50 y más años, expectativa de vida; 1.2. Indicadores específicos: tasa de mortalidad infantil, tasas de mortalidad específicas por causas, tasas de morbilidad específicas por causas. 2. Indicadores sobre las condiciones ambientales: porcentajes de población con agua potable, porcentaje de población con sistema adecuado de disposición de excretas. 3. Indicadores de recursos y actividades de salud: número de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etcétera) por mil o por 10 mil habitantes; número de camas hospitalarias por mil habitantes, número de atenciones prestadas (consultas, visitas, etcétera) en relación a la población susceptible, porcentaje de defunciones con atención médica (OMS, 1957).

⁷⁵ Palabras textuales expresadas por el doctor Jerome De Jardin, presidente de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, el 18 de agosto de 1976, en una reunión con los asesores del Departamento de Planeación y Programación de la Atención Médica del IMSS.

jadores a destajo) para estar en condiciones de trabajar y de esa manera poder subsistir. La contrapartida sería entonces el *derecho* a sentirse mal que pueden ostentar los sectores con acceso a los servicios de salud de las instituciones de seguridad social cuando sus marcos culturales y particulares intereses así lo indiquen, ya que de esa forma podrán disfrutar de las prestaciones que la ley establece.

De acuerdo con lo anterior, la sensación de sentirse bien (aun cuando sea una definición altamente subjetiva) depende de aspectos objetivos: la forma en que los individuos y grupos sociales se insertan en el aparato productivo (propietarios, no propietarios de los medios de producción), de lo cual se deriva la situación socioeconómica, el nivel educacional, etcétera, factores que adquieren particularidades en cada una de las formaciones y grupos sociales históricamente determinados. Por ello, es importante ubicar el concepto de salud en el medio social, cultural y físico que rodea al individuo y a la colectividad de la que forma parte, a fin de orientar mejor las medidas tendientes a prevenir el daño a la salud, recuperarla o fomentarla.

La conceptualización de la salud y la enfermedad depende, pues, de los elementos objetivos arriba mencionados y de otros de carácter subjetivo (expectativas, deseos, actitudes, sentimientos, emociones, etcétera), los cuales se encuentran vinculados a los primeros y pueden influir sobre ellos. Ambos tipos de factores, además de modelar las concepciones sobre el proceso salud-enfermedad, pueden propiciar una atmósfera adecuada que contribuya a la obtención de la salud según las ideas de algunos grupos, o también pueden condicionar la prevalencia de ciertas patologías, pero que representan para determinados núcleos humanos "condiciones favorables de salud".

Así, por ejemplo, la carencia de recursos económicos y la presencia de ciertos patrones culturales (costumbres, hábitos, creencias, tradiciones) junto con actitudes de rechazo hacia algunas medidas higiénicas, determinan la falta de nutrientes básicos y una inadecuada higiene en el manejo de alimentos y la ausencia de saneamiento ambiental (por ejemplo, inadecuada disposición de excretas, tratamiento de basura).⁷⁶ Esta situación favo-

⁷⁶ Es importante señalar que no puede otorgarse el mismo peso a los factores mencionados (recursos económicos, patrones culturales, actitudes y otros) para que se presente la desnutrición, la falta de saneamiento ambiental, etcétera. El mayor peso recae, sin duda, sobre el aspecto *económico*.

rece la presencia de patologías propias del subdesarrollo, como son las enfermedades infecciosas y parasitarias, algunas de las cuales se consideran "normales" para el organismo. Por ejemplo, subsiste en algunos grupos indígenas, rurales y suburbanos, la idea de que los niños con un robusto estómago están sanos cuando en realidad el cuadro clínico que presentan es una parasitosis gastrointestinal.

También puede darse el caso de que la expulsión de parásitos signifique para ciertos grupos humanos un hecho benéfico, dado que se elimina algo nocivo. Sin embargo, para las personas con una cultura médica occidental dicha situación representa un estado patológico que requiere pronta atención médica.

Asimismo, pueden encontrarse amplias divergencias de criterios en grupos que se atienden con un mismo tipo de medicina; por ejemplo, el significado que tiene una afección bronquial leve para algunas personas variará de una sociedad a otra. En algunas, principalmente en las que tienen un desarrollo socioeconómico elevado, es muy probable que una persona que siente las molestias típicas de esta patología acuda de inmediato a un médico y posiblemente guarde cama varios días. En otros casos, las personas, por ejemplo los trabajadores eventuales, pueden "no darse por enteradas" o sólo automedicarse para continuar haciendo una vida "normal", según su propia concepción y necesidades concretas, y de esta forma evitar que se suspendan los exigüos ingresos que le permiten subsistir; y sólo cuando el cuadro clínico se vuelve agudo o se complica consultan a un profesional de la medicina de alguna de las instituciones médico-asistenciales.

Por otro lado, hemos sido testigos de cómo algunas personas a quienes se les ha detectado un deterioro físico en algún órgano, aparato o sistema, por ejemplo un enfisema pulmonar, manifiestan una salud inmejorable y desarrollan su mejor esfuerzo para continuar en el escenario de la vida cumpliendo con los compromisos contraídos y fijándose nuevas metas por alcanzar. También existen individuos que ante un diagnóstico médico adverso, pero sin que el pronóstico de la enfermedad resulte negativo, abandonan total o parcialmente sus actividades, convirtiéndose en parásitos para el grupo familiar y la sociedad.

Existen, por otro lado, grupos humanos que han desarrollado defensas contra microorganismos o elementos ecológicos adversos para la salud, a tal grado que pueden vivir en un ambiente físico donde otros grupos con distintas características económicas, culturales y biológicas difícilmente podrían adaptarse. Entre

ellos pueden citarse a los trabajadores que viven en zonas industriales altamente contaminadas, los habitantes de las llamadas "ciudades perdidas" o cinturones de miseria en las grandes ciudades, los esquimales o los pobladores de zonas desérticas y selváticas.

De todo lo anterior se desprende que aun cuando "la salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo al medio en que vive" (San Martín 1968:3), es necesario tener presente que los factores que influyen para que se dé esa adaptación están determinados por las condiciones económicas, sociales, culturales, psíquicas y biológicas presentes en el individuo y el grupo social. Por ejemplo, las personas que poseen una mejor nutrición, vestido adecuado, vivienda higiénica y una concepción de la salud y la enfermedad que las obliga a consultar periódicamente al médico, pueden soportar mejor o tener mayores posibilidades de resistir el ataque de enfermedades infecciosas y parasitarias, y de prevenir otras de carácter crónico o degenerativas.

Esta situación no puede generalizarse para todas las clases y grupos sociales, ya que las condiciones económicas, sociales, culturales y biológicas son distintas (estas últimas se encuentran condicionadas en cierta medida por las socioeconómicas). Estas condiciones están determinadas, en última instancia, por la manera en que los individuos y grupos sociales se insertan en el aparato productivo; por ejemplo, en una zona contaminada por desechos industriales los obreros se relacionan con la naturaleza de distinta forma que la burguesía o algunas capas medias de la población, ya que la clase obrera carece en su mayoría de medios económicos para comprar casas con amplios jardines o salir cada fin de semana al campo, como puede hacerlo la clase dueña de los medios de producción y del dinero y algunas capas medias privilegiadas. De esta forma queda de manifiesto que la apropiación de la naturaleza está determinada por factores económico-sociales y culturales propios de los individuos y clases sociales que pertenecen a formaciones sociales históricamente determinadas.

Cuando el organismo no se adapta al medio ambiente (social y físico), se pone de manifiesto una falta de equilibrio entre el organismo y el medio que lo rodea, lo que representará un estado patológico, es decir, la presencia de una enfermedad. Pero aquí surgen algunos interrogantes difíciles de contestar si no se

toman en cuenta los intereses y la ideología de los distintos grupos y clases sociales. Por un lado, *¿quién decide la existencia de la enfermedad?*: ¿el obrero o el médico de la empresa que defiende los intereses del patrón?; ¿la sensación de sentirse mal o la capacidad para sufragar los gastos de la atención médica?; ¿el disponer de servicios médicos por estar dentro del régimen de la seguridad social? Por otro lado, *¿qué indicadores deben emplearse para detectar la presencia de la enfermedad?*: ¿indicadores que afectan la producción, por ejemplo la incapacidad real de seguir laborando (accidentes)?; ¿indicadores que afectan al consumo?; ¿indicadores que afectan la vida social en el caso de los grupos que tienen capacidad económica?

Sin duda, los factores para determinar la presencia de la enfermedad en una sociedad dividida en clases están en función de los intereses de clase de cada individuo y grupo social, todo lo cual está determinado, en última instancia, por su posición con respecto a los medios de producción.

Un caso claro es el siguiente: a principios del presente siglo, "la Comisión Internacional de la Salud de la Fundación Rockefeller, como lo había hecho la Comisión Sanitaria Rockefeller antes de ella, identificaba a la salud como *la capacidad para trabajar y medía las mejoras cualitativas en el campo de la salud con los aumentos cuantitativos en la productividad*" (Brown 1977: 28; cursivas nuestras) de los pueblos sometidos por el imperialismo norteamericano.

Tal definición muestra indicadores concretos que repercuten positivamente en la producción, lo cual satisface a una parte de la población: la burguesía terrateniente. Esta concepción subsiste todavía entre muchos empresarios y es, por tanto, válida para ese grupo social, ya que está de acuerdo con sus intereses de clase.

Existen otras definiciones de la salud que tratan de rescatar la capacidad del hombre como ser creador que se supera continuamente: "La salud es un fenómeno social, históricamente determinado, que se mide por la capacidad del hombre, como fuerza de trabajo, de desarrollarse, transformarse a sí mismo, a la sociedad, y por ende a la realidad circundante" (Breilh s/f:95). Esta definición es plenamente válida para una sociedad con determinada organización social (por ejemplo, de tipo socialista) en la que el individuo tiene las condiciones socioeconómicas y culturales necesarias para poder desarrollar sus capacidades y realizar su práctica transformadora según sus propios intere-

ses que son, supuestamente, los del conjunto de la sociedad. Pero en una sociedad dividida en clases tal definición es aplicable sólo para una clase social: la burguesía y ciertas capas medias de la población, y no para la mayoría del proletariado. Esto no significa que se ignore la capacidad transformadora de la clase productiva, pero es una capacidad que en cierto momento histórico se encuentra circunscrita a los intereses de la clase burguesa. Sólo cuando sobreviene la emancipación del proletariado comienzan a darse las condiciones sociales para que desarrolle sus propios proyectos históricos de transformación de la sociedad y de la naturaleza.

Para conceptualizar el proceso salud-enfermedad es necesario, pues, adoptar un camino que nos permita metodológicamente "dar un rodeo", pero que a la vez sirva para alcanzar una mayor comprensión de dicho proceso. Para ello proponemos que —en vista de las dificultades que existen para definir la salud— se comience por definir la enfermedad ya que, aun cuando se parte de que ambas (salud y enfermedad) no son dos situaciones opuestas mecánicamente, sino momentos de un mismo fenómeno, la conceptualización de la enfermedad permitirá, indirectamente, elaborar un concepto de salud con mayores elementos de objetividad. Adoptar este camino se justifica porque es más fácil medir la enfermedad, ya que existen indicadores más precisos y objetivos que para la salud, la cual es una expresión más subjetiva que la enfermedad.

Para estudiar el fenómeno de la enfermedad en una sociedad dividida en clases es necesario partir del conocimiento de una contradicción fundamental del modo de producción capitalista, y que puede expresarse en los siguientes términos: individuos que necesitan trabajar para subsistir porque sólo poseen su fuerza de trabajo como único patrimonio (proletariado), e individuos que no requieren hacerlo porque son dueños de los medios de producción (burguesía). Esto trae como consecuencia una apropiación teórica y práctica distinta de la naturaleza, que dependerá de la manera concreta en que los individuos se insertan en el aparato productivo.

De acuerdo con esto, debe buscarse una definición sobre la enfermedad que permita analizar este fenómeno con un enfoque histórico. Para ello tiene que situarse en la realidad del capitalismo mostrada a través de las relaciones sociales de producción, que en esencia son relaciones de explotación.

La definición que consideramos puede servir de punto de par-

tida para iniciar una reconceptualización de la enfermedad es la del doctor Ramón Troncoso Muñoz, quien empieza por definir la enfermedad como “el resultado de la apropiación insuficiente, desigual o inadecuada de la naturaleza”⁷⁷ dentro de una formación social históricamente determinada. La apropiación dependerá de la forma en que el individuo se incorpora al aparato productivo, y está determinada fundamentalmente por el sector de la economía donde trabaja, por el tipo de ocupación, por su calificación, de la cual va a depender el tipo de actividades que realiza, y por el contrato de compra-venta que firma sobre su fuerza de trabajo: eventual, a destajo o de planta.

De esta manera, aun cuando toda la clase proletaria tiene que vender su fuerza de trabajo al capitalista para poder subsistir, por el hecho de carecer de medios de producción, la fuerza de trabajo debe poseer, aparte de sus conocimientos y destrezas, ciertas características físicas y psíquicas dadas por las condiciones biológicas de los organismos y por las relaciones sociales que el obrero tiene como ser social. El trabajador debe poner a disposición del trabajo todas sus energías físicas y psíquicas, a cambio de lo cual recibe un salario. Si el trabajador tiene un salario insuficiente para obtener los satisfactores necesarios para recuperar su fuerza de trabajo física (no ya la psíquica), debe restringir su actividad en otros órdenes, por ejemplo en su vida sexual. Esto no depende de las condiciones biológicas sino de las condiciones de trabajo que le niegan —tanto por la explotación de que es objeto en el lugar de trabajo como por sus repercusiones en las condiciones materiales de vida— la posibilidad de tener una vida sexual sana, ya que toda su energía física y psíquica se pone al servicio del trabajo para seguir subsistiendo.

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, la venta de la fuerza de trabajo se efectúa de distinta manera, en condiciones diferentes según el tipo de plusvalía que se extraiga, lo cual determinará condiciones de trabajo y de vida desiguales dentro de la misma clase proletaria. Por lo tanto, las condiciones objetivas en que labora el trabajador son distintas de una a otra rama de la economía, de una a otra ocupación dentro de un mismo sector y según el grado de calificación y el tipo de contrato que se le impone; ello da como resultado que la clase trabajadora esté

⁷⁷ *¿Es la enfermedad un fenómeno biológico o social?* Conferencia impartida por el doctor Ramón Troncoso Muñoz en la Facultad de Medicina de la UNAM, 25 de octubre de 1978.

expuesta a tipos de patología e índices de gravedad distintos que es necesario tener presentes cuando se analizan los daños a la salud que ocasiona la explotación capitalista y el nivel de conciencia sobre tales daños.

De lo anterior se desprende que la forma de apropiarse de la naturaleza, esto es, la manera en que los trabajadores se relacionan con los medios de producción en el proceso de trabajo para producir plusvalía, es distinta, lo cual dependerá de los factores antes mencionados, y cuyas características concretas están en relación o dependen de cada formación social históricamente determinada.

Cuando se presenta una apropiación insuficiente, desigual o inadecuada de la naturaleza, se manifiesta en el individuo *un proceso —determinado socialmente— que se concreta en la incapacidad física y/o psíquica de los individuos pertenecientes al proletariado para satisfacer sus necesidades materiales de existencia, así como desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etcétera —esto último cuando sus condiciones de trabajo y de vida lo permitan— en una formación social históricamente determinada* (ENFERMEDAD).⁷⁸ Las características concretas de ese proceso están dadas por múltiples elementos objetivos y subjetivos que se encuentran íntimamente vinculados y que dependen de la forma en que los individuos y grupos sociales se incorporan al proceso productivo y de su ubicación dentro del conjunto de la sociedad.

Estas consideraciones nos llevan a situar el concepto de enfermedad en una realidad concreta, ya que los hombres que la sufren son seres de carne y hueso, seres históricos que desarrollan cierto tipo de trabajo, se vinculan de determinada forma con la naturaleza, desarrollan actividades artísticas, políticas, recreativas, etcétera, y se relacionan con los demás hombres de diversa manera según su situación de clase; en pocas palabras, tienen una existencia real que posee ciertas características objetivas y subjetivas que surgen como producto del “conjunto de las relaciones sociales”, siguiendo el pensamiento de Marx.

⁷⁸ La SALUD, por tanto, podría definirse como una apropiación suficiente, igual o adecuada de la naturaleza que se manifiesta en el individuo como un proceso, socialmente determinado, que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de los individuos pertenecientes al proletariado para satisfacer sus necesidades básicas, así como desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etcétera —esto último cuando las condiciones de trabajo y de vida lo permitan en una formación social históricamente determinada.

La forma de conceptualizar la enfermedad variará de un individuo a otro dentro de una misma clase social por lo antes dicho, pero esta conceptualización tendrá más puntos en común que cuando se realiza por individuos que pertenecen a clases antagónicas, debido a que los elementos para conceptualizar la enfermedad (al igual que la salud) dependen fundamentalmente de sus condiciones materiales de existencia que están dadas por la ubicación de los individuos en la estructura económico-social.

En la conceptualización de la enfermedad están presentes, pues, los intereses de clase, pero la forma en que se concibe no puede ser *siempre* contrapuesta entre miembros pertenecientes a clases antagónicas; en ciertos momentos y situaciones coyunturales coinciden en sus aspectos esenciales (por ejemplo cuando se pone en peligro la producción). Esto se debe a que la burguesía y el proletariado no son grupos aislados, sin relación o fuera de la corriente histórica que ha conservado lo mejor de la ciencia y la cultura. En ambas clases están presentes intereses que son contradictorios entre sí. Esto es cierto, pero también lo es el hecho de que la burguesía, a través de diversos "aparatos ideológicos del estado"⁷⁹ introduce su propia ideología sobre el mundo, la vida, la enfermedad (recuérdese el lema que se proyecta por el cine, radio y televisión: "los accidentes de trabajo no nacen, se hacen"). Y el proletariado cae muchas veces presa de esa ideología y acepta los puntos de vista de la clase que lo explota. Pero también la capacidad de organización y movilización del proletariado crece e impone al capital algunas concepciones sobre la salud y la enfermedad y sus riesgos (para la producción), y el empresario cede aparentemente terreno, pero lo que pasa en realidad es que necesita que la fuerza de trabajo se encuentre en condiciones de que se le extraiga la máxima plusvalía posible. El dueño de los medios de producción tiene, pues, que cambiar algunas de sus ideas para que el sistema capitalista continúe reproduciéndose. Por ejemplo, se ve obligado a aceptar el sistema de seguridad social cuyos beneficios también él recibe, como vimos en el capítulo 4. Por tanto, la burguesía, como fenómeno histórico, no puede ser siempre la misma; no

⁷⁹ Para Louis Althusser (1978:28) los aparatos ideológicos de estado son: religiosos (el sistema de las distintas iglesias); escolar (el sistema de las distintas "escuelas", públicas y privadas); familiar; jurídico; político (el sistema político del cual forman parte los distintos partidos); sindical; de información (prensa, radio, televisión, etcétera) y cultural (literatura, artes, deportes).

puede ser igual la forma de pensar y actuar de la burguesía actual a la de finales del siglo pasado.

De lo anterior se desprende que cualquier elaboración conceptual del proceso salud-enfermedad lleva explícita o implícitamente el sello de los intereses y la ideología de cada clase o grupo social, los cuales son expresiones concretas de las condiciones materiales de trabajo y de vida. Esto no significa, como ya se ha apuntado, que siempre habrá concepciones totalmente contrapuestas sobre la enfermedad entre el proletariado y la burguesía. En ciertos momentos históricos y bajo determinadas circunstancias hay puntos en común en las concepciones sobre la salud y la enfermedad que tienen ambas clases sociales, ya que la burguesía y el proletariado se encuentran en unidad (aunque sea transitoria) aun cuando la lucha sea lo permanente.

Empero, la elaboración conceptual es letra muerta si no se utiliza para guiar nuestros pensamientos y acciones en una realidad concreta. Pueden coincidir en cierto momento las concepciones sobre la enfermedad de individuos pertenecientes a clases antagónicas, pero ¿quién va a determinar cuándo se presenta en el trabajador el proceso incapacitante (enfermedad)? Es necesario que alguien, aparte del individuo que lo sufre —o sea la organización social a través de las instituciones médicas— lo exprese en función de algo. En este caso es la incapacidad de producción material del individuo (en otros casos serán otros los factores que se tomen en cuenta para decidir la presencia de la enfermedad: en los intelectuales, la incapacidad de producir ideas; en la burguesía, la incapacidad para organizar y dirigir sus empresas). He aquí nuevamente la presencia de los intereses de clase en la definición y utilización del concepto de enfermedad. Y un ejemplo concreto es el de los trabajadores electricistas de la Compañía de Luz y Fuerza del Centro quienes, no obstante haber demostrado —con la asesoría de médicos— la presencia de padecimientos generados por condiciones de trabajo en las que prevalecía el *riesgo eléctrico*, que provoca *stress* y envejecimiento y muerte prematuros, no lograron que la empresa accediera a que se jubilaran a los 25 años de trabajo.

La enfermedad vista simplemente como una pérdida de la capacidad biológica no puede ubicarse fuera del límite de la variación de las constantes fisiológicas, sino en las consecuencias y el significado que dicha variación tiene para los trabajadores en cuanto restringe su libertad e independencia, y para el capitalista en cuanto afecta la producción. La enfermedad, por lo

tanto, puede o no tener bases biológicas, ya que el obrero puede declararse enfermo aun cuando no haya variación significativa en sus constantes fisiológicas. Sin embargo, será la organización social —la cual responde a las relaciones sociales dominantes, que son relaciones de explotación— la que determine si un sujeto se encuentra o no enfermo. Por ejemplo, la alteración de la vida sexual de los obreros no representa un problema de salud para el capitalista; se les declararía enfermos si tal alteración afectara sustancialmente la producción y no fuera posible encubrir dicha enfermedad —a través de los aparatos ideológicos del estado— ante los mismos individuos que la padecen.

En el terreno psíquico se carece de parámetros médicos precisos para determinar cuándo un individuo se encuentra imposibilitado para desempeñar las actividades que se le tienen asignadas dentro de la empresa en la cual trabaja. Tales perturbaciones psíquicas pueden ser leves (depresión, neurosis), y no afectar —de acuerdo con la concepción del patrón— que el obrero *siga produciendo* (aunque si la sufre el capitalista es posible que recurra a tratamiento psiquiátrico), o ser graves, como la paranoia o la esquizofrenia. Sin duda, será la organización social —a través de las instituciones médicas, como ya se mencionó— la que determine cuándo una enfermedad mental incapacita al sujeto para desarrollar eficazmente las actividades que se le encomienden (y tales instituciones responden principalmente a los intereses e ideología de las clases dominantes).

Cuando la persona se declara enferma y *las pruebas clínicas confirman el estado patológico*, la medicina y las demás ciencias de la salud ponen a disposición del equipo de salud los recursos científicos y tecnológicos para indagar el origen de los padecimientos, afecciones o enfermedades. Es un hecho que “la manera como se concibe la enfermedad orienta la búsqueda de las causas” (Laurell 1975:81). Así, el enfoque biomédico que considera a la enfermedad como un estado cuya génesis debe buscarse en los procesos biológicos de los individuos, y por lo tanto emplea un modelo causal restringido a los aspectos biológicos y físico-químicos, empieza a ser desplazado por una acepción sociomédica que ve a la enfermedad como un fenómeno que se encuentra relacionado con los demás procesos sociales y que, si bien se manifiesta como un fenómeno biológico en el individuo, no por ello deja de tener un carácter social.

De acuerdo con esta concepción, las causas de cualquier patología tienen que buscarse no solamente en la esfera biológica,

sino en otros elementos de la estructura y organización social que pueden condicionar o determinar la presencia de la enfermedad. Por ejemplo, las condiciones adversas en el trabajo (inadecuadas e insuficientes medidas de seguridad industrial) contribuyen a elevar la tasa de accidentes y enfermedades de trabajo. De igual manera, la falta de capacidad económica, derivada de condiciones de empleo poco favorables para el trabajador (tipo de contrato, remuneración) condiciona la adquisición de nutrientes de poca calidad y en cantidad insuficiente, el alojamiento en viviendas y medios insalubres, la carencia de condiciones higiénicas para tratar los alimentos y excretas, la falta del vestido adecuado y limpio para soportar las agresiones del medio (cambios climatológicos, microorganismos patógenos), todo lo cual da como resultado un mayor riesgo de contraer la llamada patología de la pobreza (enfermedades infecciosas y parasitarias), y hace que se eleve la mortalidad. Si a esto se añade que la población con niveles económicos bajos cuenta "con una infraestructura sanitaria insuficiente, con escasez de salud, se presenta una mayor probabilidad de muerte, manifiesta por tasas más elevadas de mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas" (Álvarez Balbás 1976:12).

Para orientar la búsqueda de los factores que provocan los distintos tipos de patologías en una determinada sociedad es necesario tener presente que "cada formación social crea su propia patología" (Laurell 1975:82) en interrelación con las condiciones ecológicas imperantes. Por ejemplo, durante el período de la expansión industrial (siglo XIX) la clase obrera se vio asediada por la tuberculosis, que encontró el medio propicio para propagarse en las condiciones a las que se redujo aquella: desnutrición, falta de higiene y vestido apropiados, hacinamiento.

Una vez conocido el origen de la enfermedad, podría concluirse que las medidas que se pongan en práctica para la reparación del daño no se verán obstaculizadas o rechazadas por el paciente, puesto que la persona está convencida de que se encuentra enferma.

Sin embargo, esto no es del todo cierto, pues si bien puede prevalecer el criterio sociomédico entre los profesionales de la medicina, subsisten en los grupos humanos otras concepciones sobre los orígenes y desarrollo de las enfermedades que han orientado, por decirlo así, la utilización de medidas y procedimientos para prevenir y curar las enfermedades y fomentar la salud.

Por ejemplo, las interpretaciones mágico-religiosas, con vigencia en la actualidad dentro de algunas sociedades, sitúan la etiología de muchas enfermedades en un plano que trasciende la esfera física, mental y social del hombre. Los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados por los grupos étnicos que conciben de esta manera ciertos estados patológicos difieren de los utilizados por aquellos grupos que consideran las causas de cualquier enfermedad pertenecientes al campo biológico y al medio en que trabaja y vive el individuo y el grupo social.

En el primer caso se trata de sociedades fundamentalmente indígenas que tienen una medicina tradicional en la que se mezclan lo empírico y lo mágico (véase Aguirre Beltrán 1974: 16), y que es ejercida por curanderos, yerberos, chamanes o brujos.

En el segundo, son sociedades que utilizan la llamada medicina occidental, cuya práctica presupone una enseñanza formal en la que se adquieren conocimientos racionales sobre la etiología de las enfermedades, y se recibe entrenamiento para el manejo de instrumentos y aparatos que permiten realizar el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica necesaria para la recuperación de la salud.

También pueden encontrarse grupos rurales y suburbanos que utilizan la medicina tradicional para el tratamiento de cierto tipo de malestares, padecimientos o enfermedades, pero que recurren a la medicina occidental para resolver otros problemas de salud, o cuando éstos no responden a los remedios o medicamentos tradicionales.

Las ideas sobre la salud y la enfermedad y sobre los procedimientos para prevenir y curar las enfermedades y fomentar la salud quizás difieran de una sociedad a otra y entre los miembros de una misma colectividad. Sin embargo, es un hecho que el hombre, en todas las latitudes y cualquiera que sea el tipo de medicina que practique o utilice, sostiene una lucha constante para alejar el espectro de la enfermedad y estar así en posibilidad de alcanzar, en la medida en que lo permita su situación socioeconómica, las condiciones de salud que considera adecuadas para el desarrollo de sus potencialidades. Pero la salud no representa únicamente un medio que le permita alcanzar las metas que se ha trazado; implica otro significado para el ser humano: es el fin de la vida misma. "Los hombres valorizan la salud por lo que en sí representa... la valorizan aún más que la mayoría de los artículos o de los servicios y con frecuencia están

dispuestos a hipotecar todo cuanto tienen, con objeto de recuperar la salud... Si un gobierno está tratando de dar a su pueblo todo lo que desea, parece razonable llegar a la conclusión de que lo que más anhela, por sobre todas las cosas, es la salud" (Lewis 1968:112).

Aun cuando se reconoce que para prevenir el daño a la salud, recuperarla o fomentarla, no sólo se requieren los elementos médicos sino también otros factores que rebasan la esfera de la medicina (control de polución atmosférica, del suelo y del agua y prevención de los peligros de las radiaciones y del ruido; control sanitario de alimentos y bebidas; dotación de agua potable y drenaje, vivienda, educación; condiciones de empleo y de trabajo, y otros), es un hecho que el empleo de los recursos con que cuenta el país para elevar los niveles de salud, así como las políticas que se fijen en este campo, estarán en función del marco económico, político y jurídico propio de cada realidad, de tal manera que la protección de la salud, aunque se la entienda ya no como un derecho natural del ser humano sino como un factor que debe considerarse en y para el desarrollo socioeconómico de un país, dependerá de las limitaciones que impone la estructura socioeconómica de cada formación social concreta.

Conclusiones

En este trabajo se ha tratado de estudiar un proceso sumamente complejo como es el de salud-enfermedad, en el que están presentes las condiciones reales de existencia, los intereses y la ideología de las distintas clases sociales para el surgimiento y conceptualización de dicho proceso, así como para la determinación concreta de la enfermedad y las respuestas sociales a ésta. Todo ello dificulta en cierta medida extraer conclusiones sobre algo que requiere mayor formulación teórica e investigación empírica para elaborar un conocimiento objetivo y preciso del proceso salud-enfermedad: sus causas y consecuencias y las relaciones que tiene con otros fenómenos de la vida social, y las modalidades que adopta en una formación y grupo social en determinado momento histórico.

Sin pretender agotar un tema tan vasto como el de la salud y la enfermedad, podemos presentar a grandes rasgos algunas conclusiones que se derivan de este trabajo, y que están sujetas a mayores desarrollos y precisiones por futuros trabajos teóricos y empíricos.

1) *El estudio de la salud-enfermedad puede realizarse desde niveles de análisis diferentes que responden a determinados intereses y circunstancias concretas:* a) cuando dicho proceso se manifiesta clínicamente y se reconoce su presencia por la organización social, a través de las instituciones de servicios médicos. En este nivel se sitúa el quehacer de la ciencia médica y discipli-

nas afines que buscan resolver a la brevedad posible los daños concretos a la salud con el fin de que el individuo se reincorpore inmediatamente a las actividades que realizaba antes de enfermarse. De acuerdo con este enfoque, el individuo se concibe como un ser aislado de sus condiciones reales de existencia, del medio social y físico donde trabaja y vive. Sin duda, este enfoque tiene cierta validez, ya que a través de las teorías, métodos, técnicas e instrumentos de que dispone el equipo de salud puede, si existen las condiciones necesarias y suficientes en el organismo, reparar la salud de acuerdo con la concepción unicausal que predomina en el modelo médico vigente. b) En el segundo nivel de análisis del proceso salud-enfermedad se considera al individuo como un ser que está relacionado con factores sociales y físicos propios del medio donde trabaja y vive. Aquí se concibe a la enfermedad como un fenómeno vinculado al acontecer social y físico. La epidemiología busca la distribución de la enfermedad en la población considerando diversas variables socioeconómicas y culturales, así como del ambiente físico. Se relacionan los procesos patológicos y los accidentes con variables sociales y físicas (hacinamiento, desnutrición, contaminación ambiental, etcétera). El individuo ya no se concibe como algo abstracto, aislado de sus condiciones de existencia, pero esta concepción es limitada, pues no jerarquiza la influencia de los factores que inciden en la enfermedad; se hace referencia solamente a los aspectos externos, inmediatos, del mundo físico y social. Tal enfoque representa, sin duda, una superación respecto del anterior, en cuanto que considera más de una variable en el análisis de las causas de la enfermedad, pero no llega a una explicación profunda que descubra las verdaderas causas por las que las personas se enferman o accidentan. c) El tercer nivel de análisis se apoya en la sociología médica marxista, ya que a partir de conceptos, leyes y teorías sociales puede alcanzarse una comprensión más completa y profunda de la salud-enfermedad, superando los enfoques anteriores. Tal perspectiva de análisis parte de que este proceso se presenta en individuos que trabajan y viven en condiciones sociales históricamente determinadas, por lo que la salud-enfermedad es un proceso condicionado socialmente que encuentra su concreción en seres históricos. De acuerdo con esto, dicho proceso *encuentra su explicación en la estructura y organización social, concretamente en la forma en que la sociedad se organiza en determinado momento para producir y reproducirse.*

Por tanto, la salud-enfermedad es un proceso natural condicionado por *lo social*, que adquiere particularidades en cada formación y grupo social concretos, particularidades que es necesario analizar a partir de planteamientos teóricos (conceptos, leyes y teorías del materialismo dialéctico e histórico).

2) *La salud y la enfermedad son elementos de un mismo proceso, ligados dialécticamente*, por lo que su apropiación teórica debe realizarse con categorías y leyes dialécticas que permitan la reconstrucción conceptual del proceso en su movimiento, en su desarrollo, en su historia. El conocimiento científico sobre este proceso debe orientar a su vez la elaboración de modelos que permitan comprender mejor las múltiples relaciones y aspectos de la salud-enfermedad en situaciones concretas; además, debe guiar las respuestas sociales que se proporcionen para preservar, recuperar y fomentar la salud. Ignorar la historicidad del proceso salud-enfermedad conduce a formulaciones paralizantes, estáticas, y la ciencia ha demostrado que la realidad se encuentra en movimiento, cambio y desarrollo permanentes, y el proceso salud-enfermedad es una realidad objetiva que forma parte de una realidad mayor (la naturaleza y la sociedad) con la cual está relacionada de diversas maneras, relaciones que es necesario determinar, precisar, para construir a partir de aquí el conocimiento científico sobre el objeto de nuestra preocupación.

3) La salud-enfermedad como fenómeno histórico debe situarse en el modo de producción dominante que, como señalamos en el trabajo, condiciona la forma de organización del proceso productivo que adquiere particularidades específicas en cada formación social. Las características del proceso de trabajo en el modo de producción capitalista están determinadas por las leyes que rigen en éste y que responden a las necesidades de acumulación de capital a través de la obtención de plusvalía. El proceso de trabajo es, por tanto, un proceso de creación de plusvalía, de explotación del obrero, al no serle retribuido el total del valor producido por la fuerza de trabajo. Aunado a esta explotación está presente otro tipo de explotación: las condiciones en que realiza el proceso de trabajo dañan la salud del trabajador, ya que las medidas de seguridad e higiene resultan por lo general insuficientes o inadecuadas para protegerlo de los procesos nocivos para la salud, resultado todo ello de una ley inflexible en el capitalismo: la máxima plusvalía al menor costo posible.

Las condiciones de trabajo y de vida de la clase trabajadora

dan como consecuencia que se presente una *patología industrial* (accidentes y enfermedades laborales) y, además, la llamada *patología de la pobreza*, producto de las condiciones deterioradas de vida del proletariado (vivienda poco higiénica, hacinamiento, desnutrición, vestido y transporte insuficiente o inadecuado, etcétera). Ambos tipos de patología se encuentran interrelacionados y repercuten a su vez en otras instancias de la vida familiar y social, lo cual dificulta la conservación de la fuerza de trabajo del proletariado y su reproducción.

4) Ante esta realidad originada por el modo de producción capitalista, el estado busca las formas de “proteger” la salud de la clase proletaria y elevar su bienestar físico. De esta manera trata de representar los intereses de la sociedad en su conjunto a fin de legitimarse; empero, un estado capitalista, producto de las contradicciones entre las clases fundamentales, se erige finalmente como el representante de los intereses de una de las clases: la capitalista, y adopta medidas —o le son arrancadas— para las demás clases en función de los intereses de aquélla: conservar las relaciones sociales de producción capitalistas y los elementos de la superestructura (legislación, tribunales, etcétera) necesarios para la producción y reproducción del sistema capitalista. El estado busca eliminar las contradicciones sociales para lo cual establece, en consecuencia con el desarrollo económico del país en cuestión, del nivel de organización del movimiento obrero y de las disposiciones de los organismos internacionales, *sistemas de seguridad social*, entre otros mecanismos o instituciones, cuyo fin es *eliminar hasta donde sea posible la contradicción capital-trabajo remitiendo la lucha a la esfera del consumo*.

La seguridad social actúa, por tanto, como un instrumento mediatizador de la lucha de clases, y facilita la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo al proporcionarle determinadas condiciones de salud y de bienestar físico para que pueda ser explotada por el capital. Ello no significa, de modo alguno, que la seguridad social no haya beneficiado a la población trabajadora con medidas que permiten hacer frente a la explotación. Por tanto, es necesario tomar conciencia de esto a fin de que la clase proletaria emplee la seguridad social como un instrumento básico para arrancar mayores reivindicaciones al capital y se convierta en un *medio* y no en un *fin*.

5) La implantación del capitalismo en México —a finales del siglo pasado— como el modo de producción dominante, trajo como consecuencia ineluctable la presencia de un contingente

cada vez mayor de asalariados, resultado de la vigencia de las leyes de la acumulación capitalista. A medida que crecía el capital y con ello las ganancias de la burguesía, el proletariado presentaba un mayor deterioro en sus condiciones de trabajo y de vida. El estado asumió una actitud pasiva ante la relación capital-trabajo debido, entre otras cosas, a la doctrina en que se apoyaba: el liberalismo. La política del estado mexicano se orienta en beneficio del capital a fin de evitar obstáculos a la acumulación capitalista, lo cual favorece, como ya se dijo, a una parte reducida de la población en tanto que para la mayoría (la clase trabajadora) significa una mayor explotación, que se concreta en mayores enfermedades y accidentes laborales y en la presencia de la patología de la pobreza. Todo esto trasciende a los demás aspectos de la vida familiar, con todas las consecuencias económicas y sociales.

6) El modelo de desarrollo que ha seguido nuestro país a partir de la década de 1940, y que se enmarca dentro del capitalismo dependiente, ha provocado que la formación social mexicana adquiera determinadas características que repercuten en la salud de la población. Se han incrementado el desempleo y subempleo como resultado de la presencia de leyes de acumulación capitalista que incorporan a la producción una fuerza de trabajo cada vez menor en comparación con el capital invertido en medios de producción (instrumentos, maquinaria, materias primas). El problema del desempleo y el subempleo repercute en otros elementos de la vida social: alimentación, vivienda, vestido, educación, etcétera. Aunado a lo anterior se observa en la clase trabajadora una disminución en la capacidad económica real debido al proceso inflacionario acelerado que en 1981 rebasó el 29%, según estimaciones del Banco de México.

El desempleo y el subempleo, la falta de nutrientes básicos, la carencia de vivienda confortable y con los servicios necesarios, el transporte insuficiente y deficiente, los efectos nocivos de la contaminación ambiental y los bajos niveles educativos repercuten en la salud de la población, configurando cuadros patológicos que encuentran su explicación en la forma en que se organiza la sociedad capitalista para producir y reproducirse.

7) La problemática de salud derivada de las características que asume el desarrollo capitalista en nuestro país no afecta de igual forma a los distintos grupos sociales presentes en la sociedad mexicana. Esto se explica por el hecho de que su posición en la estructura económico-social es distinta, lo cual depende de

la relación que se tenga con los medios de producción (propietarios, no propietarios). Por tanto, puede afirmarse que *existe una situación diferencial entre las dos clases fundamentales (la burguesía y el proletariado) respecto de la morbimortalidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos*. Esta situación se concreta en que:

a) En el proletariado existe un predominio de la llamada *patología de la pobreza* (enfermedades infecciosas y parasitarias y desnutrición), que encuentra un campo propicio para su surgimiento y desarrollo en condiciones de trabajo y de vida insalubres y cada vez más perjudiciales para la salud por la explotación a que se ve sometida la clase trabajadora por el capital. En cambio, en la burguesía se manifiesta una mayor presencia de las enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades del corazón, cerebrovasculares, tumores malignos, diabetes) que surgen porque aumenta la expectativa de vida y por las características que asume la vida moderna: dieta en abundancia, *stress*, hipertensión, neurosis, etcétera.

Es importante destacar que las enfermedades consideradas propias de la burguesía son compartidas también por la clase trabajadora —aunque en una proporción menor— ya que ésta no se encuentra aislada de los procesos de urbanización e industrialización y de sus efectos en la vida social. Empero, las tasas de gravedad y letalidad son más altas en la clase proletaria que en la burguesía, ya que la primera posee condiciones de trabajo y de vida por lo general insalubres o inadecuadas, que repercuten en forma más severa en la salud y dificultan su recuperación.

b) La esperanza de vida en la clase proletaria es menor comparada con la de la clase burguesa. Es un hecho que la expectativa de vida ha aumentado en toda la población debido a los efectos del desarrollo económico, a los progresos de la medicina preventiva (creación de vacunas para combatir enfermedades infecciosas que antes diezaban a la población), a la organización de servicios médicos públicos y a otras causas. Sin embargo, las condiciones de trabajo y de vida de la clase proletaria repercuten de manera negativa en la salud, lo cual conduce a un mayor desgaste físico y mental que origina envejecimiento prematuro y acortamiento de la vida. Por otra parte, si bien se ha aumentado la esperanza de vida de la clase trabajadora en relación con la que se observaba a finales del siglo pasado y principios del presente, es importante señalar que tal aumento no necesariamente se ha visto relacionado con una mejoría en la calidad de vida de

los miembros de la clase trabajadora que han logrado sobrevivir después de su jubilación. ¿Hasta qué punto las condiciones reales de existencia permiten al trabajador desarrollar todas sus capacidades físicas, intelectuales, espirituales? La respuesta la conocemos.

c) El acceso a una atención médica oportuna y de la mejor calidad es menor en el proletariado que en la burguesía. Dentro de la clase proletaria es necesario distinguir diversos grupos: aquellos que tienen acceso a los servicios médicos de la seguridad social y los que se ven obligados a recurrir a la medicina pública asistencial. En el primer caso, no dudamos que los servicios médicos que ofrecen las instituciones de seguridad social sean de la mejor calidad; sin embargo, la carga de trabajo debida a la demanda de atención médica limita el tiempo que el equipo de salud le dedica al paciente, además de que no siempre puede consultarse a un médico especialista si no se cubren primero diversos requisitos. Asimismo, la atención oportuna (a fin de que el diagnóstico y el tratamiento permitan la recuperación de la salud con el mínimo de secuelas o complicaciones) no siempre es posible, ya sea por problemas de acceso a las unidades médicas, por limitaciones para ausentarse del trabajo, por una educación médica deficiente, o por otras causas. En el segundo de los casos la población que asiste a los servicios médicos de la asistencia pública enfrenta todavía mayores limitaciones.

En cambio, la burguesía tiene acceso a la atención médica privada dentro y fuera del país, lo cual permite un diagnóstico oportuno y un tratamiento que evite secuelas y complicaciones. Si a esto agregamos las posibilidades de acondicionar las características de su trabajo y de su vida a fin de que se facilite la recuperación de la salud, confirmamos una vez más la situación diferencial que tiene el proletariado respecto de la burguesía en relación con la morbilidad y la esperanza de vida.

Es fundamental recalcar que en la sociedad existen otros grupos sociales (capas medias: profesionistas, burócratas, etcétera), algunos de los cuales presentan características socioeconómicas y culturales que se asemejan a las de la burguesía, en tanto que otros, que han caído en un proceso de proletarización, tienen características más parecidas a las de la clase trabajadora. De aquí se desprende que el análisis de la situación diferencial entre los grupos sociales respecto a la problemática de salud no sólo debe comprender a las dos clases fundamentales sino considerar también a los demás grupos sociales a fin de establecer sus dife-

rencias y similitudes con la burguesía y el proletariado.

8) *La clase proletaria está compuesta por diversos grupos o sectores que, aun cuando conservan lo esencial para formar parte de esa clase (poseer sólo su fuerza de trabajo para subsistir), se diferencian entre sí por la forma en que se consume la fuerza de trabajo, es decir, por el tipo de plusvalía que se le extrae, por las condiciones concretas en que se desarrolla el proceso de trabajo y la forma en que los individuos y grupos se insertan en dicho proceso, así como por la manera en que se conserva y reproduce la fuerza de trabajo, esto último derivado de todo lo anterior.*

De ello se desprende que *existe una situación diferencial entre los diversos grupos que conforman la clase proletaria respecto a las características de la morbimortalidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos.* Los datos empíricos presentados muestran las diferencias existentes en las distintas ramas de la economía, en el tipo de ocupación y el carácter del contrato *en relación* con la frecuencia de los accidentes, el tipo de enfermedades y el aumento o disminución de la esperanza de vida. Estas diferencias son consecuencia de la forma en que se organiza el proceso de trabajo y la manera concreta en que se relacionan los diversos sectores de la clase trabajadora con los medios de producción. Es importante destacar aquí que la moderna organización del trabajo, aunada a un desarrollo tecnológico cada vez mayor (situación que se observa principalmente en las grandes industrias), ha permitido reducir la presencia de ciertos factores del ambiente físico nocivos para la salud (humedad, calor, ventilación insuficiente, existencia de polvos o sustancias tóxicas, etcétera); a cambio de ello ha incrementado los factores que originan mayor enajenación y padecimientos mentales, como monotonía, ritmos excesivos con pausas menores de descanso, división mayor del trabajo, incapacidad para poder desarrollar la inventiva personal, y otros.

Tales elementos están presentes fundamentalmente en la moderna industria y los daños a la salud todavía no han sido verdaderamente evaluados por los propios obreros, además de que la misma organización social limita o impide que tales daños se consideren como enfermedades laborales (*stress*, hipertensión, neurosis, incapacidad en las relaciones sexuales, insomnio, etcétera), ya que ello significaría afectar la producción.

9) De lo antes mencionado se desprende que la conceptualiza-

ción de la salud y la enfermedad depende de múltiples elementos propios de la realidad social y física donde trabaja y vive el proletariado; de los intereses de clase y de las ideologías que representan o defienden tales intereses; de la cultura existente en la sociedad en general, y en cada grupo social en particular; de las experiencias sociales que cada grupo ha tenido, etcétera. Por lo tanto, en la definición de la salud y la enfermedad intervienen factores objetivos y subjetivos, sociales e individuales, debido a lo cual no puede haber definiciones universales, absolutas, sino que se construyen para determinada sociedad y, más concretamente, para cada grupo social. Esto se debe a que la salud-enfermedad es un proceso condicionado sociohistóricamente que cambia y adopta diversas modalidades, y en su interpretación están presentes además elementos ideológicos que responden a determinados intereses de clase que varían según las circunstancias concretas en que surgen.

De aquí se desprende que ninguna definición de salud y enfermedad puede hacerse extensiva a todos los grupos sociales; además, dentro de cada uno de éstos hay diferencias en la conceptualización debido a las diferencias individuales que existen por la forma concreta en que las personas trabajan y viven, y la manera en que incorporan las experiencias sociales e individuales en la conceptualización del proceso salud-enfermedad, de acuerdo esto con sus marcos culturales e ideológicos.

Así lo que algunos grupos conceptualizan como enfermedad puede no serlo para otros, ya que las condiciones físicas, sociales o psíquicas que limitan el desarrollo de las capacidades de algunas personas o grupos quizás no lo impidan en otros. Por lo tanto, la conceptualización de la enfermedad debe considerar diversos factores, algunos de los cuales pueden ser generalizados para grupos completos (elementos objetivos: condiciones materiales de trabajo y de vida), pero otros (los elementos subjetivos, propios de cada individuo y que están condicionados por los factores objetivos) no son susceptibles de generalizarse de la misma forma. Estos últimos factores son precisamente los que van a originar las diferencias en la conceptualización de la salud y la enfermedad en un mismo grupo, diferencias que no deben ocultar los elementos esenciales, fundamentales, por lo que un grupo social define la salud y la enfermedad. Por ello no podemos dar una definición que abarque a la sociedad en su conjunto, sino refiriéndola a los grupos sociales fundamentales (y después a cada sector dentro de cada grupo). En vista de que

existen más elementos objetivos para definir la enfermedad, es necesario conceptualizar primero ésta, haciendo abstracción de diversas particularidades que no vienen al caso. Hecho esto, el camino metodológico para definir la salud estará, en términos generales, en función de la forma en que se define la enfermedad.

En conclusión, podemos decir que *la enfermedad en los miembros del proletariado es un proceso —determinado socialmente— que se concreta en la incapacidad física y/o mental para satisfacer sus necesidades materiales de existencia y desarrollar sus capacidades intelectuales, artísticas, etcétera —esto último cuando lo permitan sus condiciones de trabajo y de vida— en una formación social históricamente determinada.*

En esta definición se destaca en primer lugar la capacidad para satisfacer las necesidades materiales de existencia, lo cual no es gratuito sino que está determinado por la posición que ocupa el proletariado en la estructura económico-social; en segundo lugar se menciona el desarrollo de sus capacidades en relación con elementos propios de la superestructura, lo que dependerá del nivel de satisfacción de las necesidades básicas.

El asunto se complica cuando en la conceptualización de la enfermedad están presentes los intereses y la ideología de la clase a la que el proletariado vende su fuerza de trabajo, que influyen en la conceptualización de la enfermedad, por lo cual la definición de enfermedad que tiene el proletariado difiere de la que tiene la burguesía. Estas diferencias pueden, en cierto momento y bajo determinadas circunstancias sociales (por ejemplo cuando se pone en peligro la producción), coincidir por un interés común, aunque transitorio, que tienen las dos clases sociales fundamentales: la clase capitalista que necesita del proletariado para obtener plusvalía y éste que requiere de aquélla para vender su fuerza de trabajo.

Algunas recomendaciones

Para poder incidir en el mejoramiento de la salud de la clase trabajadora debe tenerse plena conciencia de las limitaciones estructurales que nos imponen el modo de producción y la formación social capitalistas, a fin de que nuestros señalamientos se enmarquen dentro de la realidad histórica en que actuamos. Esto no implica, de modo alguno, ignorar la necesidad de cam-

biar las relaciones sociales de producción vigentes para alcanzar un mejoramiento sustancial en las condiciones de trabajo y de vida de la clase productiva que permitan lograr mejores condiciones de salud. Hecha esta observación, planteamos a grandes rasgos algunas recomendaciones.

1) Los trabajadores deben intervenir directamente en el control de las condiciones que dañan la salud mediante la creación de organismos o la adecuación de las organizaciones ya existentes (por ejemplo, los sindicatos) para que aquéllos puedan participar en forma amplia, consciente y permanente en diversas tareas tendientes a evitar condiciones que resulten nocivas a la salud.

2) Para lograr lo anterior es necesario concientizar a los trabajadores y líderes sindicales sobre la necesidad de no monetizar la salud (elevar las indemnizaciones monetarias por daños a la salud) sino buscar, ante todo, el mejoramiento de las condiciones de trabajo que ocasionan accidentes y enfermedades laborales.

3) Una de las formas de lograr la concientización es mediante la impartición de cursos a líderes y obreros sobre la manera en que se organiza el proceso productivo en el modo de producción capitalista y las formas políticas y técnicas de enfrentar las diversas condiciones de la producción que dañan la salud. Para ello se requiere preparar a diversos profesionistas (sociólogos, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, etcétera) interesados en el análisis de la salud-enfermedad desde la perspectiva social, a fin de que los cursos a los obreros les proporcionen elementos que puedan utilizar en su lucha contra las condiciones de trabajo que les impone el capital.

En la universidad existen diversas experiencias en este sentido que habría que recuperar para poder organizar mejor la respuesta de la clase trabajadora a la explotación de que es objeto. Algunas de estas experiencias son los cursos de actualización sobre sociología médica y los cursos monográficos sobre salud en el trabajo que se imparten anualmente en las divisiones de estudios de posgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y de la Facultad de Medicina, respectivamente.

4) Paralelamente es necesario realizar investigaciones sobre los factores relacionados con la salud-enfermedad y difundirlos a través de los diversos medios disponibles, a fin de generar una mayor conciencia entre los diversos grupos o sectores de la sociedad, en particular los vinculados con las luchas de la clase

trabajadora. Estas investigaciones pueden realizarse sobre temas como los siguientes:

- Enfoques actuales del proceso salud-enfermedad. Papel de la organización social en su determinación.

- Morbimortalidad, condiciones materiales de vida y formación social. Análisis diferencial según clases sociales.

- Proceso de trabajo y salud. La organización moderna del trabajo y sus repercusiones en la salud del obrero.

- Políticas de salud, sistemas de atención médica y práctica médica. Sus relaciones con la organización social.

- Factores sociales determinantes de las enfermedades mentales.

- Factores sociales determinantes de la invalidez.

- Acumulación capitalista y medicina. La industria químico-farmacéutica y de equipo médico.

- Educación para la salud. Condiciones sociales.

- Factores sociales determinantes de la desnutrición.

- Medicina tradicional y posibilidades de utilización para el mejoramiento de la salud de la clase obrera.

- Movimiento obrero y políticas de salud.

Apéndice A

El contenido social de la atención médica*

La calidad en el campo de la atención médica escapa a todo intento de medición y control, si se entiende como tal aquella atención médica que se otorga en forma oportuna y eficaz, con un adecuado aprovechamiento de los recursos tecnológicos, científicos y de tiempo, y que incluye *una óptima interacción entre el médico y el paciente*.

De lo anterior se deduce que, para proporcionar una atención médica con altos niveles de calidad, no basta con disponer de las instalaciones y equipos más modernos y contar con los recursos humanos mejor calificados, conjuntamente con una adecuada administración de los servicios. Se requiere, como complemento indispensable, *tener un amplio conocimiento de los elementos humanos que entran en juego en toda acción médica*: el equipo de salud, especialmente el médico, y el enfermo.

El conocimiento de las características básicas de los usuarios y del personal encargado de la salud permitirá abandonar enfoques unilaterales del trabajo médico prevaecientes tanto en el ejercicio liberal de la medicina como en la práctica institucional. Esto hará posible adoptar esquemas que permitan adecuar la atención médica a los componentes socioculturales de la población.

Para lograr lo anterior es indispensable identificar y jerarquizar la influencia de los aspectos sociales y culturales del equipo de salud y del paciente en la conformación de las imágenes, expectativas y actitudes hacia la institución en general, y de los servicios médicos en particular. También es punto de máxima significación conocer los elementos que modelan la

*Este apartado se elaboró en base a las experiencias obtenidas en la Jefatura de Planeación y Supervisión Médica del IMSS.

interacción entre los responsables de la salud, especialmente el médico, y el paciente.

La complejidad de elementos presentes en la relación: paciente-médico-institución, paciente-médico-servicios médicos y, particularmente, paciente-médico, sólo puede estudiarse de manera integral con el concurso de las diversas ramas del conocimiento humano, teniendo como disciplina integradora a la sociología médica.

La aplicación de los lineamientos teórico-metodológicos de esta disciplina encuentra una factibilidad mayor en la medicina institucional para derechohabientes, concretamente el Instituto Mexicano del Seguro Social, dado que en este sistema de atención médica se dispone de la organización y los recursos para investigar los aspectos que conforman las pautas de interacción entre el médico y el paciente, y de éstos con los servicios médicos y la institución.

Este hecho brinda la posibilidad de contar con criterios objetivos para diseñar las políticas y estrategias de acción tendientes a lograr la máxima adecuación de los servicios médicos a las características de la población amparada.

Para llegar a este punto, es necesario tener presente que la prestación de la atención médica se cristaliza en el acto médico. A su realización concurre una diversidad de factores y circunstancias que influyen para que el enfermo y sus familiares valoren la atención médica como un éxito o fracaso, por ejemplo, la imagen que tienen del instituto en general y de la atención médica en particular, que puede ser inducida o preconcebida, y ser modificada por cada acto en el que se mezclan las imágenes de otros sistemas de atención médica.

Por esta razón, el acto médico no debe contemplarse aislado de la organización social e institucional, ya que esto expondría a alcanzar una visión distorsionada o parcial de la problemática que encierra el proporcionar una atención médica adecuada a las características socioculturales de los derechohabientes.

Con respecto a los derechohabientes, se reconoce la existencia de grupos disímiles en cuanto a sus pautas socioculturales y a su situación económica y ecológica, lo cual condiciona la problemática de salud y sus actitudes y expectativas en todos los renglones de la vida, así como las concepciones y acciones respecto al cuidado y fomento de la salud. Esto dificulta la adopción de esquemas únicos para prestar una atención médica adecuada al contexto en que viven los derechohabientes.

Así, el derechohabiente que demanda servicios tiene ideas preconcebidas sobre la enfermedad, la forma de curar, quién debe atender al enfermo y dónde debe atendersele. Estas ideas están modeladas por el patrón sociocultural (costumbres, tradiciones, creencias, mitos, supercherías) propio del grupo social y de la familia.

También tiene una imagen de la institución que le otorga los servicios, la cual está condicionada tanto por las experiencias vivenciales o transmitidas como por expectativas conformadas por su marco sociocultural.

Todo lo anterior lo lleva a adoptar actitudes hacia la institución en general y hacia los servicios médicos y el personal en particular que se traducen en actitudes que pueden ser adecuadas o no para la realización del acto médico.

En estas circunstancias, la satisfacción de las exigencias y expectativas de los demandantes de servicios, y su concepción en cuanto a la calidad de la atención médica, estará condicionada por una diversidad de factores que pueden estar, en un momento dado, en contraposición con la organización y el funcionamiento de los servicios.

Así, la oportunidad y la eficacia de las acciones médicas pueden ser consideradas desde un determinado punto de vista como indicadores de la calidad de la atención médica. Sin embargo, es un hecho que en la valoración de la calidad de la atención médica por parte de los demandantes influyen también, y a veces en forma determinante, diversos elementos subjetivos propios de su marco sociocultural, que otros de tipo objetivo (por ejemplo, utilización de técnicas e instrumentos por parte del equipo de salud) que difícilmente pueden evaluar por su escaso conocimiento sobre ellos.

En cuanto al médico, puede decirse que teóricamente está preparado para resolver cualquier problema de salud dentro de los límites de su área y nivel profesional. Sus criterios sobre la enfermedad y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos están modelados por su formación universitaria, y difieren de las ideas que poseen el paciente o sus familiares.

Es un hecho que los planes de estudio de las escuelas de medicina están orientados a la enseñanza y el ejercicio liberal de la medicina; existe poco conocimiento de los problemas de salud de la población, de su realidad socioeconómica y cultural y prácticamente se ignoran las modalidades que adopta la medicina en las instituciones de seguridad social. Esta situación revela una crisis en la enseñanza de la medicina, reflejo de la organización social en la cual se sustenta.

Dentro de este marco de referencia el futuro médico adquiere expectativas económicas que difícilmente podrán ser satisfechas dado que sólo una insignificante minoría de los mexicanos puede sufragar los gastos de una atención médica privada. También se le condicionan expectativas en cuanto a continuar con una especialización, aun cuando está demostrado que la mayoría de los cuadros patológicos requiere, para su diagnóstico y tratamiento, niveles generales de conocimientos médicos.

El comportamiento del médico y el trato que proporciona a los pacientes están condicionados por su formación profesional, sus expectativas y otros elementos del patrón sociocultural del grupo al que pertenece. También existen factores propios de la organización y el lugar donde trabaja que influyen en la modelación de sus actitudes. Por ejemplo, la organización institucional de los servicios limita las decisiones e iniciativa individuales del médico, ya que existen procedimientos y criterios institucionales de trabajo, pautas de tratamiento, formularios básicos donde se indican todos los medicamentos que se pueden ordenar, y normas, control y supervisión de calidad.

Al respecto es necesario destacar que "el acto médico requiere flexibilidad para el manejo de problemas humanos, e independientemente del sistema de salud en el que se trabaje, el hecho fundamental para su realización, es la relación anímica que se establezca entre el médico y el paciente" (IMSS 1975a:109-110).

La prestación de servicios enmarcada en una organización favorece, dado los crecientes volúmenes de derechohabientes por atender, la deshumanización de los servicios, en contraposición con los principios humanísticos de la atención médica.

Es un hecho que "la imagen del médico, aquel conjunto de gestos mediante los cuales procura transmitir una impresión global de su persona hacia el enfermo, es uno de los elementos más delicados y cruciales de toda la relación médico-paciente".⁸⁰

La relación médico-paciente

La relación que se establece entre el médico y el enfermo es, sin duda, uno de los elementos primordiales en la prestación de la atención médica. Sin embargo, es necesario destacar que esta relación, en la mayoría de los casos, es *unilateral*, donde el primero toma la parte activa y el segundo la pasiva.

En estas condiciones, la comunicación que se establece entre el médico y el paciente puede considerarse precaria, lo cual se acentúa por el tiempo limitado que se destina a cada derechohabiente.

Esto trae como consecuencia que la relación anímica no alcance los niveles adecuados para realizar el acto médico en una atmósfera de comprensión, situación que impide al médico interiorizarse de los problemas de salud y de otra naturaleza que tienen relación con los padecimientos, y que muchas veces contienen la explicación de los estados patológicos.

El impacto que tienen en el paciente las actitudes y el trato del médico influirá de manera decisiva para que el enfermo valore el acto médico en términos de éxito o fracaso.

La satisfacción o insatisfacción del paciente con la atención médica que recibe es independiente de la calidad del acto médico, medida de acuerdo con las normas institucionales. Pueden emplearse los aparatos más complicados para la exploración física y manejarse las técnicas administrativas más actualizadas, pero esta demostración de capacidad física y humana no podrá satisfacer totalmente las expectativas de atención médica si la realización del acto médico se desarrolla en un ambiente poco o nada favorable para que el paciente, o sus familiares, expongan con libertad tanto los síntomas o molestias que experimenta como otros aspectos relacionados o no con los problemas de salud pero que, de acuerdo con la concepción del enfermo, son de interés para el diagnóstico y el tratamiento médico.

⁸⁰ "¿Es la 'personalidad médica' un espejismo?", *Revista Médico Moderno*, núm. 12, agosto de 1974, p. 47.

Si el acto médico no infunde suficiente confianza al enfermo, podría concluirse que la atención médica no tendrá el éxito esperado, lo cual se traducirá en la adopción de diversas conductas, por ejemplo: no seguir cabalmente las instrucciones sobre el uso de medicamentos, abandonar las indicaciones terapéuticas y no acudir oportunamente a las citas concertadas. La calidad de la atención médica está, pues, en función directa de la responsabilidad y el compromiso que el médico experimenta al otorgar la atención médica, y básicamente se logra si su actitud ante los derechohabientes es adecuada, para lo cual es requisito indispensable que conozca los componentes socioeconómicos y culturales de la población que atiende.

Aunados a la relación anímica adecuada que debe establecerse entre el médico y el paciente, existen otros factores que influyen para que el enfermo interprete que la atención médica recibida es un éxito o un fracaso. Las ideas que tienen el enfermo o sus familiares sobre la enfermedad, la manera de enfocar el problema de salud, las pautas de tratamiento y otros elementos, intervendrán en la valoración de la atención médica. "Por ejemplo, algunos pacientes se muestran insatisfechos porque el médico no requiere de numerosos exámenes de laboratorio y gabinete, o porque no lo hospitalizó para su estudio; en otros casos, la insatisfacción del paciente es por considerar innecesarias, o excesivas, las exploraciones de laboratorio y gabinete, y en otros más el paciente interpreta que una simple orientación y consejo sería suficiente para solucionar su problema" (IMSS 1975a:103).

Las dificultades para lograr una relación anímica adecuada para el acto médico se presentan en todas las áreas de atención médica, pero adquieren modalidades especiales en la consulta externa de medicina general que, por otro lado, absorbe la mayor parte de la demanda de servicios médicos.

Las actitudes poco favorables del médico en el momento de atender al paciente pueden presentarse de diversas formas: en algunos casos se tiene ya elaborada la prescripción médica, en otros el tiempo reducido que se dedica a la exploración física y al interrogatorio sólo permiten realizar un diagnóstico de presunción. También existen experiencias en la visita al médico que resultan poco agradables, y en muchos casos la actitud irresponsable de algunos médicos ha ocasionado diversos daños a la salud o puesto en peligro la vida de los pacientes que dejan en las manos del profesional de la medicina la solución de sus problemas de salud (*iatrogenesis*).

Lo anterior es, en parte, consecuencia de la repetición de actos mecanizados (hacer historias clínicas, llenar las hojas de evolución, prescribir medicamentos, fijar citas). Esto conduce a una rutinización en el trabajo médico, fundamentalmente en la consulta externa de medicina general, que se acentúa porque la patología que se atiende presenta un común denominador: es poco variada e interesante.

En estas condiciones el papel del médico se reduce a desahogar la consulta, lo cual limita sus posibilidades de convertirse en promotor de la salud a través de la educación higiénica y sanitaria de la población que atiende, así como la realización de otras actividades que le permitan superarse personal y profesionalmente.

El médico se dedica entonces a tratar a los enfermos con un mismo carabón, sin considerar que cada paciente tiene problemas y necesidades particulares y posee expectativas que están condicionadas por su situación sociocultural y económica y su hábitat ecológico.

En estas circunstancias, el ejercicio de la medicina dentro del ámbito institucional puede adquirir perfiles de deshumanización, en contraposición con los principios humanísticos de la atención médica. Al respecto, Hernán San Martín (1968:697-698) señala que "lo humano en el arte de la medicina consiste precisamente en la comprensión del hombre en su integridad, como unidad biológica y cultural, como ente social y ser histórico. Cuando la medicina, reflejando los modos de vida, de sentir y de pensar de la sociedad en el momento histórico, ha subestimado al hombre como ser social y cultural, se ha producido ese proceso que llamamos deshumanización de la medicina."

La génesis de esta situación debe buscarse en la estructura social y económica de la sociedad que determina, en última instancia, el pensamiento médico, las características de las instituciones de servicios médicos y la práctica médica. Nuestra sociedad se caracteriza por seguir un modelo de desarrollo capitalista dependiente, que se refleja en todos los órdenes de la vida social.

Los matices de deshumanización no son exclusivos de la relación médico-paciente; se extienden a otras áreas de servicios por las que el paciente debe pasar antes o después de ser atendido por el médico (recepción, vigencia de derechos, laboratorio, etcétera).

Los problemas pueden surgir desde el momento en que el enfermo realiza los trámites para recibir atención médica. El primer contacto con los servicios médicos se establece cuando se solicita turno con la asistente social o recepcionista para ser atendido por el médico.

Puede decirse que este primer acercamiento con la institución es de gran importancia para condicionar las imágenes y las actitudes con respecto a los servicios médicos. La relación que se establezca puede ser amistosa o amable, adquirir matices de indiferencia o caer en un plano despótico.

Cabe destacar que las relaciones humanas entre el paciente y la asistente social no se presentan con las mismas características en todo el sistema IMSS. Varían según el tamaño de las unidades médicas, que está en relación directa con el tamaño de las poblaciones donde se encuentran ubicadas.

Investigaciones realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social a nivel nacional, sobre los derechohabientes⁸¹ y el personal médico y de enfermería, permiten identificar y precisar la magnitud de diversos problemas propios de la organización y operación de los servicios. Debe señalarse que muchos de ellos se conocían en forma parcial o imprecisa.

⁸¹ El estudio se centró en aquellos derechohabientes que concurren a los servicios médicos del IMSS. Existe un porcentaje no determinado de la población amparada que por diversos motivos no utiliza estos servicios. Una investigación al respecto aportaría datos interesantes.

Estas investigaciones revelan también datos sobre las actitudes entre los principales actores de la atención médica, así como sobre sus necesidades sentidas, expectativas y otros tópicos de especial significación para lograr adecuar los servicios médicos a las características de la población derechohabiente.

Es necesario poner de relieve que la encuesta a derechohabientes se realizó en la antesala de los consultorios, lo que de una u otra forma influyó para que hubiera temor o desconfianza en la contestación de preguntas. A pesar de esto, la información recabada muestra la existencia de problemas en las relaciones humanas con cierto tipo de personal, concretamente con las asistentes sociales y las enfermeras y, en menor magnitud, con el personal médico.

El aborto, problema de salud pública

Para analizar el problema del aborto desde una perspectiva científica y proponer alternativas de solución que permitan su reducción sustancial, es necesario tomar en cuenta las condiciones materiales de vida de las familias en que se lo practica; las condiciones sanitario-asistenciales en que se realiza y el contexto socioeconómico, político y jurídico en que se desenvuelve nuestra sociedad, todo lo cual determinará las posibilidades y la forma de resolver este problema. Considerar uno u otro aspecto o hacer referencia sólo a la ideología (valores, creencias, representaciones) de ciertos grupos sociales, por ejemplo la ideología religiosa o moral, es dejar de lado la cuestión central que como científicos debemos destacar: el aborto es un problema de salud pública, que se encuentra relacionado con otros fenómenos de la vida social. Para lograr un conocimiento más amplio y profundo se requiere que se lo enfoque desde la perspectiva de la sociología médica.

Para facilitar la exposición presentaré mis puntos de vista en forma de tesis o señalamientos concretos a partir de los cuales pueden desarrollarse hipótesis o ideas más elaboradas sobre la base de los elementos teóricos e información empírica que presentamos en este trabajo.

Con el propósito de cerrar nuestro campo de análisis nos referimos exclusivamente al *aborto inducido o provocado*, ya que el espontáneo no representa un verdadero problema social y, además, no se encuentra penalizado.

1) El aborto inducido es un problema objetivo, *real*, es decir, se practica independientemente de las penas que impone la ley (art. 332 del código penal que data de 1931); de los pronunciamientos de la iglesia o de cualquier consideración moralista de parte de algunos grupos (por ejemplo, del Comité Nacional Pro-Vida, A.C.: "luchamos contra la contaminación moral... contra la desintegración familiar", desplegado del 22 de octubre de 1980).

2) El aborto es un problema de salud pública ya que su magnitud (alrededor de un millón de abortos al año en nuestro país)⁸² y la problemática socioeconómica, cultural y médica⁸³ que origina *trasciende* al conjunto de la sociedad. El aborto puede considerarse un hecho individual sólo en cuanto se concreta en una persona, pero sus causas, como problema de salud pública, deben buscarse en la estructura socioeconómica de la sociedad y no en las "malas costumbres" o en la carencia de valores humanos; y no hay que señalar erróneamente que el aborto repercute en la desintegración familiar.

3) El aborto *no es una medida de planificación familiar o de control natal* —y nadie aborta por gusto— como pretenden destacar quienes se oponen a su despenalización; debe considerárselo como el *último recurso* a que puede acudir una mujer por dos razones fundamentales:

a) Los anticonceptivos temporales no garantizan el cien por ciento de seguridad: "para la continencia periódica de Ogino-Knaus, el control de la ovulación y el coito interrumpido, el porcentaje de seguridad es en general de 40 a 45 por ciento. Para los métodos mecánicos como el diafragma, capuchones y preservativos, el porcentaje es de 45 a 55 por ciento; para los químicos (lavados, duchas, óvulos, jaleas, cremas, etcétera), el margen de seguridad viene a ser variable, entre el 75 y 95 por ciento; para los hormonales, el margen de seguridad oscila entre 99 y 100 por ciento y para los dispositivos intrauterinos (DIU) el porcentaje es de 98 a 99 por ciento."⁸⁴ Los métodos anticonceptivos permanentes: ligaduras de los vasos deferentes (vasectomía) y ligadura de trompas, tienen actualmente poca importancia ya que menos de la quinta parte de los hombres y mujeres en edad de procrear recurren a ellos (17.4% ligadura de trompas, a partir principalmente de los 30 años, y 0.3% vasectomía).⁸⁵

b) No toda la población tiene acceso a los programas de planificación familiar, los cuales, a pesar de los esfuerzos realizados, han extendido su cobertura básicamente en las zonas urbanas; además, en muchos casos los programas se reducen al control natal, que sólo comprende una parte de la planificación familiar. Su aceptación depende, sin duda, de la existencia de condiciones materiales de vida adecuadas para que puedan ser realmente

⁸² Algunos estudiosos señalan que la cifra de abortos se acerca al millón y medio. Las estadísticas oficiales registraron, en 1976, 66 034 abortos atendidos en las instituciones del sector salud sin especificar si son inducidos o espontáneos (SPP 1981a:142).

⁸³ En 1976 (últimas cifras disponibles) hubo 22 578 defunciones por causas de mortalidad perinatal (SPP 1981a:56). La mitad de estas muertes, aproximadamente, están ligadas con el aborto.

⁸⁴ Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM, "Métodos anticonceptivos", *Gaceta UNAM*, 13 de febrero de 1978, p. 18.

⁸⁵ *Encuesta nacional de prevalencia en el uso de anticonceptivos*, Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, México, enero de 1979, cuadro 3.16 (tamaño de la muestra: 1 134 mujeres).

comprendidos y llevados a la práctica. Recuérdese que para recibir educación, dedicarse a la política, al arte, el hombre necesita primero comer, beber, tener un techo y vestirse (tesis marxista): "El modo de producción material de vida condiciona el proceso de vida social, político e intelectual en general. No es la conciencia de los hombres la que determina su ser, por el contrario su ser social es lo que determina su conciencia" (Marx 1973b:12). Cualquiera otro planteamiento que no se sitúe en esta perspectiva cae en el idealismo, tal como sucede con algunos especialistas en este asunto: "la mejor manera de prevenir el aborto, lo mismo que los demás problemas del país, es orientar todos nuestros esfuerzos a mejorar la educación y la cultura".⁸⁶

Asimismo, el diseño e implantación de los programas, así como la preparación del personal encargado de ello, pocas veces toma en cuenta los factores socioeconómicos, culturales y psicológicos de la población, lo cual repercute en su baja aceptación en varios grupos humanos.

Todo lo anterior obliga a hacer la siguiente reflexión: para poder reducir el número de abortos hasta eliminarlo como problema de salud pública, se requiere considerar las condiciones materiales de vida de la población susceptible de abortar (en edad de procrear), principalmente la situación socioeconómica de las familias de la clase trabajadora, puesto que el 78.7% de los abortos provocados tiene como principales causas el número excesivo de hijos y la mala situación económica, según lo apunta la Comisión Legislativa de Salubridad y Asistencia de la Cámara de Diputados,⁸⁷ cifra que coincide con la población de bajos ingresos: el 72% de la población económicamente activa percibía en 1970 menos de mil pesos mensuales⁸⁸ (esta situación se ha deteriorado por el modelo de desarrollo capitalista propiciado por el estado. El resultado de ese modelo es hoy el siguiente: "ocho millones de subempleados encubiertos, un millón 400,000 desempleados abiertos y más de 700,000 personas sin absolutamente ningún trabajo e ingreso").⁸⁹ Respecto al nivel educativo, un estudio reveló que el 75.4% de las mujeres que abortaron tenía hasta estudios de primaria.⁹⁰ Estos datos nos permiten señalar que la mayoría de las personas que recurren al aborto (80%) lo hacen en condiciones totalmente precarias,⁹¹ pues según una in-

⁸⁶ Doctora Blanca Raquel Ordóñez, "Historia natural del aborto" (mesa redonda), *Revista de la Facultad de Medicina*, México, marzo de 1974, p. 28.

⁸⁷ René Delgado, "78 por ciento de los abortos, por exceso de familia y mala situación económica", *Unomásuno*, 27 de octubre de 1980, p. 5.

⁸⁸ *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos 1975-1976*, SPP, 1979, pp. 60-61.

⁸⁹ Carlos Ramírez, "El Plan Nacional de Empleo prevé su propio fracaso", *Proceso*, 29 de octubre de 1979, p. 6.

⁹⁰ "Aborto, ¿legalización versus planificación familiar?" *Revista Médico Moderno*, abril de 1975, p. 24.

⁹¹ "El aborto, ¿derecho de la mujer o control poblacional?" *Punto Crítico*, 9 de septiembre de 1976.

vestigación llevada a cabo por el IMSS sólo el 8% recurre al médico y el 10% a una enfermera (el 50 por ciento se lo autoprovocó y el 30 por ciento acudió a parteras empíricas) (*ibid.*).

Si al hecho de realizar el aborto en condiciones higiénicas deplorables y sin el instrumental y el personal suficiente y adecuado se agrega que sólo el 40% de la población en 1979 era derechohabiente de alguna institución de seguridad social, se observa que no toda la clase trabajadora —que es donde existe en promedio el mayor número de hijos por familia y ocurre el aborto con mayor frecuencia— tiene acceso a los servicios médicos de la seguridad social en caso de complicaciones (la tercera o cuarta parte de los abortos se complican). Además, existen varios millones de mexicanos que todavía se encuentran al margen de los servicios médicos asistenciales de la SSA, y el programa IMSS-Coplamar proporciona atención médica fundamentalmente de primer contacto.

Esta situación eleva considerablemente el riesgo de muerte en las mujeres de la clase proletaria, ya que si se presentaran las estadísticas de la mortalidad perinatal por clases sociales, seguramente la tasa de mortalidad por este concepto sería mayor en las mujeres de esa clase que en las de las capas medias o de la burguesía.

Los datos anteriores muestran un panorama más preciso y objetivo de la realidad en que vive la mayoría de la población del país y nos llevan a reflexionar sobre lo siguiente: la sociedad, a través de las leyes y de las distintas instituciones (como la iglesia) y grupos (como el Comité Nacional Pro-Vida, A.C.), castiga o reprueba la práctica del aborto y recalca la necesidad de que el embarazo llegue a su término; sin embargo, en una sociedad capitalista como la nuestra, ¿quién va a proporcionar al nuevo ser las condiciones materiales de vida suficientes y adecuadas para que pueda tener un desarrollo físico e intelectual satisfactorio, de acuerdo con ciertos parámetros objetivos? Este problema es ignorado por aquellos que condenan el aborto y adoptan posturas moralistas, religiosas o poco científicas para analizarlo.

4) *La despenalización del aborto resultaría de poca utilidad y hasta contraproducente si no va acompañada por las siguientes políticas y estrategias de acción (de lo contrario la medicina privada elevaría los costos de atención del aborto y quedaría desamparada —en condiciones poco higiénicas y en manos inexpertas— la mayoría de la población femenina que carece de recursos económicos):*

a) La creación o adaptación de la infraestructura sanitario-asistencial por parte del estado a fin de ampliar la cobertura a todo el país y proporcionar servicios médicos suficientes, adecuados y gratuitos —o fijar cuotas módicas de acuerdo con estudios socioeconómicos sobre la familia— para atender este problema.

b) Buscar los mecanismos apropiados para agilizar los procesos administrativos a fin de que el aborto se realice a la brevedad posible (cuando el peligro y el costo es menor), antes de las 22 semanas de embarazo, a partir de las cuales se considera que el producto es viable. Paralelamente,

es necesario que las acciones de planificación familiar contemplen aspectos de educación médica para que, en caso de un embarazo no deseado, se acuda cuanto antes a los servicios médicos.

c) Preparar al equipo de salud (médicos, enfermeras, etcétera) para que las acciones médicas contemplen un elemento fundamental en la valoración de la calidad de la atención: *la óptima relación médico-paciente*, que constituye un factor decisivo para ayudar a la mujer a que asuma esta responsabilidad en las mejores condiciones emocionales, ya que "en los casos de aborto voluntario en los que llegan a presentarse efectos psicológicos adversos —psicosis, neurosis, depresión, intentos de suicidio—, éstos parecen haber sido provocados más por el conjunto de circunstancias familiares y sociales contrarias al aborto, que por el mismo aborto" (Herrera 1979:43). Lo anterior implica necesariamente que el equipo de salud se compenetre de la problemática sociocultural y económica de la población que atiende, para lo cual tienen que modificarse los programas de estudio orientados básicamente a la medicina liberal.

5) El planteamiento anterior resulta utópico si no se parte de que *en una sociedad dividida en clases sociales no puede haber una respuesta médico-social igual para todos los grupos sociales*; dependerá sin duda de las condiciones materiales de existencia de cada clase, lo cual determinará en última instancia el tipo de atención médica que se reciba. Por ello debe ponerse especial cuidado en aquellos grupos con mayores problemas socioeconómicos.

6) De acuerdo con el punto anterior, puede concluirse que, para que el aborto deje de ser un problema de salud pública, *es necesario realizar cambios profundos en la estructura económico-social*, ya que cualquier declaración, pensamiento político o legislación es letra muerta si no se toman en cuenta las condiciones materiales de vida de las clases sociales. Esto implica afectar intereses económicos y posturas ideológicas de diversos sectores de la burguesía, así como las políticas económicas del estado mexicano, el cual trata de legitimarse ante el conjunto de la sociedad a través de la organización y dirección de medidas que benefician a los distintos grupos sociales; pero no hay que olvidar que el estado es, finalmente, el representante de los intereses de la clase dominante.

Proposiciones concretas

Dentro de las limitaciones estructurales que imponen el estado y la sociedad capitalista, se formulan a continuación algunas consideraciones que deben tomarse en cuenta para analizar y tratar de resolver este problema.

1) El aborto, como se ha demostrado, es un problema de salud pública, por lo que el estado debe asumir su responsabilidad dejando de lado planteamientos de carácter religioso o moralista que sólo oscurecen el análisis objetivo del problema. Es ineludible, por tanto, integrar una comisión interdisciplinaria de investigadores (sociólogos, médicos, antropólogos, psi-

cólogos, juristas, etcétera) para que estudien científicamente las causas y consecuencias sociales y las diversas modalidades que asume según grupos sociales, zonas (urbanas, rurales) y otros, a fin de formular alternativas de solución realistas dentro de las posibilidades que permite el marco socio-económico, político y jurídico del país. *Se considera fundamental tomar en cuenta las opiniones, sugerencias y expectativas de las mujeres en edad de procrear, particularmente las que han tenido algún aborto, ya que ellas han vivido en carne propia este problema y sus experiencias resultarán sin duda de gran utilidad para normar criterios, formas de proceder, con el propósito de alcanzar soluciones más acertadas.*

2) Dado que el aborto no es una medida de planificación familiar, como se destacó en uno de los párrafos anteriores, es necesario incrementar y mejorar las acciones en este campo, vinculando los planes y programas de planificación familiar a las características socioeconómicas y culturales de la población, para lo cual deberán tomarse en cuenta sus opiniones y sugerencias y evitar la verticalidad de los programas que conducen siempre al fracaso.

Apéndice B

La encuesta obrera de Marx

Introducción

En una carta a Sorge del 5 de noviembre de 1880 Marx escribió que había redactado para la *Revue Socialiste* de Benoit Malon un "Questionneur" (*sic*) del que se habían distribuido muchas copias por toda Francia. "Poco después, Guesde vino a Londres para preparar en colaboración con nosotros (yo, Engels y Lafargue) un programa electoral para los obreros, con motivo de las próximas elecciones".*

El cuestionario se publicó por primera vez en la *Revue Socialiste* el 20 de abril de 1880. Además, se distribuyeron 25 mil ejemplares "a todas las sociedades obreras, a los grupos y círculos socialistas y democráticos, a los periódicos franceses y a todos los que lo pidieron". Estos ejemplares no llevaban fecha.

El texto del cuestionario va precedido de un breve prefacio que recuerda los estudios y encuestas realizados por el gobierno inglés sobre las condiciones de la clase obrera y recomienda al gobierno francés que lo imite. Exhorta a los obreros de la ciudad y del campo a contestar las preguntas del cuestionario, porque sólo ellos pueden describir "con pleno conocimiento de causa los males que soportan", "sólo ellos y no un salvador providencial puede administrar enérgicamente los remedios de los males sociales que padecen". El llamamiento va dirigido también a los "socialistas de todas las escuelas que desean la reforma social y deben desear, por consiguiente, tener un conocimiento exacto y positivo de las condiciones en que vive y trabaja la clase obrera, la clase a que pertenece el futuro".

*Texto tomado de: Karl Marx, *Sociología y filosofía social*, selección e introducción de T. B. Bottomore y M. Rubel, *Historia/Ciencia/Sociedad* 15, Ediciones Península.

El prefacio declara, finalmente, que "las respuestas se clasificarán y suministrarán datos para una serie de artículos especiales, que se publicarán en la *Revue Socialiste*, para reunirse posteriormente en un volumen".⁹²

El cuestionario se divide en cuatro partes y contiene, en total, 101 preguntas. La primera parte se refiere al empleo y las condiciones de trabajo; la segunda a los horarios de trabajo y de tiempo libre; la tercera a las condiciones del contrato de trabajo, a los salarios y al costo de la vida; la cuarta a la lucha de la clase obrera por la mejora de sus condiciones.

El cuestionario

I

1. ¿En qué trabajas?
2. La fábrica donde trabajas, ¿pertenece a un capitalista o a una sociedad por acciones? Da los nombres de los patronos o de los directores de la compañía.
3. Número de personas que trabajan en tu fábrica.
4. Edad y sexo.
5. ¿A qué edad mínima empiezan a trabajar los jóvenes (muchachos y muchachas)?
6. Número de vigilantes y contra maestres y de otros empleados que no sean asalariados ordinarios.
7. ¿Hay aprendices? ¿Cuántos?
8. Además de los obreros que trabajan normal y regularmente, ¿hay otros que sólo trabajen en determinados períodos?
9. Tu fábrica, ¿trabaja exclusiva o fundamentalmente para el mercado local, para el mercado nacional o para la exportación?
10. La fábrica, ¿está situada en el campo o en la ciudad? Indica el nombre exacto del lugar.
11. Si la fábrica está situada en el campo, ¿te basta con el trabajo industrial para vivir o has de combinarlo con el trabajo agrícola?
12. ¿Trabajas a mano o con ayuda de una máquina?
13. Da detalles sobre la división del trabajo en tu fábrica.
14. ¿Utiliza la fuerza de vapor?
15. Número de talleres en que se dividen los distintos sectores de la fábrica. Describe el sector especial en que trabajas, con información no sólo sobre los aspectos técnicos sino también sobre la tensión muscular y nerviosa que implican y sobre los efectos generales del trabajo para la salud de los obreros.

⁹² En realidad, no se publicó ningún resultado de la encuesta. El número de la *Revue Socialiste* del 5 de julio de 1880 decía que se habían recibido muy pocas respuestas y pedía a los lectores que enviasen las suyas lo más pronto posible. En los números siguientes no se hizo referencia alguna a la encuesta y la *Revue* dejó de publicarse en 1881.

16. Describe las condiciones sanitarias del taller; número de cuadras, espacio asignado a cada obrero; ventilación, temperatura, blanqueado de las paredes, de los lavabos, limpieza general; ruido de las máquinas, polvo, humedad, etc.
17. ¿Existe alguna supervisión municipal o gubernamental sobre las condiciones sanitarias de los talleres?
18. En tu fábrica, ¿hay gases nocivos que provoquen enfermedades específicas entre los obreros?
19. ¿Existe una acumulación excesiva de máquinas en los talleres?
20. ¿Existe alguna protección en las máquinas, los sistemas de transmisión y los motores para evitar accidentes?
21. Enumera los accidentes que has conocido personalmente.
22. Si trabajas en una mina, enumera las medidas preventivas adoptadas por el patrono para asegurar una ventilación adecuada e impedir explosiones y otros accidentes peligrosos.
23. Si trabajas en la industria química, en la metalúrgica o en cualquier otro ramo particularmente peligroso, enumera las medidas de seguridad adoptadas por tu patrono.
24. ¿Cómo está iluminada tu fábrica? (gas, parafina, etcétera).
25. En caso de incendio, ¿existen suficientes salidas de emergencia?
26. En caso de accidente, ¿obliga la ley a tu patrono a pagar una indemnización al obrero o a su familia?
27. Si no le obliga, ¿ha pagado alguna indemnización a los que sufren algún accidente mientras trabajan para enriquecerle?
28. ¿Existe algún servicio médico en tu fábrica?
29. Si trabajas en casa, describe las condiciones de la habitación de trabajo. ¿Utilizas herramientas o máquinas pequeñas? ¿Te ayudan los hijos y otras personas? (adultos o niños, hombres o mujeres). ¿Trabajas para clientes individuales o para un contratista? ¿Tratas directamente con éste o con un intermediario?

II

30. Número de horas que trabajas cada día y días de trabajo de la semana.
31. Días de fiesta durante el año.
32. ¿Cuántas interrupciones hay en la jornada de trabajo?
33. ¿Comes a intervalos regulares o de manera irregular? ¿Comes en la fábrica misma o en algún otro lugar?
34. ¿Trabajas durante las horas destinadas a la comida?
35. Si se utiliza la fuerza de vapor, ¿cuándo se pone en marcha y cuándo se desconecta?
36. ¿Hay trabajo nocturno?
37. ¿Cuántas horas trabajan los niños y los menores de 16 años?
38. ¿Hay turnos de niños y jóvenes que se reemplacen durante las horas de trabajo?

39. ¿Hacen aplicar, el gobierno o la municipalidad, las leyes sobre el trabajo infantil? ¿Las respeta el patrono?
40. ¿Existen escuelas para los niños y los jóvenes que trabajan en tu fábrica? Si existen, ¿cuál es su horario? ¿Quién las dirige? ¿Qué se enseña en ellas?
41. Cuando el trabajo es continuo, día y noche, ¿cómo se organizan los turnos?
42. ¿Cuál es el incremento normal de las horas de trabajo durante los períodos de gran actividad industrial?
43. Las máquinas, ¿son limpiadas por obreros especialmente dedicados a esta tarea o lo son gratuitamente por los mismos obreros que las hacen funcionar durante la jornada de trabajo?
44. ¿Cómo se regula y castiga el hecho de llegar tarde al trabajo? ¿A qué hora empieza la jornada de trabajo y a qué hora vuelve a empezar después de la comida?
45. ¿Cuánto tiempo necesitas para ir al trabajo y para volver a casa?

III

46. ¿Qué tipo de contrato de trabajo te liga a tu patrono? (Diario, semanal, mensual, etc.)
47. ¿Cuáles son las condiciones del preaviso, por tu parte o por parte del patrono?
48. Si se rompe el contrato, ¿qué castigo se impone al patrono en caso de que sea por culpa suya?
49. Y si la culpa es del obrero, ¿qué castigo se le impone?
50. Si hay aprendices, ¿cuáles son los términos de su contrato?
51. Tu trabajo, ¿es regular o irregular?
52. En tu ramo, ¿el trabajo es por temporadas o mantiene, más o menos, el mismo nivel durante todo el año, en épocas normales? Si es temporal, ¿de qué vives mientras no trabajas?
53. ¿Te pagan según el tiempo o a destajo?
54. Si te pagan según el tiempo, ¿es por horas o jornadas enteras?
55. ¿Hay alguna paga adicional por el trabajo extra? ¿A cuánto asciende?
56. Si te pagan a destajo, ¿cuál es la tarifa? Si estás en una industria en que el trabajo se mide por la cantidad o el peso, como ocurre en las minas, ¿acostumbran a hacer trampas el patrono o sus representantes para estafarte una parte de lo que has ganado?
57. Si te pagan a destajo, ¿utilizan como pretexto la calidad del artículo para reducir fraudulentamente tu salario?
58. Tanto si te pagan a destajo como por horas, ¿qué día cobras? O, dicho de otra manera: ¿cuánto dura el crédito que abres a tu patrono antes de percibir el precio del trabajo realizado? ¿Cobras a final de semana, de mes, etc.?
59. El período de pago de tus salarios, ¿te obliga a recurrir al usurero,

- pagando un elevado interés y privándote, así, de cosas que necesitas, o a contraer deudas con el tendero y a convertirte en su víctima por el hecho de deberle dinero? ¿Conoces algún caso en que los obreros hayan perdido sus salarios por la quiebra de sus patronos?
60. ¿Los salarios los paga directamente el patrono o sus intermediarios? (subcontratistas, etc.).
 61. Si los pagan los subcontratistas y otros intermediarios, ¿cuáles son los términos de tu contrato?
 62. ¿Cuál es el promedio diario y semanal de tu salario, en metálico?
 63. ¿Qué salarios cobran las mujeres y los niños que trabajan en tu fábrica?
 64. ¿Cuál ha sido el salario más alto en tu fábrica durante el mes pasado?
 65. ¿Cuál ha sido la tarifa más alta del salario a destajo...?
 66. ¿Cuál ha sido tu salario durante el mismo período? Si tienes familia, ¿cuáles han sido los salarios de tu mujer y de tus hijos?
 67. ¿Te pagan el salario enteramente en metálico o de alguna otra manera?
 68. Si vives en una casa que te ha alquilado el patrono, ¿cuáles son las condiciones? ¿Deduce el alquiler de tu salario?
 69. Cuáles son los precios de artículos de primera necesidad como:
 - a) alquileres de la casa; condiciones de arrendamiento; número de habitantes, reparaciones y seguros, compra y conservación de los muebles, calefacción, luz, agua;
 - b) alimentación: pan, carne, legumbres, patatas, etc., leche, huevos, pescado, mantequilla, aceite, manteca, azúcar, sal, especias, café, achicoria, cerveza, sidra, vino, etc., tabaco;
 - c) ropa para los padres y los hijos; lavado de la ropa; higiene personal, baños, jabón, etc.;
 - d) gastos diversos: correos, intereses de los préstamos, escuela de los hijos o gastos de aprendizaje de un oficio, diarios y libros, cuotas de las sociedades recreativas o contribuciones para las huelgas, para las cooperativas y las sociedades de defensa;
 - e) gastos causados por tu trabajo, si los hay;
 - f) impuestos.
 70. Intenta establecer un presupuesto de ingresos y de gastos semanales y anuales tuyo y de tu familia.
 71. ¿Has comprobado personalmente una mayor elevación de los precios de los artículos de primera necesidad, como los alimentos y la vivienda, que de los salarios?
 72. Fluctuaciones de los índices de salarios, que conozcas.
 73. Reducciones de salarios durante los períodos de estancamiento y de crisis industriales.
 74. Aumentos de salarios durante los llamados períodos de prosperidad.
 75. Indica las interrupciones del trabajo debidas a los cambios de la moda y a las crisis particulares y generales. Explica tus experiencias personales de paro forzoso.

76. Compara el precio del artículo que produces o de los servicios que rindes con el precio de tu trabajo.
77. Cita algún caso que conozcas de obreros desplazados por la introducción de máquinas y otros perfeccionamientos.
78. Con el desarrollo de la maquinaria y de la productividad del trabajo, ¿han aumentado o disminuido la intensidad y la duración del trabajo?
79. ¿Conoces algún caso de aumento de salarios debido al perfeccionamiento de la producción?
80. ¿Conoces algún trabajador que se haya podido retirar a los 50 años y que pueda vivir con el dinero ganado como asalariado?
81. En tu ramo, ¿cuántos años puede trabajar un obrero de salud normal?

IV

82. ¿Existen organizaciones de defensa en tu ramo? ¿Cómo están dirigidas? Envía sus estatutos y reglamentos.
83. ¿Cuántas huelgas ha habido en tu ramo durante tu vida de trabajador?
84. ¿Cuánto han durado estas huelgas?
85. ¿Han sido generales o parciales?
86. ¿Eran para exigir un aumento de salarios o para oponerse a una reducción salarial? ¿Se referían a la duración de la jornada de trabajo o se debían a algún otro factor?
87. ¿Qué resultados se consiguieron?
88. ¿Qué piensas de la actividad de los *Prud'hommes*? (árbitros).*
89. ¿Habéis hecho en vuestro ramo huelgas de solidaridad con los obreros de otros ramos?
90. Describe las reglas y los castigos instituidos por tu patrono para controlar a sus asalariados.
91. ¿Han existido coaliciones de patronos para reducir los salarios, incrementar las horas de trabajo, impedir las huelgas y, en general, para imponer su voluntad?
92. ¿Conoces algún caso en que el gobierno haya puesto las fuerzas del estado a disposición de los patronos contra los obreros?
93. ¿Conoces algún caso en que el gobierno haya intervenido para proteger a los obreros contra las exacciones de los patronos y sus ilegales coaliciones?
94. ¿Aplica el gobierno la actual legislación del trabajo contra sus patronos? ¿Cumplen los inspectores su deber concienzudamente?
95. ¿Existe en tu fábrica o en tu ramo alguna sociedad mutua para los casos de accidente, de enfermedad, de muerte, de incapacidad temporal para el trabajo, de vejez, etc.? Envía sus estatutos y reglamentos.

*El *conseil des prud'hommes* es un comité que arbitra las disputas entre los obreros y los patronos.

96. La pertenencia a estas sociedades, ¿es voluntaria u obligatoria? Sus fondos, ¿están controlados únicamente por los obreros?
97. Si las cuotas son obligatorias y están controladas por los patronos, ¿se deducen de los salarios? ¿Se paga interés por estas cuotas? ¿Se devuelven al obrero cuando cesa o es despedido? ¿Conoces algún caso en que los obreros se hayan beneficiado de los llamados fondos de jubilación, controlados por los patronos, pero cuyo capital proviene de los salarios de los obreros?
98. ¿Hay sociedades cooperativas en vuestro ramo? ¿Cómo están dirigidas? ¿Utilizan trabajadores de fuera, al igual que los capitalistas? Envía sus estatutos y reglamentos.
99. ¿Hay fábricas en tu ramo en las que los obreros sean remunerados en parte con el salario y en parte con la llamada participación en los beneficios? Compara las remuneraciones de las fábricas donde no existe la llamada participación en los beneficios. ¿Qué obligaciones tienen los obreros sometidos a este sistema? ¿Pueden hacer huelgas? ¿O bien sólo se les permite ser los humildes servidores de sus amos?
100. ¿Cuál es la condición general, física, intelectual y moral de los obreros (hombres y mujeres) que trabajan en tu ramo?
101. Observaciones generales.

Bibliografía

- Aguirre Beltrán, Gonzalo
1974 "Los indios de México y la medicina", en: *Mundo Médico*, vol. XI, núm. 13, octubre.
- Althusser, Louis
1978 *Ideología y aparatos ideológicos del estado*, Ediciones PEPE, Medellín.
- Álvarez, Magdalena y María del Carmen Herrera
1979 *Patología de las clases sociales*, tesis profesional, UNAM, México, D.F.
- Álvarez Balbás, Luis A.
1976 "Aspectos económicos y sociales en relación con la salud", en *Anuario de Actualización en Medicina*, vol. VII, fascículo 22.
- Arroio, Raymundo
1976 "La miseria del milagro brasileño", en: *Cuadernos Políticos*, núm. 9, julio-septiembre.
- Barkin, David
1980 "El SAM, promesa difícil", en: *Territorios*, núm. 4, septiembre-octubre.
- Basaglia, Franco *et al.*
1978 *La salud de los trabajadores*, Nueva Imagen, México, D.F.
- Basurto, Jorge
1981 *El proletariado industrial en México (1850-1930)*, UNAM, México, D.F.
- Berlinguer, Giovanni
1977 *Medicina y política*, Ediciones Círculo de Estudios, México, D.F.

- Blake, Roland P.
1977 *Seguridad industrial*, Diana, México, D.F.
- Breilh, Jaime
s/f *Notas acerca de "salud y enfermedad"*, UAM-Xochimilco, México, D.F., edición mimeografiada.
- Brown, E. Richard
1977 "Public health and imperialism", en: *Monthly Review*, septiembre.
- Cámel, Fayad
1974 *La planificación de la salud*, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Cancrini, Luigi y Marisa Malagoli
1979 *Psiquiatría y relaciones sociales*, Nueva Imagen, México, D.F.
- Cardoso, Ciro y Francisco Hermosillo
1980 "Las clases sociales durante el estado liberal de transición y la dictadura porfirista (1867-1910)", en: *De la dictadura porfirista a los tiempos libertarios*, Siglo XXI-UNAM, Colección La clase obrera en la historia de México, núm. 3, México, D.F.
- Celis, Alejandro y José Nava
1970 "Patología de la pobreza", en: *Revista Médica del Hospital General*, vol. XXXIII, núm. 31.
- Cockcroft, James D.
1974 *Los precursores intelectuales de la revolución mexicana*, Siglo XXI, México, D.F.
- Colón, Linda Ivette
1976 "La manufactura textil mexicana antes de la fundación del Banco de Avío (1830)", en: *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, año XXI, núm. 83, enero-marzo.
- Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social
1975 *La acción de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (1942-1974). Resoluciones*, Secretaría General del Centro Interamericano de Seguridad Social, México, D.F.
- Córdova, Alejandro y Federico Ortiz Quesada
s/f *El proceso de trabajo y su relación con la salud mental*, México, D.F., edición mimeografiada.
- Córdova, Arnaldo
1979 "Política e ideología dominante", en: *Ideología y ciencias sociales*, UNAM, México, D.F.
- Crossman, R. H. S.
1965 *Biografía del estado moderno*, Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- Cuéllar Ramírez, Alfredo et al.
1979a "Accidentes de trabajo en una empresa textil mexicana (revisión de cinco años)", en: *Condiciones de Trabajo, Cuader-*

- 1979b *nos de Medicina, Seguridad e Higiene, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, vol. 4, núm. 2, mayo-agosto.*
 "Consideraciones generales sobre ciertas condiciones de trabajo en una empresa textil mexicana (conclusiones y recomendaciones)", en: *Condiciones de Trabajo, Cuadernos de Medicina, Seguridad e Higiene, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, vol. 4, núm. 3, septiembre-diciembre.*
- Cueva, Agustín
 s/f *La concepción marxista de las clases sociales, FCPS (CELA), UNAM, México, D.F.*
- Chávez, Adolfo
 1979 "Nutrición, problemas y alternativas", en: *México hoy, Siglo XXI, México, D.F.*
- Dobb, Maurice
 1971 *Estudios sobre el desarrollo del capitalismo, Siglo XXI, Buenos Aires.*
- Dubos, René
 1975 *El espejismo de la salud, Fondo de Cultura Económica, México, D.F.*
- Eaton, John
 1966 *Economía política. Un análisis marxista, Amorrortu, Buenos Aires.*
- Engels, Friedrich
 1961 *Dialéctica de la naturaleza, Grijalbo, México, D.F.*
 1977 *La situación de la clase obrera en Inglaterra, Ediciones de Cultura Popular, México, D.F.*
 s/f "El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre", en: Marx y Engels, *Obras escogidas, vol. II, Progreso, Moscú.*
- Eyer, Joseph y Peter Sterling
 1977 "Stress-related mortality and social organization", en: *The Review of Radical Political Economics.*
- Favreau, Pierre
 1975 *Medicina preventiva y social, Fernando Adalpe Barrera Editor, México, D.F.*
- Fernández Osorio, Jorge, coordinador
 1978 *Estudio fisiológico, médico y psiquiátrico en trabajadores de la Compañía de Luz y Fuerza del Centro, Sindicato Mexicano de Electricistas-Unidad de Salud en el Trabajo del Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina, México, D.F.*
- Flores Magón, Ricardo
 1970 *La revolución mexicana, Grijalbo, México, D.F.*
- Frank, Johann Peter
 1969 "La miseria del pueblo madre de las enfermedades", en: *Medicina, historia, sociedad, Ariel, Barcelona.*

- Frenk, Julio, Daniel López A. *et al.*
 1976 "Medicina liberal y medicina institucional en México", en: *Salud Pública de México*, época V, vol. XVIII, núm. 3, mayo-junio.
- Gandy, Ross
 1978 *Introducción a la sociología histórica marxista*, Era, México, D.F.
- García Cantú, Gastón
 1980 *El socialismo en México, siglo XIX*, Era, México, D.F.
- Garduño, María de los Angeles y Héctor Salazar
 1981 *La salud de los petroleros en la encrucijada de la crisis*, UAM-Xochimilco, México, D.F., edición mimeografiada.
- Gorz, Andrés
 1974 *Historia y enajenación*, Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- Gramsci, Antonio
 1975a "Americanismo y fordismo", en: *Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el estado moderno*, 1.
 1975b *Notas sobre Maquiavelo, sobre política y sobre el estado moderno*, 1, Juan Pablos Editor, México, D.F.
- Grawitz, Madeleine
 1975 *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*, Editorial Hispano-Europea, Barcelona.
- Harnecker, Marta
 1972 *Los conceptos elementales del materialismo histórico*, Siglo XXI, México, D.F.
- Hegel, Wilhelm F.
 1974 *Enciclopedia de las ciencias filosóficas*, Juan Pablos Editor, México, D.F.
- Hernández, Salvador
 1980 "Tiempos libertarios. El magonismo en México: Cananea, Río Blanco y Baja California", en: *De la dictadura porfirista a los tiempos libertarios*, Siglo XXI-UNAM, Colección La clase obrera en la historia de México, núm. 3.
- Herrera Moro, Juan
 1979 "Aborto y sociedad", en: Varios autores, *El aborto. Un enfoque multidisciplinario*, UNAM, México, D.F.
- Hiralez Pozzo, Edmundo
 s/f *Programa de atención a la salud a población marginada en grandes urbes*, SSA, México, D.F., edición mimeografiada.
- Hoffman, John
 1977 *Crítica a la teoría de la praxis*, Nuestro Tiempo, México, D.F.
- Iglesias, Severo
 1970 *Sindicalismo y socialismo en México*, Grijalbo, México, D.F.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)
 1966 *Los riesgos profesionales en la República Mexicana (infor-*

- mación estadística), México, D.F.
- 1974a *Estudio de actitudes de los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, D.F.
- 1974b *Investigación sociológica sobre la demanda de servicios médicos en las unidades de campo de la zona henequenera*, México, D.F.
- 1975a *Estudio de actitudes del personal médico*, México, D.F.
- 1975b *Protocolo de investigación médico-social para las zonas de Miahuatlán, Oaxaca, San Felipe Ecatepec y Las Margaritas, Chiapas*, México, D.F.
- 1977 *Servicios médicos de campo y solidaridad social*, México, D.F.
- 1979 *Resumen estadístico de los riesgos de trabajo ocurridos*, México, D.F.
- 1980 *Boletín Informativo de Medicina del Trabajo*, núm. 2 (marzo-abril) y 3 (diciembre), México, D.F.
- INFONAVIT (Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores)
- 1972 *I Documentos*, México, D.F.
- Kaplan, Juan
- 1976 *Medicina del trabajo*, El Ateneo, Buenos Aires
- Kuczynsky, Jürgen
- 1977 *Evolución de la clase obrera*, Ediciones del Sur, Bogotá.
- Landes, Jacob H.
- 1963 *Nociones prácticas de epidemiología*, Centro Regional de Ayuda Técnica, Agencia para el Desarrollo Internacional, México, D.F.
- Laurell, Asa Cristina
- 1975 "Medicina y capitalismo en México", en: *Cuadernos Políticos*, núm. 5, julio-septiembre.
- 1978 "Proceso de trabajo y salud", en: *Cuadernos Políticos*, núm. 17, julio-septiembre.
- 1980 "La política de salud en los ochenta", en: *Cuadernos Políticos*, núm. 23, enero-marzo.
- Laurell, Asa Cristina et al.
- 1976 "Enfermedad y desarrollo: análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos", en: *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, año XXII, núm. 84, abril-junio.
- Leal, Juan Felipe y José Woldenberg
- 1980 *Del estado liberal a los inicios de la dictadura porfirista*, Siglo XXI-UNAM, Colección La clase obrera en la historia de México, núm. 2, México, D.F.
- Lefebvre, Henri
- 1979 *Lógica formal, lógica dialéctica*, Siglo XXI, México, D.F.
- Lenin, Vladimir I.
- 1975 *El imperialismo, fase superior del capitalismo*, Ediciones en Lenguas Extranjeras, Pekín.

- 1978a "El estado y la revolución", en: *Obras escogidas*, tomo 2, Progreso, Moscú.
- 1978b "Las tareas inmediatas del poder soviético", en: *Obras escogidas*, tomo 2, Progreso, Moscú.
- 1979a "La dialéctica", en: *Obras escogidas*, tomo 3, Progreso, Moscú.
- 1979b "Una gran iniciativa", en: *Obras escogidas*, tomo 3, Progreso, Moscú.
- 1979c "¿Qué hacer?", en: *Obras escogidas*, tomo 1, Progreso, Moscú.
- s/f,a "Cuadernos filosóficos", en: *Obras completas*, tomo 38, Salvador Allende, México, D.F.
- s/f,b "Sobre el problema de la dialéctica", en: *Obras completas*, tomo 42, Salvador Allende, México, D.F.
- Lewis, Arthur
1968 *Teoría de la planificación económica*, Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- López Aparicio, Alfonso
1958 *El movimiento obrero en México*, Jus, México, D.F.
- López Cámara, Francisco
1971 *Origen y evolución del liberalismo europeo*, UNAM, México, D.F.
- López Piñero, J. M.
1969 *Medicina, historia, sociedad*, Ariel, Barcelona.
- Mandel, Ernest
1977 *Introducción a la teoría económica marxista*, Era, México, D.F.
- Mao Tse-Tung
1968 "Sobre la práctica", en: *Obras escogidas*, tomo 1, Ediciones en Lenguas Extranjeras, Pekín.
- Margolis, Bruce L. y William H. Kroes
1979 *El lado humano en la prevención de accidentes*, El Manual Moderno, México, D.F.
- Marini, Ruy Mauro
1977 "La acumulación capitalista mundial y el subimperialismo", en: *Avances de Investigación*, UNAM, Cuadernos del CELA.
- Marx, Karl
1968 *Manuscritos económico-filosóficos de 1844*, Grijalbo, México, D.F.
1971 *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (borrador) 1857-1858*, vol. I y II, Siglo XXI, México, D.F.
1973a *El capital*, Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
1973b *Contribución a la crítica de la economía política*, Ediciones de Cultura Popular, México, D.F.
1974 *Miseria de la filosofía*, Ediciones de Cultura Popular, México, D.F.

- s/f,a "Tesis sobre Feuerbach", en: Marx y Engels, *Obras escogidas*, tomo II, Progreso, Moscú.
- s/f,b "Trabajo asalariado y capital", en: Marx y Engels, *Obras escogidas*, tomo I, Progreso, Moscú.
- Marx, Karl y Friedrich Engels
- s/f,a "Manifiesto del Partido Comunista", en: *Obras escogidas*, tomo I, Progreso, Moscú.
- s/f,b *Obras escogidas*, tomo I, Progreso, Moscú.
- Moreno Toscano, Alejandra
- 1980 "Los trabajadores y el proyecto de industrialización, 1810-1867", en: *De la colonia al imperio*, Siglo XXI-UNAM, Colección La clase obrera en la historia de México, núm. 1, México, D.F.
- Navarrete, Alfredo
- s/f "Desempleo y seguridad social", en: *Revista de Ciencias Políticas y Sociales*, año V, núm. 16.
- OMS (Organización Mundial de la Salud)
- 1953 *Report on international definition and measurement of standards and levels of living.*
- 1957 *Measurements of levels of health*, Technical Report Series, núm. 137, Ginebra.
- Orozco, Lourdes
- 1957 *Measurements of levels of health*, Technical Report Series, núm. 137, Ginebra.
- Orozco, Lourdes
- 1978 "Explotación y fuerza de trabajo en México: los trabajadores transitorios", en: *Cuadernos Políticos*, núm. 16, abril-junio.
- Osorio, Jaime
- 1975 "Superexplotación y clase obrera: el caso de México", en: *Cuadernos Políticos*, núm. 6, octubre-diciembre.
- Parmeggiani, Luigi
- 1963 "Evolución y tendencias actuales de medicina del trabajo", en: *Revista Internacional del Trabajo*, vol. LXVIII, núm. 2, agosto.
- PEMEX (Petróleos Mexicanos)
- 1981 *Análisis de accidentabilidad de trabajadores del Distrito de Cd. del Carmen, Campeche, enero-abril de 1981.*
- Peña, Sergio de la
- 1981 *La formación del capitalismo en México*, Siglo XXI-UNAM, México, D.F.
- Ricchi, Renzo
- 1981 *La muerte obrera*, Nueva Imagen, México, D.F.
- Rodríguez Ajenjo, Carlos et al.
- 1981 "Proceso de trabajo y condiciones de salud de trabajadores

- expuestos a riesgo eléctrico”, en: *Revista Latinoamericana de Salud*.
- Rodríguez Chaurnet, Dinah
 1980 “El Sistema Alimentario Mexicano”, en: *Problemas del Desarrollo*, vol. XI, núm. 41, enero-abril.
- Rojas Soriano, Raúl
 1981a *Guía para realizar investigaciones sociales*, UNAM, México, D.F.
 1981b *El proceso de la investigación científica*, Trillas, México, D.F.
- Rojas Soriano, Raúl et al.
 1979 *Encuesta a los obreros de Ciudad Sahagún, Hidalgo*, México, D.F., edición mimeografiada.
- Rosignoli, Mario
 1978 “Una presencia militante”, en: Franco Basaglia et al., *La salud de los trabajadores*, Nueva Imagen, México, D.F.
- Ruiz del Castillo, Amparo
 1981 *Aportes para la conceptualización de la docencia: el plan de estudios*, tesis profesional, UNAM, México, D.F.
- Salama, Pierre y Jacques Valier
 1976 *Una introducción a la economía política*, Era, México, D.F.
- Sánchez Vázquez, Adolfo
 s/f “Ideología de la ‘neutralidad ideológica’ en las ciencias sociales”, en: *Introducción a la epistemología*, ENEP-Acatlán, UNAM, México, D.F.
- San Martín, Hernán
 1968 *Salud y enfermedad*, Fournier, México, D.F.
- Semo, Enrique
 1980 *Historia del capitalismo en México. Los orígenes: 1521-1763*, Era, México, D.F.
- Sonnis, Abraam
 1975 *Salud, medicina y desarrollo económico y social*, Eudeba, Buenos Aires.
- SPP (Secretaría de Programación y Presupuesto)
 1979a *Manual de estadísticas básicas sociodemográficas, I, Población*, México, D.F.
 1979b *La población de México, su ocupación y sus niveles de bienestar*, México, D.F.
 1981a *Cuaderno de información oportuna del sector salud, 2*, México, D.F.
 1981b *Resultados preliminares del X Censo General de Población y vivienda*, México, D.F.
- Sweezy, Paul M.
 1969 *Teoría del desarrollo del capitalismo*, Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- Timio, Mario
 1981 *Clases sociales y enfermedad*, Nueva Imagen, México, D.F.

Varios autores

1980 "El problema de la salud en DINA", en: *Cuadernos Políticos*,
núm. 26, octubre-diciembre.

s/f *Condiciones de trabajo en la pequeña y mediana industria*,
Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y
Salud Pública de la Facultad de Medicina, México, D.F.,
edición mimeografiada.

Vasco, Alberto

1978 *Enfermedad y sociedad*, Universidad de Antioquía-Minis-
terio de Salud Pública, Medellín, edición mimeografiada.