

2er
30



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ECONOMIA

**MEDICINA CAPITALISTA Y CONCEPTUALIZACION
DE LOS RIESGOS DE TRABAJO EN MEXICO
1980 - 1985**

Tesis Profesional

**Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN ECONOMIA**

p r e s e n t a

PATRICIA CHOLULA ZAPATA

México, D. F.

Agosto de 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAG.

INTRODUCCION

CAPITULO PRIMERO BREVE RESEÑA DE LA HISTORICIDAD DEL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD

1.1.	El concepto salud-enfermedad en el comunismo primitivo.	13
1.2.	El concepto salud-enfermedad en el modo de producción asiático.	17
1.3.	El concepto salud-enfermedad en el modo de producción esclavista.	20
1.4.	El concepto salud-enfermedad en el modo de producción feudal.	23
1.5.	El concepto salud-enfermedad en el modo de producción capitalista.	25

CAPITULO SEGUNDO LA PRACTICA MEDICA CAPITALISTA Y LOS RIESGOS DE TRABAJO

2.1.	Antecedentes.	35
2.2.	La práctica médica capitalista.	39
2.3.	¿ Qué son los Riesgos de Trabajo ?	59
2.4.	Medicina capitalista y monetización de los riesgos de trabajo en México.	69

2.5.	Algunas estadísticas referidas a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en México, 1980-1983.	77
------	---	----

CAPITULO TERCERO

LAS DISPOSICIONES SOBRE SEGURIDAD E HIGIENE Y LOS RIESGOS DE TRABAJO EN MEXICO. SITUACION ACTUAL

3.1.	La Ley Federal del Trabajo.	84
3.2.	El Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo.	93
3.3.	Los 20 Instructivos relativos a las condiciones de trabajo.	101

CAPITULO CUARTO

ACERCA DE LA CONCEPTUALIZACION DE LOS RIESGOS DE TRABAJO EN MEXICO. SITUACION ACTUAL

4.1.	El Instructivo No. 21 relativo a los requerimientos y características de los riesgos de trabajo que ocurran para integrar las estadísticas.	129
4.2.	PEMEX, IMSS, STyPS y CFE. ¿Diferentes formas de abordar la conceptualización de los riesgos de trabajo ?	135

CAPITULO QUINTO

HACIA UNA CONCEPTUALIZACION DIFERENTE

148

CONCLUSIONES	225
--------------	-----

I N T R O D U C C I O N

Desde la perspectiva del materialismo histórico, la interpretación que el hombre le da al mundo, está determinada por el momento histórico que vive. Es decir, por la forma en la que el hombre se apropia de la naturaleza, por la forma en la que el hombre la transforma y por las relaciones sociales que establece.

En este sentido, la concepción que de la salud-enfermedad ha tenido el hombre, ha variado conforme al desarrollo de la humanidad, conforme el desarrollo de las fuerzas productivas.

Así, si bien el proceso salud-enfermedad es un proceso natural, éste está determinado social e históricamente, en la medida en que cada sociedad ha creado sus propios perfiles patológicos.

Actualmente en nuestro país, una constante dentro de estos perfiles patológicos, son los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales.

Ahora bien, desde el punto de vista de la epidemiología tradicional, los riesgos de trabajo son considerados hechos individuales causados por agentes físicos, químicos o biológicos, ajenos a cualquier problemática social.

Es decir, se trata de explicar la ocurrencia de riesgos de trabajo desde el punto de vista de la teoría de la multicausalidad, la cual postula que el huésped, el agente y el ambiente se hallan en interacción y que cualquier desequilibrio se manifiesta a través de la enfermedad.

Sin embargo, desde el punto de vista del materialismo histórico, la ocurrencia de riesgos de trabajo son resultado de la organización capitalista del trabajo.

En nuestro país, como país capitalista subdesarrollado se ejerce la práctica médica capitalista entre -- otras prácticas.

Esta práctica médica, al representar la fuerza de trabajo su principal objeto, y al definir los límites de su capacidad física y utilización, participa en la determinación del valor histórico de la misma. Por ello --

cuando la fuerza de trabajo es dañada por una enfermedad ocupacional o un accidente de trabajo, la práctica médica al valorar la proporción de los daños, no sólo participa en la determinación de su valor, sino que procede a monetizar el cuerpo humano.

En México los riesgos de trabajo, se monetizan a partir de la indemnización y prestaciones económicas.

Por otra parte, existen al respecto de la ocurrencia de riesgos de trabajo, en nuestro país, serias limitaciones para la captación de los mismos.

El IMSS, es el organismo que capta con mayor cobertura los accidentes y enfermedades ocupacionales, sin embargo, una de las limitantes es que sólo capta los riesgos que producen incapacidad, dejando de lado muchos riesgos que no la producen.

Igualmente existe, por ejemplo, un subregistro importante de las enfermedades ocupacionales.

Dentro de las estadísticas, la forma como están conceptualizados los riesgos de trabajo, está determinada por la forma cómo se conceptualiza el proceso salud-enfermedad.

Así las cosas, no sólo existen limitantes en cuanto a la captura, sino a la conceptualización de lo que son los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales.

Por ello creo necesario avanzar, en la mejor definición, clasificación, determinación y conceptualización de los riesgos de trabajo, dentro de una perspectiva social, donde el trabajo sea la categoría analítica fundamental para comprender por qué hay cada vez mayor número de enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo en nuestro país y cómo las estadísticas no hablan nunca de la consecuencia del riesgo.

No conocemos el número exacto de trabajadores incapacitados, si bien para 1973 se hablaba ya de 3'718,725 inválidos en México. "Si restamos a ellos los llamados deficientes mentales, débiles visuales y ciegos, tenemos dato de 2'075,292 ó 3.9%. Estos, 316 mil inválidos del sistema músculo-esquelético, 22 mil sordos y 660 mil alcohólicos, imponen una reflexión seria respecto a la relación, con las condiciones en las cuales se desarrollan el proceso de producción en el país." 1/

1/ Laurell Cristina., "Condiciones de trabajo y desgaste obrero". en El Obrero Mexicano, Editorial Siglo XXI, México, 1986, pág. 36.

CAPITULO PRIMERO

**BREVE RESEÑA DE LA HISTORICIDAD DEL CONCEPTO
SALUD-ENFERMEDAD**

BREVE RESEÑA DE LA HISTORICIDAD DEL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD.

En este capítulo se desarrollará de manera breve la concepción que de la salud-enfermedad ha tenido el hombre a lo largo de su historia.

Se parte del concepto salud-enfermedad por considerar que como tal engloba las particularidades de las prácticas médicas ejercidas en los distintos modos de producción, entendiendo a la práctica médica como una práctica social e históricamente determinada.

Por lo tanto, al considerar la práctica médica desde un punto de vista histórico, se hace alusión no sólo a las transformaciones que dicha práctica ha experimentado a lo largo de la historia, en cuanto a la concepción de objeto (proceso salud-enfermedad), a las modificaciones de los medios (instrumentos, técnicas y procedimientos) y a los cambios de su organización, sino también a descubrir cómo la estructuración social se expresa con sus especificidades propias al interior de esta práctica.

En los países capitalistas, la participación estatal en el financiamiento, gestión y organización de la práctica médica es una constante, de esta manera a través de dicha práctica el Estado instrumenta formas de apoyo a la - acumulación de capital utilizándola simultáneamente como vehículo de legitimación para sí mismo y para la sociedad.

Bajo esta perspectiva, la respuesta social al proceso salud-enfermedad está determinada por la acción estatal, en la medida en que ésta busca la adecuación de la práctica médica a las necesidades de mantención y reproducción de la estructura económica y de la superestructura ideológica-política de la sociedad. Sin embargo, dado el nivel de abstracción de éste análisis se tratará a lo largo del trabajo una forma específica a partir de la - cual el Estado emana lineamientos y directrices que enmarcan las formas organizacionales y el sentido de las acciones de la práctica médica. Y este ámbito se refiere a - los riesgos de trabajo, es decir, a los accidentes de trabajo y a las enfermedades profesionales.

1.1. El concepto salud-enfermedad en el comunismo primitivo.

En la etapa primitiva del hombre, la lucha por la sobrevivencia le forzó a una organización de tipo comunista, basada en el trabajo colectivo.

"Bajo el régimen del comunismo primitivo, la base de las relaciones de producción es la propiedad social - sobre los medios de producción.

Esto, en sustancia, corresponde al carácter de las fuerzas productivas durante ese período. Las herramientas de piedra, el arco y las flechas que aparecen más tarde, excluían la posibilidad de luchar, aisladamente, contra las fuerzas de la naturaleza y contra las bestias feroces. Si no querían morir de hambre, ser devorados por las fieras o sucumbir a manos de tribus vecinas, los hombres de aquellas épocas veíanse obligados a trabajar en común, y así era como recogían los frutos en los bosques, como organizaban la pesca y como construían sus viviendas. El trabajo en común condujo a la propiedad en común sobre los instrumentos de producción, al igual que sobre los productos." 1/

1/ Kuczynski Jurgen. Breve Historia de la Economía., Edit.Cultura Popular, México 1975., págs.-27-28.

Se reconocen dos etapas dentro del régimen de la comunidad primitiva: el salvajismo y la barbarie.

En la primera etapa (salvajismo) la relación del hombre con la naturaleza era directa y la concepción que se tenía de la salud-enfermedad era empírico-mágica. La enfermedad era explicada en términos de ser un "mal" ocasionado por fuerzas sobrenaturales, esta explicación dió origen al concepto mágico de la enfermedad. Asimismo, la práctica médica correspondiente, era una práctica médica empírico-instintiva. Las fuentes principales de dicha práctica según el historiador Laín Entralgo "era el azar y la observación de la conducta de los animales, se manifestaba por prácticas quirúrgicas (reducción de fracturas, extracción de objetos penetrantes), ingestión de hierbas vomitivas, cauterización, masajes y baños." 2/

Asimismo, estas prácticas incluían el uso de amuletos y la celebración de ritos y ceremonias.

Durante esta etapa no existía una persona que se encargara exclusivamente de curar o de sanar, además de que el enfermo no era objeto de consideraciones especiales o de aislamiento.

2/ Laín Entralgo, P. Historia de la Medicina, Edit. Salvat, México 1978, pág. 7.

La segunda etapa del comunismo primitivo fue la bar
barie. Esta significó un progreso económico importante,
en tanto que el hombre empezó a practicar la agricultura
y la cría de ganado para uso doméstico.

Esto posibilitó la instalación de colonias estables
y la seguridad y regularidad en la alimentación.

Además "la cría de ganado llega a ser una fuente
regular de objetos de intercambio que evita que el grupo
dedicado al pastoreo, el producir una cantidad de otros
bienes que, con una vida nómada, no pueden ser elaborados
tan fácilmente como en un centro habitado. Poco a poco
los bienes intercambiados se transforman en mercancía."

3/

Aparece también en esta época el artesanado, la -
alfarería, la familia monogámica, propiedad privada (pri-
mero tribal y luego familiare individual), división so-
cial del trabajo (agricultores, ganaderos guerreros), -
clases sociales. Con la aparición de excedente princi-
palmente en la producción de ganado, aparece la propie-
dad privada y junto a ésta las clases sociales.

3/ Kuczynski Jurgen. Breve Historia de la Economía., Edit.
Cultura Popular, México, 1975., pág. 36.

En esta etapa la enfermedad era interpretada como castigo de los dioses. Laín Entralgo distingue cinco formas o mecanismos de la enfermedad: hechizo nocivo, la infracción de un tabú o ley moral, penetración mágica de un objeto en el cuerpo, posesión por espíritus malignos y pérdida del alma.

Junto a esta concepción mágico-religiosa-punitiva, se realizaba una práctica médica empírica basado en los ritos, los exorcismos y los amuletos. Aparecen individuos encargados de realizar dichas prácticas, como los hechiceros, los brujos y los chamanes. En esta época el enfermo era considerado de manera especial y era aislado del resto de la comunidad.

Para comprender mejor esta concepción religiosa-punitiva de la enfermedad, recordaremos que al final de la etapa de la barbarie, ya se habían establecido reglas y normas de comportamiento y convivencia social, cumpliendo la idea del castigo divino una función de control social.

1.2. El concepto salud-enfermedad en el modo de producción asiático.

El modo de producción asiático caracterizado por un uso limitado de la moneda, porque la producción no - estaba orientada hacia el mercado, la unidad de estas - comunidades estaba representada por una asamblea de jefes de familia o por un jefe supremo y la autoridad social toma formas democráticas o despóticas. La creación de un excedente hace posible una diferenciación social más avanzada, apareciendo de esta forma una minoría de individuos que se apropian de éste y explota por ese medio a los otros miembros de la comunidad.

"La explotación toma pues, la forma de dominación no de un individuo sobre otro, sino de un individuo, que personifica una función, sobre una comunidad." 4/

Así, la apropiación de las tierras por parte del - Estado personificado en el rey, el faraón, etc., significó para las comunidades que éstas perdían su derecho de propiedad conservando la posesión de sus tierras. Esto significó una transición hacia el Estado, desarrollándose una forma embrionaria de explotación clasista.

4/ Godelier M. Sobre el modo de producción asiático.; Edit. Martínez Roca, S.A., México 1969,pág. 22

En este modo de producción predominaba el concepto mágico religioso de la enfermedad, pero ya existían elementos de una concepción naturalista, como la que predominará en el esclavismo. La práctica médica se desprendía de su inmensa capacidad de observación que hacían de los enfermos. Por ejemplo los egipcios se destacan por poseer una amplia gama de observaciones y prácticas empíricas en farmacoterapia y cirugía.

Los chinos e hindúes enmarcaban su práctica médica dentro de una concepción cosmológica. Los chinos en especial consideraban que las causas de la enfermedad -- debían encontrarse en el clima, las dietas, así como los demonios y aunque no eliminan del todo los elementos mágico religiosos, consideran como causa de la enfermedad los elementos naturales.

Las culturas de la América prehispánica mayas-aztecas--incas pertenecen a este grupo y sabemos de la extensa variedad de plantas, animales y minerales con propiedades medicinales que conocían y que aún hoy en día conservan (aquéllos que practican la llamada medicina tradicional).

"Por ejemplo, es a través de la flora medicinal - donde podemos obtener alguna información acerca del nivel de sistematización del conocimiento médico azteca. Las plantas, recurso medicinal al que han recurrido todas las culturas del mundo, cumplieron una función fundamental - en la terapéutica indígena." 5/

5/ Lozoya Xavier., Visión Histórica de la medicina tradicional en "Vida y Muerte del Mexicano"., Edit. Folios, México, 1982. pág. 19.

1.3. El concepto salud-enfermedad en el modo de producción esclavista.

En algunas regiones se pasó del comunismo primitivo al modo de producción esclavista. "La transición de la barbarie a la esclavitud se caracteriza por la transformación de la comunidad fundada en lazos de consanguinidad, de la constitución gentilica, en sociedades de clases, en Estado." 6/

Las clases sociales de este modo de producción eran los esclavos, los hombres libres (ricos) y los hombres - pobres libres.

La división entre trabajo intelectual y trabajo manual permitió que se desarrollara el proceso de conocimiento, dándose así una verdadera revolución intelectual. Comienza lo que se ha llamado pensamiento pre-científico - donde el conocimiento parte de la lógica y la observación.

El inicio de la llamada medicina científica está marcada a partir de los griegos (tenemos dos ejemplos, el de Hipócrates y el de Galeno).

6/ Kuczynski Jürgen. Breve historia de la economía., Edit. Cultura Popular, México 1975., pág. 56.

Hipócrates consideraba que las enfermedades se originaban a partir de la relación que establecía el hombre con la naturaleza, dando origen a su teoría hipocrática de la enfermedad (Teoría de los Humores) y la "higiene" de Galeno:

"Habiéndome persuadido a los veinte y ocho años de edad, de que existe sin duda un arte de la higiene, seguí sus preceptos desde entonces y ya no fui presa de enfermedad alguna, salvo fiebres pasajeras ocasionalmente." 7/

Así el concepto salud-enfermedad que predominó en el esclavismo es el naturista, el hombre se enferma en relación con la naturaleza. Aunque ya existía un carácter diferencial de la medicina según clases sociales.

"La higiene de Galeno era abiertamente aristocrática. Estaba dirigida a las clases ociosas de su época. - Sus pacientes y discípulos no eran esclavos, campesinos, artesanos o mercaderes, sino gentes que frecuentaban los círculos cortesanos." 8/

7/ Sigerist Henry., Hitos en la historia de la salud pública. Edit. Siglo XXI., México, 1981., pág. 16.

8/ Ibídem., pág. 26.

Fueron los griegos, como ya se mencionó, los que desarrollan la teoría humoral, es decir, consideraban que el cuerpo humano está constituido por cuatro humores principales: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra.

A su vez esta concepción se correspondía con la idea de Empédocles de que cuatro elementos constituían el mundo: aire, agua, tierra y fuego.

Se podría aspirar a una perfecta salud en la medida en que los humores se encontraran en equilibrio, en contrapartida, la enfermedad era el resultado del exceso o del déficit de uno de éstos en relación a los otros.

La terapéutica se basaba en la observación minuciosa del enfermo y se tenía absoluta confianza en la capacidad curativa de la naturaleza para regresar a su estado de equilibrio.

1.4. El concepto salud-enfermedad en el modo de producción feudal.

De la transición del modo de producción esclavista al feudal: "no fueron los esclavos, los campesinos, los trabajadores libres o los ciudadanos pobres quienes despedazaron definitivamente la vieja forma de sociedad, ya mal parada sobre sus bases, sino los germanos o sea, una agrupación nacional de pueblos residentes en el interior, pero sobre todo, en el exterior del Imperio Romano y que aún vivía en el estadio superior de la edad bárbara." 9/

Fueron dos factores principales que influyeron en la decadencia económica del esclavismo: por un lado, la clase dominante exigía, con la ayuda del Estado, impuestos cada vez más fuertes, afectando a la gran masa de trabajadores: y por otro lado, en el artesanado desapareció toda iniciativa hacia la plusproducción.

Y en su afán de conquista, la guerra era el medio principal para obtener poder y la gran masa de campesinos desprotegidos buscaban protección en los establecimientos feudales. Pero esta protección tiene un precio, deben pagar o bien entregar la propia tierra, conservando
9/ Kuczynski Jurgen., Op. cit., págs. 104-105

el derecho a trabajar a cambio de ciertas prestaciones. Así nace la figura del Siervo de la Gleba.

Por otro lado, la propiedad eclesiástica de la tierra aumenta considerablemente. Era la edad media y predominaba así una concepción religiosa sobre la vida, el hombre está a merced de la voluntad divina.

La concepción que se tenía de la enfermedad, estaba en consecuencia enmarcada en este contexto, era considerada por un lado, como una purificación y por otro como un castigo divino a los pecadores.

La práctica médica la realizaban los sacerdotes, que valoraban las plegarias, las confesiones y los ayunos como medios curativos.

La iglesia despreciaba el trabajo manual y la experimentación, prohibiendo la disección de cadáveres y la práctica de la cirugía. La idea que prevalecía era la de la caridad cristiana, ejemplo de ello son los monasterios y hospitales medievales que ayudaban a los enfermos a morir sin pecado.

1.5. El concepto salud-enfermedad en el modo de producción capitalista.

Durante la época del feudalismo la vida urbana quedó reducida casi a nada. Y es precisamente la vida urbana la que va a mostrar las primeras manifestaciones del capitalismo en esta época. "Para Marx, fue necesaria la conjunción de tres fenómenos para dar cuenta del desarrollo del capitalismo a partir del feudalismo: primero, - como hemos visto, una estructura social rural que permite -poner en libertad- al campesinado en determinado momento; segundo, el desarrollo artesanal urbano que genera la producción de mercancías especializadas, independiente, no agrícola bajo la forma artesanal; tercero, la acumulación de riqueza monetaria derivada del comercio y la usura." 10/

Asimismo, los acontecimientos más importantes de aquella época fueron:

1. Nuevas teorías sobre el universo; avances en matemáticas, física, astronomía (Galileo, Newton, Copérnico, Kepler).

10/ Hobsbawm Eric., Formaciones Económicas Precapitalistas. Cuadernos Pasado y Presente., México 1972., pág. 33

2. Descubrimientos de nuevas rutas marítimas y del "nuevo mundo", lo que trajo la expansión colonial y el auge económico de los países coloniales.
3. Auge del comercio: génesis de la burguesía.
4. Acumulación creciente del capital.
5. Auge de los oficios y los talleres de artesanos que más tarde se convertirían en centros de producción desarrollándose así la manufactura.
6. Los artesanos se convierten en asalariados, génesis del proletariado como una nueva clase social.
7. La división del trabajo y la gran demanda de productos dio paso a la invención de herramientas y técnicas, primeras máquinas, la gran revolución industrial.
8. Nace la burguesía financiera e industrial.

Durante el siglo XVI (Vesalio) hubo avances significativos en la anatomía a causa de haber vuelto a practicar las disecciones en los cadáveres, asimismo en el siglo XVII, Paracelso marcó la vuelta a las causas naturales de la enfermedad y Harvey descubre la circulación

mayor de la sangre -haciendo uso de la experimentación- lo que dio gran desarrollo a la fisiología. También en este siglo se inventa el microscopio, abriéndose así el camino a la concepción biológica de la enfermedad.

El concepto salud-enfermedad adopta así características particulares, por un lado, está presente la explicación unicausal donde se concibe a la enfermedad como una respuesta a la acción de un agente externo, así la práctica médica se orientará a romper el ciclo natural de éste agente unicausal.

"Desde hace varios años se viene desarrollando una tenaz lucha entre quienes pretenden explicar los problemas más frecuentes de morbi-mortalidad, sólo en términos de la identificación de agentes causales (bacterias, - virus) y quienes vinculan el proceso salud-enfermedad a las condiciones materiales de su existencia." 11/

Está también el concepto de multicausalidad que - postula la influencia de varios factores en la génesis de la enfermedad. Este es un modelo ecológico donde el huésped, el agente y el ambiente se hallan en interacción y cuyo desequilibrio se manifiesta a través de la enfermedad.

11/ Achard Pierre y Otros., Discurso Biológico y Orden Social. Edit. Nueva Imágen, México 1977, pág. 11.

La definición que dá la Organización Mundial de la Salud se basa en esta concepción: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social." Esta definición es una definición demasiado general, como para permitir tener parámetros más objetivos de lo que debía considerarse salud.

Además subyace en ésta la idea del equilibrio, de la homeostasis como factor decisivo en la salud, olvidando por un lado el aspecto social, olvidando que la noción de bienestar está determinada históricamente, y por otro, que la salud-enfermedad es un proceso que se manifiesta en un continuum permanente de la lucha de contrarios.

"La salud y la enfermedad se encuentran en relación dialéctica: en una unidad relativa y en oposición permanente." 12/

En aquella definición también está presente la concepción del desarrollismo económico, el desarrollo por etapas, pretendiendo que el desarrollo económico per se implica bienestar social.

12/ Rojas Soriano R., Capitalismo y Enfermedad., Edit. Folios, México 1982., pág. 28.

Ambas explicaciones consideran que la enfermedad es un hecho individual y biológico, desocializando así el proceso salud-enfermedad.

Sin embargo, el proceso salud-enfermedad es un hecho natural que está determinado social e históricamente en la medida en que cada sociedad crea sus propios perfiles patológicos, de acuerdo a la forma en cómo se organiza para producirse y reproducirse, y si bien este proceso se manifiesta en forma concreta, es decir, en seres humanos, éstos trabajan y viven en circunstancias históricamente determinadas.

No desarrollo aquí cuál es la práctica médica que le corresponde a esta concepción del proceso salud-enfermedad, siendo éste objeto del próximo capítulo.

CAPITULO SEGUNDO

**LA PRACTICA MEDICA CAPITALISTA Y LOS
RIESGOS DE TRABAJO**

LA PRACTICA MEDICA CAPITALISTA Y LOS RIESGOS DE TRABAJO.

Señalé en el apartado anterior, que se parte de los conceptos salud-enfermedad por considerar que como tales engloban las particularidades de las prácticas médicas - ejercidas en los distintos modos de producción.

Los conceptos salud-enfermedad no son más que "la representación histórica de aspectos parciales del amplio proceso de selección y adaptación, reinvidicados como - los prioritarios (del conjunto del proceso) por el modo de producción capitalista." 1/

En las sociedades capitalistas, se define a la enfermedad como una "desviación" o "perturbación" del funcionamiento "normal" del individuo, de ahí que los "trastornos" presentes en los individuos se constituyan en el objeto de estudio de la ciencia médica.

Al conceptualizar y definir la enfermedad como una desviación de la "norma", fijada por las alteraciones - anatómicas, fisiológicas o bioquímicas constables, se de fine también la visión biológica y mecanicista del cuerpo humano.

1/ Cuéllar Ricardo y Peña F., El cuerpo Humano en el capitalismo. Edit. Folios., México, 1985., pág. 148

Por otra parte, se define a la salud a partir de negar la enfermedad. Es decir, la salud ha existido únicamente mediante un mecanismo de eliminación, sanos son - los no enfermos.

Sin embargo, como dice Vasco Uribe, "no es posible que sigamos desarrollando un marco teórico, sobre la base de un concepto que no es más que una vana ilusión." 2/

Así las cosas, al definir por un lado la enfermedad como una "desviación" o "perturbación" se definen también los límites a la capacidad física y utilización del cuerpo humano, en su parte biológica, es decir, la fuerza de trabajo.

De ahí que aparezca la monetización de los riesgos de trabajo, como una respuesta a la pérdida de las capacidades físicas y psicológicas de los individuos.

Pero igualmente al definir tan vanalmente la salud, se definen también los "niveles máximos permisibles" a los cuales puede estar expuesto el cuerpo humano "sin sufrir daño alguno".

2/ Ibídem., pág. 149

De esta conceptualización de la salud-enfermedad, se definen por tanto, los límites permisibles al cansancio, a la fatiga, al stress, al envenenamiento y la intoxicación.

Y al ser definidos estos límites, se define también el valor del cuerpo humano, es decir, la práctica médica - capitalista participa en la determinación del valor histórico de la fuerza de trabajo.

En la medida en que el valor de la fuerza de trabajo está determinado por el valor de los medios de subsistencia que habitualmente necesita el obrero medio, la práctica médica capitalista no es más que la respuesta por medio de la participación estatal (seguridad social, legislación en salud, etc.) para garantizar la conservación de los trabajadores como fuerza de trabajo.

Asimismo, en la medida en que el cuerpo humano es fuerza de trabajo y mercancía, al definir los "límites - permisibles" define el valor del cuerpo humano, es decir la fuerza de trabajo.

La práctica médica capitalista define así, las causas de la enfermedad y de la muerte. Define lo que es una enfermedad ocupacional y un accidente de trabajo.

El ejercicio del saber y del quehacer médicos, se tornan bajo esta perspectiva determinantes para la conceptualización de los riesgos de trabajo.

Cuando no puede devolverse la salud, entonces se efectúa la reparación en términos monetarios. Cuando se presenta la muerte, se otorga una indemnización, no sin antes haber reducido la muerte a un hecho biológico.

2.1. Antecedentes.

Un paso decisivo en la configuración y consolidación del conocimiento aún dominante en medicina y conocido como "medicina científica" fue el planteamiento y aplicación de la Teoría de los Gérmenes.

Pasteur y Koch formularon a partir de sus experiencias la teoría mediante la cual la enfermedad, es siempre expresión de un combate entre el organismo y un microbio, cuya peculiaridad biológica determina la identidad y el cuadro clínico de cada enfermedad.

Esta teoría, planteada en los últimos años del siglo pasado concentraba todo el esfuerzo científico y político ante la enfermedad en los campos de la biología, la filosofía y posteriormente en la química y la quimioterapia, y al mismo tiempo desplazaba cualquier determinación social de la enfermedad. Era el auge de lo biológico-individual.

Así la corriente microbiológica originaria en Europa a finales del siglo XIX, fuerte en los Estados Unidos desde principios de éste siglo, se extiende y hegemoniza en América Latina.

Al terminar la primera década de este siglo, el Dr. Abraham Flexner, financiado por la Fundación Carnegie y Rockefeller (portavoces de la clase corporativa de la época) publicó el informe que iba a marcar la educación y la práctica médica de todo el continente.

Con tintes racistas, antifemenistas y un reconocido elitismo, el Informe Flexner, delineaba lo que deberían ser los contenidos y los métodos de la enseñanza de la medicina para lograr que ésta monopolizara la científicidad y sus agentes alcanzaran derrotar a empíricos y demás participantes.

El Dr. Flexner fue el primer director de los programas de la Fundación Rockefeller en educación médica y como es lógico pensarlo a través de ellos iba a implementar sus propias propuestas.

Se logrará así la consolidación del modelo reforzado a partir de la Teoría del Germen, explicitado por Flexner y asimilado por muchos de los becarios de la Fundación Rockefeller, que actuaron como multiplicadores en América Latina.

"La lucha contra gérmenes y vectores y por modificaciones del medio físico externo, permitían simultáneamente una rápida resititución de la fuerza de trabajo y una serie de acciones -campana que garantizaba legitimaciones y aceptación social para el Estado, para empresas y organizaciones tradicionales.

La implantación de este modelo significó entre -- otras cosas la creación de grandes centros hospitalarios, de investigación con crecientes consumos de suministros, equipo tecnológico de costos y complejidad cada vez mayores, medicamentos y compuestos químicos que originaron una de las más prósperas y poderosas industrias de la sociedad capitalista." 3/

Así la práctica médica se convierte en una práctica individualista, con fuerte dependencia tecnológica y altos costos.

De esta forma "el carácter secundario que se da a la atención médica para la salud, en general, se suma en

3/ Franco E. Saúl., "El paludismo en América Latina", en Salud e Imperialismo. Los motivos de la acción antimalárica en América Latina. Universidad de Antioquia, Colombia, 1981, págs. 35-36

países como el nuestro, la adopción de modelos ajenos por completo a las necesidades de salud y aún de medicina de la mayoría de la población. Partiendo de esquemas extranjeros, se ha trasplantado indiscriminadamente una atención que considera el hospital como su ámbito preferentes de actuación, el enfoque de especialidades como su forma de fragmentar las totalidades individuales y sociales, la acción estrictamente terapéutica como su amnesia del pasado y el futuro del enfermo, la reparación mecánica como su modo principal de acercarse a los problemas humanos, la tecnología como su opaco sustituto a un contacto efectivo con el paciente, la concentración urbana como su manera de privilegiar el acceso de ciertos grupos sociales, la rígida jerarquía como su ejercicio del poder y, finalmente, la burocratización en la medicina institucional o la explotación económica en la liberal como sus resultados finales." 4/

4/ Frenk, Julio, "Salud, educación y medicina: expectativas y limitaciones" en Ciencia y Desarrollo., CONACYT, México, mayo-junio 1979., pág. 136.

2.2. La Práctica Médica Capitalista.

La práctica médica como práctica social -en tanto hecho colectivo como forma de respuesta al proceso salud-enfermedad- está históricamente determinada.

Es decir, esta práctica ha experimentado transformaciones a lo largo de la historia en cuanto a la modificación de sus medios (instrumentos, técnicas y procedimientos), de sus campos de organización y en cuanto a la concepción de su objeto (proceso salud-enfermedad).

En la sociedad capitalista, le corresponde al Estado, por medio de la práctica médica, "cuidar la salud", de la fuerza de trabajo y de la población en general, es decir el Estado tiene bajo su control la reproducción de la fuerza de trabajo.

Así la práctica médica se ha generalizado, primero como respuesta a las necesidades de reproducción de la fuerza de trabajo frente al proceso de producción económica, segundo, porque como monopolio efectivo sobre las acciones de salud garantiza la distribución y consumo de aquellas mercancías que componen el proceso terapéutico.

Así la práctica médica, por un lado, crea y recrea las condiciones materiales para la reproducción económica y, por otro, participa en la determinación del valor histórico de la fuerza de trabajo.

Por ejemplo, los productos siempre renovados de la industria química farmacéutica y la enorme variedad de equipos y maquinaria cuya producción es externa a la medicina, son consumidos en esta práctica terapéutica.

La Industria Químico-Farmacéutica Mundial: "se ha desarrollado dentro de un marco oligopólico en el cual la investigación y desarrollo, así como la técnica del mercado han proporcionado a las empresas transnacionales una ventaja monopólica sobre las firmas nacionales. Más específicamente las empresas transnacionales le han dado una alta prioridad a la tecnología de consumo a través del desarrollo de productos y proceso de producción." 5/

Respecto a la fuerza de trabajo, la práctica médica al representar el cuerpo humano su principal objeto, y al definir los límites de su capacidad física y utilización participa en la determinación del valor histórico de la misma.

5/ Soria M. Víctor., Estructura y Comportamiento de la Industria Químico-Farmacéutica en México., Mimeo., UAM-I, s/f. pág.111.

"Toda medicina es un acto de regulación de la capacidad de trabajo. La norma de trabajo impregna al juicio de los médicos, como punto de referencia más preciso aún que los valores biológicos o fisiológicos medibles. La sociedad atribuye por lo tanto al trabajo un valor de norma biológica." 6/

Hacemos énfasis respecto al cuidado médico de la fuerza de trabajo, por el tema que nos ocupa, aunque - ésto no significa que la práctica médica no se haya generalizado a otros grupos sociales.

En este sentido la extensión de la práctica médica es un hecho, sin embargo, los grupos sociales incorporados al cuidado médico se han seleccionado de acuerdo a su significado en el proceso económico y político, dejando aún hoy en día a determinados grupos sociales fuera.

¿ A qué se debe la extensión de la práctica médica?

Primeramente a la necesidad, por parte del Estado, de mantenerse legitimado frente a las clases desprotegidas.

6/ Polack Claude., La medicina del capital., Edit. Fontanilla, pág. 39.

das. En tanto que la "ampliación de cobertura" y "el -
derecho a la salud" se han convertido en piedra de toque
del discurso ideológico y político del mismo.

Segundo, a la necesidad, por parte del Estado de
racionalizar sus gastos, frente a la constante elevación
de los costos médicos. Ante esta situación ha surgido
por ejemplo, la medicina comunitaria.

Tercero, por la necesidad de garantizar la repro-
ducción de la fuerza de trabajo en áreas rurales.

La implementación de programas de medicina comuni-
taria, dirigidos a brindar servicios de salud a población
rural, ha significado :

- Aumento de cobertura a menor costo.
- Apertura de nuevas fuentes de trabajo.

La siguiente cita de la Organización Panamericana
de la Salud, filial de la OMS, nos lo demuestra:

"Si hoy se acepta que -la salud es, para cada ser humano. un fin y para la sociedad a que pertenece un medio- la salud constituye la infraestructura básica en la que puede apoyarse el desarrollo de la población rural de los países. La comunidad está influida total o parcialmente por el estado de salud de sus componentes, los individuos que la integran aportan al bienestar común su energía física e intelectual. La salud y la economía son componentes del desarrollo global. No puede haber productividad ascendente con una población que se enferma con frecuencia." 7/

En el caso de nuestro país existen tres formas fundamentales a partir de las cuales se institucionaliza la práctica médica capitalista:

a) 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, Instituciones que prestan -- atención médica a su personal PEMEX, SM, SDN, etc.]

7/ OPS. Seminario sobre Utilización de Auxiliares y Líderes Comunitarios en Programas de Salud en el Area Rural. Publicación Científica No. 26, 1974.

b) Los Servicios Médicos Asistenciales [Secretaría de Salud -SSA-, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia -DIF-, los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal -DDF-, y los Servicios Médicos de los Gobiernos de los Estados.]

c) Los Servicios Médicos Privados.

El IMSS es el organismo público descentralizado que se creó en el año de 1943, con el objeto de asegurar a la población trabajadora bajo su régimen, de acuerdo a la Ley del Seguro Social expedida en el año de 1942. Actualmente el IMSS otorga prestaciones bajo tres tipos de regímenes:

- Régimen Ordinario Urbano.
- Esquema Modificado de Campo.
- Programa de Solidaridad Social.

- Las prestaciones del Régimen Ordinario Urbano cubren cuatro ramas:

- = Riesgos de trabajo
- = Enfermedades Generales y Maternidad.
- = Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte.
- = Guarderías.

- En el Esquema Modificado de Campo se cubren:
 - + Enfermedades Generales y Maternidad sin subsidio económico.
 - + Riesgos de trabajo, Prótesis y Ortopedia.
 - + Vejez y Muerte.
 - + Incluye Riesgos de Invalidez y Ayuda de matrimonio.

- El Esquema de Solidaridad Social cubre:

- ° Atención de Enfermedades Generales y Accidentes, sin Servicios de Especialidades.

- El IMSS otorga las siguientes prestaciones en el ramo del Seguro de Riesgos de Trabajo:

/ Prestaciones en Especie:

- * Asistencia Médica Quirúrgica.
- * Servicio de hospitalización.
- * Aparatos de prótesis y ortopedia; y
- * Rehabilitación.

/ Prestaciones en dinero:

De acuerdo a la consecuencia del riesgo de trabajo:

- & Incapacidad temporal.
- & Incapacidad permanente parcial.
- & Incapacidad permanente total.
- & Muerte.

¿ Por qué el IMSS reproduce en su práctica médica las características de la medicina capitalista y de la práctica médica capitalista ?

Primero, porque contribuye a reproducir las condiciones sociales de producción mediante el "cuidado" de salud de los trabajadores a fin de reincorporarlos a la vida productiva, al trabajo, lo más pronto posible.

La siguiente cita de la Jefatura de Medicina del Trabajo nos lo demuestra:

"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 el abatimiento de accidentes y enfermedades de 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." 8/

Segundo, porque el cuerpo humano es valorado en términos del proceso productivo, de los medios de producción, a los cuales sirve, convirtiéndose éste en apéndice de la máquina.

La siguiente cita de la misma Jefatura es muy clara:

"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 evaluación dinámica

8/ Rojas Soriano Raúl., Capitalismo y Enfermedad., Edit. Folios., pág. 159.

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." 9/

Tercero, porque monetiza los riesgos de trabajo; este punto se desarrollará más adelante, sin embargo diremos que, con base en los artículos 65, 66, 67 y 68 de la Ley del Seguro Social y de conformidad con la Ley Federal del Trabajo, se le asignan valores monetarios al cuerpo humano.

Cuarto, porque la organización de su práctica médica ha trascendido los límites de la seguridad social - contribuyendo con su Programa de Solidaridad Social - (Convenio IMSS-COPLAMAR 1979)* por cooperación comunitaria a: abatir los crecientes costos médicos proporcionando únicamente atención de enfermedades generales y - accidentes, sin servicios de especialidad, a ampliar la cobertura a zonas marginadas y a legitimizar al Estado frente a los grupos marginados.

9/ Rojas Soriano Raúl.. Op. cit., pág. 159.

(*) El 9 de marzo de 1984 se publica el diverso que ordena la descentralización de los servicios IMSS-COPLAMAR pasando a formar parte de los SCSPE de la SSA.

Quinto, porque está presente en la definición, conceptualización y reconocimiento de las enfermedades profesionales la explicación monocausal, rigiendo de esta forma el proceso legal para su reconocimiento.

"La manera restringida de concebir la relación entre trabajo y salud descansa sobre el modelo monocausal, que sólo reconoce el vínculo causal cuando existe un agente patógeno aislable para cada enfermedad." 10/

Por ejemplo, "la posibilidad de enfermarse depende del tiempo que haya durado la exposición y la intensidad que ésta haya tenido. Entre más tiempo se haya estado expuesto al asbesto y entre mayor sea la concentración de fibras y las partículas de polvo, mayor será la probabilidad de enfermar. Condiciones como la existencia de enfermedades bronquiales o pulmonares previas, la susceptibilidad y el hábito de fumar pueden desencadenar rápidamente las manifestaciones de la enfermedad pulmonar producida por asbesto." 11/

10/ Laurell Cristina., Condiciones de trabajo y desgaste obrero en "El Obrero Mexicano ". Condiciones de trabajo, Edit. Siglo XXI, 1986, pág. 41.

11/ IMSS, Subdirección General Médica., Asbestosis., pág. 9

Sexto, porque sus programas de salud y seguridad de los trabajadores, recientemente elaborados, sólo constituyen un paliativo muy pobre, dadas las condiciones en las cuales se implementan, es decir, de acuerdo al artículo 90 de la Ley del IMSS, éste sólo podrá "sugerir a los patrones las técnicas y las prácticas convenientes a efecto de prevenir la realización de dichos riesgos."

Lo cual nos hace pensar que si bien, estos programas contienen todo un conjunto de acciones a realizar directamente en las empresas, (acciones agrupadas en diez metas básicas para el caso del Programa de Salud y Seguridad de los Trabajadores de las Empresas 1985-1986, que a continuación se mencionan) mientras que las leyes instituidas en el sistema capitalista sigan preservando las condiciones técnicas y sociales necesarias para la producción de plusvalía, a costa de la salud y vida del obrero, estos programas no modificarán de manera significativa las condiciones a las que están expuestos los trabajadores, en sus procesos productivos.

Sin embargo, aún bajo estas condiciones, los obreros han podido imponer al capital algunos elementos legales en defensa de su salud, tal es el caso de los obreros italianos. El estatuto italiano de los derechos de los trabajadores del 20 de mayo de 1970 menciona:

"Los trabajadores mediante su representación tienen derecho a controlar la aplicación de las normas de prevención de los accidentes y 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." 12/

Dentro de las actividades recientes que el IMSS - está realizando para "prevenir los riesgos de trabajo" se aprobó el 22 de mayo de 1985 el "Programa de Salud y Seguridad de los Trabajadores de las Empresas 1985-1986" cuyas metas fueron:

META 1.

Estudiar 2 000 empresas con mayor índice de siniestralidad.

Este número de empresas corresponde al 2% de las empresas afiliadas al IMSS que tienen a su servicio más del 40% del total de trabajadores asegurados y representa el 52% de los riesgos de trabajo ocurridos en el ámbito nacional.

12/ Timio, Mario., Clases Sociales y Enfermedad., Edit. Nueva Imágen., 1980., pág. 118.

META 2

Aplicar 5500 cédulas de autoevaluación de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo en empresas de la pequeña y mediana industria.

META 3

Estudiar 130 centros de trabajo del IMSS con mayor tasa de incidencia. El IMSS registró en 1984, un total de 12,754 riesgos de trabajo; correspondiendo 11,141 a accidentes, 3,754 a accidentes itinerari y 49 enfermedades profesionales. 13/

META 4

Aplicar 400 encuestas de evaluación de las condiciones de seguridad e higiene en igual número de centros de trabajo del IMSS.

META 5

Apoyar permanentemente al sistema de comisiones mixtas de seguridad e higiene en el trabajo.

13/ IMSS., Jefatura de Medicina del Trabajo. Unidad de Bioestadística., 1986.

META 6

Establecer un programa de formación de promotores en seguridad en el trabajo, con el propósito de que - - actúen en los centros laborales y en la comunidad.

META 7

Consolidar acciones de concertación con los sectores pública, privado y social, a través del establecimiento de los convenios pertinentes.

META 8

Mantener y apoyar la participación institucional en la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene Estatales.

META 9

Establecer un programa de prevención de accidentes en tránsito.

META 10

Establecer un programa para la formación de especialistas de seguridad e higiene en el trabajo.

Paralelo a éste programa, la Jefatura de Medicina del Trabajo elaboró igualmente un programa cuyas metas son:

META 1

Desarrollar cursos de actualización en medicina del trabajo para médicos especialistas y urgencias en 38 hospitales generales de zona.

Hay que señalar aquí, que actualmente el IMSS cuenta con 400 médicos especialistas en medicina del trabajo a nivel nacional 14/ recurso por demás deficiente ante problemática del número de casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

META 2

Ampliar la cobertura de servicios de medicina del trabajo a 220 unidades de medicina familiar, a fin de desarrollar y promover programas de enseñanza-aprendizaje y de investigación epidemiológica en la materia.

META 3

Actualizar a 1,000 médicos familiares en medicina del trabajo y en aspectos de patología laboral en forma específica.

META 4

Desarrollar a nivel central 5 cursos de adiestramiento con duración de dos meses cada uno, sobre aspectos relevantes de patología laboral.

14/ IMSS, Jefatura de Medicina del Trabajo., Sector Central, 1986.

META 5

Desarrollar por nivel central de medicina del trabajo del IMSS 7 cursos de capacitación en áreas críticas de la atención médica de medicina del trabajo por magnitud y frecuencia.

META 6

Difundir 10 fascículos de medicina del trabajo sobre patología laboral elaborados en 1984.

META 7

Elaborar y difundir 24 fascículos de medicina del trabajo sobre patología laboral más frecuente para potencializar las acciones de enseñanza-aprendizaje en el médico familiar y especialista.

META 8

Difundir un paquete didáctico con 52 citas bibliográficas sobre medicina del trabajo.

META 9

Difundir un paquete didáctico con 52 casos clínicos de medicina del trabajo.

META 10

Desarrollar acciones encaminadas al diagnóstico oportuno de enfermedades de trabajo a través de la detección de los cambios biológicos que anuncian las primeras fases del deterioro de la salud de los trabajadores.

META 11

Desarrollar acciones médico-preventivas de promoción, protección y detección en las unidades de medicina familiar para conocer en forma oportuna las enfermedades crónico degenerativas.

META 12

Apoyar las acciones de las brigadas de medicina preventiva en centros laborales en relación a la prevención de patologías susceptibles de evitarse por medio de la vacunación y promover a través de campañas educativas la prevención del alcoholismo, tabaquismo y automedicación como factores de riesgo en el trabajo.

Como podemos observar el programa de 1985 fue muy ambiciosos dadas las condiciones actuales.

En primer lugar, hay que señalar que el IMSS cuenta actualmente sólo con 400 médicos especialistas en medicina del trabajo, a nivel nacional.

En segundo lugar, las brigadas de salud y seguridad no sólo estaban formadas por "especialistas de la institución", sino que el IMSS contrató "pasantes de servicio social" para hacer las inspecciones correspondientes en los centros laborales.

Y en tercer lugar, a veces se llegaron a visitar - hasta cinco empresas por día con el objeto de cumplir - con las metas del programa.

Para 1986, surgieron las brigadas de salud y seguridad de los trabajadores de las empresas, ¿ de dónde - surgieron estas brigadas ?

"A consecuencia de los sismos de septiembre el programa de Salud y Seguridad adoptó un modelo especial de emergencia multidisciplinario para llevar a las empresas del valle de México, Jalisco y Michoacán, tranquilidad para reiniciar sus labores. El ámbito de acción de estas brigadas fueron en aquellas zonas que siendo afectadas, estaban en posibilidad de reiniciar labores, para

ello, se integraron Brigadas de Salud y Seguridad en las Empresas como un plan de emergencia en coordinación con la SEDUE y con el apoyo de la Cámara Nacional de la Industria de la Construcción, cuyo objetivo consistió en asesorar a las empresas y sus trabajadores en la detección de situaciones anormales de salud y de higiene y seguridad como consecuencia del siniestro. Al iniciar acciones concretas para su solución en el ámbito institucional y en el de la administración pública." 15/

A partir de mayo de este año se conjugarán tanto el Programa de Salud y Seguridad para los Trabajadores de las Empresas como el Programa de Brigadas de Salud y Seguridad para los Trabajadores de las Empresas. Lo que significará cubrir un total de 8 000 empresas.

15/ Villegas Rabling Enrique., Programas Institucionales en el mejoramiento de la salud y seguridad de los trabajadores. Jefatura de Orientación y seguridad en el Trabajo., IMSS., Mimeo s/f, pág. 4-5.

2.3. ¿ Qué son los Riesgos de Trabajo ?

Para la Ley Federal del Trabajo en su artículo 473 los riesgos de trabajo: "Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo."

Considerando asimismo que: "accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional inmediata o posterior a 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." Artículo 474.

Y que: "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.

Ahora bien, en su significado más común "riesgo" es la contingencia o proximidad de un daño.

Desde el punto de vista de la salud pública y la epidemiología oficiales "riesgo" se define como "la probabilidad de que ocurra un fenómeno indeseado o daño".

El daño puede ser la aparición o existencia de un proceso patológico o de complicaciones de este proceso, hasta llegar a la muerte, por tanto, riesgo es la probabilidad de que ese proceso o su complicación ocurra o exista.

"Esta probabilidad no está formulada teóricamente pero, en la práctica, se le estima a través de tasas de incidencia y prevalencia, si el daño es una enfermedad, síndrome o complicación y en términos de tasas de mortalidad si el daño es la muerte." 16/

En la cita anterior se menciona que "esta probabilidad no está formulada teóricamente", sin embargo existe justa y precisamente atrás de esta frase una concepción teórica no sólo del proceso salud-enfermedad, sino específicamente de lo que son los riesgos de trabajo.

16/ Plaut Renate, Análisis de Riesgo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 96, No.4 Abril 1984, pág. 297.

Es decir para el capital y para la medicina capitalista los riesgos de trabajo se manejan como una probabilidad de ocurrencia del daño que tiene que ver con el trabajo, pero con el trabajo en la medida en que la vida misma es un riesgo y no que el daño tenga algo que ver acaso con un proceso de trabajo concreto, específico y capitalista, o con las condiciones de trabajo, como las formas concretas bajo las cuales se dan las relaciones entre el capital y el trabajo.

Así, la medicina capitalista explica los riesgos de trabajo como acontecimientos azarosos o arbitrarios, presuponiendo que la enfermedad es un hecho biológico que ocurre de manera individual y que ésta se deriva a partir de agentes físicos, químicos, biológicos y psicológicos, tratando de dar así una explicación unicausal-multicausal a este fenómeno, rechazando la importancia de lo social en la etiología de la enfermedad y poniendo en entredicho el carácter social de la misma.

Riesgos de trabajo y condiciones de trabajo se enmarcan dentro del avance tecnológico en la medida en que las condiciones de trabajo y la forma de organización del trabajo está marcado por la tecnología.

Es decir, "si entendemos la tecnología no como el resultado puro del avance científico sino como la materialización de determinadas relaciones sociales de producción, habría que poner en el centro el problema del control sobre el proceso de trabajo. El principio básico del control tecnológico estriba en la separación - entre la planeación y ejecución del proceso de trabajo, lo que significa que el obrero pasa de ser el sujeto de la producción a ser objeto de la misma." 17/

Así los riesgos de trabajo son resultado de la organización misma del trabajo.

Desde este punto de vista se pueden diferenciar varias etapas de desarrollo del proceso de trabajo capitalista.

"La primera etapa es el maquinismo que conlleva la constitución del obrero colectivo y en el cual se utilizan máquinas-herramienta con motor o impulsión mecánica, que el obrero pone en marcha y aprovisiona al -- tiempo que verifica y ajusta. Queda pues en sus manos el control sobre la máquina.

17/ Laurell Asa Cristina., Condiciones de Trabajo y Dégaste Obrero., Mimeo, UAM-X, págs. 4-5.

La segunda etapa es el taylorismo-fordismo que se caracteriza por la parcialización de las tareas hasta - convertirlas en trabajo simple descalificado sujeto a ser analizado en términos de tiempos y movimientos, y su ordenación en una secuencia preestablecida, generalmente ligando las tareas por medio de una cadena, que significa la utilización de un sistema de máquinas-herramienta.

El taylorismo no es más que la expresión conceptual del movimiento de la máquina y como tal significa la transferencia del control sobre el proceso de trabajo - del obrero a la máquina y, que él sea despojado de su - saber.

La tercera etapa, finalmente es la automatización, cuando el papel del obrero se reduce a vigilar el funcionamiento de las máquinas.

La automatización se da de manera diferente si se trata de un proceso continuo de transformación físico-químico como en la siderurgia, petroquímica, etc., o de un proceso discontinuo de transformación mecánica.

En el primer caso, se tiene un conjunto automático cerrado integrado, respecto al cual el obrero, cumple - solamente funciones de vigilancia y mantenimiento y se reduce el número de operarios a un mínimo. En el caso del proceso discontinuo la automatización puede estar - basada en máquinas transfert o una línea transfert, o alternativamente, en máquinas de control numérico." 18/

Anteriormente mencioné que los riesgos de trabajo incluyen únicamente los accidentes y enfermedades profesionales u ocupacionales, sin embargo, considero que es necesario ir más allá de los límites que imponen los - riesgos de trabajo reconocidos, ¿ por qué ? porque los accidentes y las enfermedades ocupacionales están final- mente englobados en un proceso más general, el proceso salud-enfermedad, proceso histórico y social en la medi- da en que cada sociedad crea su propio perfil patológi- co. Este proceso salud-enfermedad, que no es más que el modo específico como se da el proceso biológico de des- gaste y reproducción de la población, está determinado en definitiva tanto por las condiciones de trabajo, como por las condiciones de vida de la población, y en espe- cial la clase trabajadora.

18/ Laurell Asa Cristina., Op. cit., págs. 5-6

Y porque finalmente para el capital y para la medicina capitalista el cuerpo no es más que una mercancía y la enfermedad una tregua en el mercado, en este sentido, nuestra sociedad no conoce otra especialidad que la medicina del trabajo, todo acto terapéutico está destinado a la fuerza de trabajo, a su reproducción.

Así las cosas, el consumo de la fuerza de trabajo, en el proceso de trabajo implica en definitiva formas específicas de desgaste del cuerpo.

Para Cristina Laurell estas distintas formas de desgaste están vinculadas a la extracción de plusvalía absoluta y relativa.

En el caso de la extracción de plusvalía absoluta significa: un costo calórico alto, un esfuerzo físico duro y tiempo insuficiente de descanso.

En el caso de la extracción de plusvalía relativa significa: stresses, fatiga que originan ambas predisposiciones patológicas a corto y largo plazo.

Ahora bien, el cuerpo humano escenario donde se materializan los accidentes y enfermedades ocupaciona-

les, es segmentado, parcializado.

Cuando decimos que los riesgos de trabajo trascienden el ámbito de la fábrica, nos referimos, por ejemplo, a una enfermedad hoy en día no reconocida aún, la neurosis, porque para la medicina capitalista "todo ocurre como si el psiquismo no transcribiera nunca en la materia viva del cuerpo (así concebida como una máquina -- susceptible de guardar y fijar informaciones) una multitud de representaciones, conscientes o inconscientes que son los vehículos de esta significación en el cuerpo, las condiciones de vida social y el destino de la energía pulsional." 19/

El cuerpo humano es segmentado, dividido también, según las diversas modalidades de la producción, dándoles a estas partes un valor monetario.

¿ Qué es un Riesgo de Trabajo ?

"Normalmente trabajar en una refinería es una labor peligrosa, sucia. Un pasaje en la historia de la empresa Standar Oil de Indiana describe una operación en los términos siguientes:

19/ Polack Claude, La Medicina del Capital., Edit. Fundamentos., pág. 63.

El nocivo anhídrido sulfuroso que se produce al quemar el sulfuro de cobre, y el fino polvo que flota, hacen de la fábrica un infierno. Era el trabajo más sucio y más insalubre de la refinería. El trabajo era realizado en su mayoría por extranjeros. Los trabajadores tenían que utilizar mascarillas y la mayoría de ellos podían soportar eso sólo unos cuantos días. Si permanecían más tiempo, los gases carcomían la piel de sus rostros y producían la irritación de sus ojos.

Una particularidad de la refinería era que existía un viejo caballo blanco que transportaba el sulfuro de cobre al vaciadero. Su pelo se había tornado verde." 20/

"Hace unas dos semanas, empecé a trabajar...acababa de morir un cabo de cuadrilla. Cayó un elevador sobre su cabeza y lo apachurró como si fuese un gusano. Un fulano tuvo un infarto cerca de los hornos y expiró mientras esperaba que un carro lo llevase al dispensario. - Hace como un año, pereció un hombre - su manga se trampó en una enderezadora redonda y lo azotó hasta matarlo. - Hay aquí un árabe al que llamamos 'víbora', un día tenía su brazo apoyado sobre una pila de barras de acero. La grúa colocó otra carga en su brazo y su brazo quedó como una tortilla.

20/ Berman Daniel M., Muerte en el Trabajo., Edit. Siglo XXI., 1983., pág. 136.

Los mecánicos llevan una bandera azul, una bandera de seguridad. La ponen en el apagador mientras están trabajando en una máquina, como precaución para que no vayan a conectar el apagador. Un día, estaba yo trabajando con una de las enderezadoras, reparando una de las líneas para engrasar. Tenía mi bandera en el apagador principal. Estaba metiendo la mano entre dos de los rodillos, tratando de sacar la línea de engrasar. El - cabo de cuadrilla llegó gritando que quitaran esa bandera del apagador. Se estaba deteniendo la producción. Yo le expliqué que a menos que lo reemplazara, el rodillo en la línea se paralizaría y una de las barras podría volar y lesionar a alguien. Su respuesta fue: "me importa una chingada", y quitó la bandera del apagador, poniendo a trabajar la máquina con mi mano entre los - rodillos." 21/

21/ Berman Daniel M., Op. cit., págs. 164-165.

2.4. Medicina Capitalista y Monetización de los Riesgos de Trabajo en México.

El papel de la medicina capitalista y del médico de la compañía respecto a los riesgos de trabajo, finalmente es evaluar y definir la naturaleza y proporción de los daños a la fuerza de trabajo.

¿ Qué hace la medicina capitalista ?

Esta tiene bajo su control la parte humana de la actividad de producción, el trabajo. Trabajo realizado por el cuerpo humano.

Ella es la que impone los "límites permisibles" al cansancio, a la fatiga, al stress, al envenenamiento, a la intoxicación. Ella es la que define el valor del cuerpo humano. Es decir, participa en la determinación del valor histórico de la fuerza de trabajo.

La medicina capitalista monta todo en escenografía en el hospital y en el médico.

El médico juega un papel definitivo en la alineación del cuerpo al capital, en tanto ejerce el discurso médico científico.

A través de este discurso, el médico ejerce su poder de decisión respecto a las causas de la enfermedad y de la muerte.

Más aún el médico determina si se conceden prestaciones por invalidez o no.

Un ejemplo de la función del médico y de la tabla de valuación de incapacidades es el siguiente.

Las enfermedades de la piel constituyen un capítulo importante dentro del total de enfermedades de trabajo reportadas por el IMSS, para los años de 1982 y 1983, ocupando el 29.3 y 24.0 por ciento respectivamente.

Recientemente se presentó un caso de dermatitis por contacto a níquel, en la Delegación 2 del IMSS (Sector Central). 22/

22/ CIESS., Curso General de Salud en el Trabajo. Conceptos de Dermatología del Trabajo., Dra. Graciela González Calderón. s/f

Una trabajadora de Samborn's demanda el 100% de in capacidad permanente por esta enfermedad profesional.

Ante la ausencia, en términos legales, del porcentaje (%) de dermatitis por contacto a níquel en la tabla de valuación de incapacidades, los médicos de la Jefatura de Medicina del Trabajo fijarán de acuerdo a sus pará metros este porcentaje.

Sin embargo, hay que señalar que el níquel se encuentra en muchos objetos y que "las mujeres son más susceptibles a presentar dermatitis por níquel." 23/ ¿ Cuáles serán los parámetros para fijar el porcentaje? Si se tiene conocimiento de que la evaluación de los riesgos cutáneos, generalmente se saca a partir de las evidencias de los pacientes o a partir de la frecuencia de la enfermedad.

Y este discurso médico, en tanto científico es - inaccesible al enfermo.

"La regla de juego manda que el enfermo no comprenda y no trate de comprender el lenguaje médico, que no

23/ González Calderón G., Concepto de dermatología del Trabajo. Mimeo s/f.

hable más que de enfermedad, cuando el enfermo espera que se hable de él." 24/

El discurso se torna así operativo y simbólico, que para el enfermo adquiere sentido, en tanto que perpetúa el mito científico de la ciencia como productora de verdad.

Igualmente el síntoma abandona su papel de valor de uso, para adquirir el de valor de intercambio, es decir, se expresa en el acto terapéutico para que el médico lo maneje, lo moldee, lo traduzca al lenguaje estricto de la ciencia.

La medicina capitalista cuando no puede restituir la salud, entonces la reparación se efectúa en términos monetarios.

24/ Achard Pierre y Otros., Discurso Biológico y Orden Social, Edit. Nueva Imágen, 1980., pág. 48.

Cuando se presenta la muerte, otorga una indemnización, no sin antes haber reducido la muerte a un hecho biológico. La muerte queda reducida al cadáver y el muerto a los despojos.

Ese cuerpo -objeto- máquina útil, ya no sirve ni a la sociedad ni a la ciencia.

Cuando persiste la enfermedad, cuando ya no es posible el retorno a la vida normal, entonces la enfermedad o invalidez debe ser ocultada.

"El jefe me vino a ver al hospital y me hizo firmar documentos de conciliación por 8 000 dólares. Me sentí ultrajada, defraudada. No tenía abogado. El patrón jamás me volvió a ofrecer trabajo después del accidente. Durante un año y medio anduve buscando empleo, luego desistí. Puedo hacer todo menos escribir a máquina. Sin embargo, todos los posibles empleadores me dan evasivas.

El Departamento de Rehabilitación Vocacional...me envió a un taller para retrasados mentales y yo no soy ninguna retrasada." 25/

25/ Berman Daniel M. Muerte en el Trabajo., Edit. Siglo XXI., pág. 82.

Los riesgos de trabajo se monetizan en México a - partir de las indemnizaciones y de las prestaciones económicas.

Estas a su vez se fijan a partir:

- Tipo de riesgo:

- = Accidente de trabajo.
- = Accidente en trayecto.
- = Enfermedad profesional.

- Consecuencia del riesgo:

- = Incapacidad temporal.
- = Incapacidad permanente parcial.
- = Incapacidad permanente total.
- = Muerte.

- El salario diario que perciba el trabajador al ocurrir el riesgo de trabajo.

- Según el salario mínimo de la zona económica donde labora.

- Y según la Tabla de Valuación de Incapacidades Permanente. (Anexo A).

"El código de incapacidad funciona a partir de dos premisas:

La primera certifica que el alcance definitivo de una función corporal puede medirse en proporción a la fuerza global de trabajo.

La segunda atestigua que esta disminución puramente parcial, puede ser aislada con respecto a su repercusión general o simplemente a sus efectos psíquicos... los codificadores de la salud capitalista segmentan las partes del cuerpo en subunidades adaptables a las diversas modalidades de producción, la inversión de estas partes en la economía es el único criterio utilizado para su valoración. 26/

26/ Polack Claude Jean., La medicina del capital., Edit. Fundamentos., pág. 65.

VALOR DE UN TRABAJADOR MEXICANO

TRABAJADOR CON INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL:

Salario Míximo:	\$ 1,650.00
Indemnización:	1095 días de salario.
Valor del trabajador inválido:	\$ 1'806,750.00

TRABAJADOR MUERTO EN ACCIDENTE DE TRABAJO:

Salario Míximo:	\$ 1,650.00
Indemnización: 2 meses por concepto de funeral.	\$99,000.00
730 días de salario:	\$ 1'204,500.00
Valor del Trabajador (muerto)	\$ 1'303,500.00

NOTA: Cálculos hechos con base en el salario mínimo general correspondiente a enero de 1986, y a los artículos 492,495,500,502,512 de la Ley Federal del Trabajo de 1985.

2.5. Algunas estadísticas referidas a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en México., 1980-1983.

Comentarios:

a) Las estadísticas que maneja el IMSS respecto a los riesgos de trabajo, nos muestran un incremento constante en los índices de frecuencia y gravedad de los - accidentes y enfermedades ocupacionales.

b) Según las propias palabras del Dr. Jorge Fernández Osorio -creador de la Unidad de Medicina del Trabajo del IMSS, entre otros-:

" ¿ Son confiables esas estadísticas ?

No, las estadísticas en general sólo son indicadores. En el caso concreto de los riesgos a los que están sometidos los trabajadores, las estadísticas están muy lejos de la realidad, ésta es peor todavía.

Existe una cantidad enorme de accidentes de trabajo que no se reportan a la institución y sabemos por qué...

La respuesta es simple. Las primas que pagan las empresas al seguro social se establecen en función directa del uso de frecuencia y gravedad de los riesgos. Lo primero que hacen las compañías es desviar (por no usar la palabra esconder) a los accidentados y enfermos a sus servicios médicos privados. De tal manera, el IMSS no se alimenta de los hechos para elaborar sus estadísticas y establecer el grado de riesgos de cada centro laboral. Es importante señalar que la magnitud del riesgo determina la cantidad de dinero que las empresas deben cotizar al Seguro Social." 27/

c) El IMSS registra sólo los riesgos de trabajo que producen incapacidad, dejando de lado muchos accidentes y enfermedades ocupacionales que no la producen.

d) Asimismo, existe un subregistro importante de las enfermedades ocupacionales.

"De 1962 a 1982 éste rubro representó en promedio apenas el 0.3% del total de riesgos de trabajo, o sea que se anotaron mil noventa enfermedades como promedio anual. Cabe destacar que en Italia, por ejemplo, se registran alrededor de veinte mil casos anuales sólo en el

27/ Valero Manuel J., Adaptar el trabajo al hombre, en Revista de Información Científica y Tecnológica., CONACYT, México, 1985., pág. 12.

rubro de la neumoconiosis, en una población trabajadora aproximadamente igual a la mexicana." 28/

e) No es posible recurrir a las estadísticas de riesgo de trabajo generadas por la STyPS, puesto que la calidad y la cobertura de información captada por ésta es - muy deficiente.

Por ejemplo, en 1983 la STyPS recibió 23,359 reportes de accidentes de trabajo, mientras que el IMSS para el mismo período reportó 521,954 accidentes de trabajo, lo que representa sólo el 4.5% de los casos captados por éste último.

f) Al interior de las estadísticas publicadas por el IMSS podemos observar que:

- Las estadísticas referentes a enfermedades ocupacionales, sólo representan alrededor de 20 enfermedades, en tanto que la Ley Federal del Trabajo reconoce 161.

28/ Noriega Mario y Tamez S., Patología y peligros laborales, en Revista de Información Científica y Tecnológica, CONACYT, México 1985, pág. 19.

- Las estadísticas referentes a los casos de riesgos de trabajo según el agente de la lesión, son presentadas con una clasificación de 27 agentes, dejando fuera 25 que el propio IMSS considera.

- No se presentan los casos de riesgos de trabajo según el agente del accidente.

- Las estadísticas de casos de riesgos de trabajo publicadas por el IMSS no presentan nunca el número de obreros incapacitados o inválidos.

- Las estadísticas de riesgos de trabajo para 1982 y 1983 reportan una disminución en términos absolutos, debido fundamentalmente a una baja en la captura de datos.

- Esta baja se debe a las modificaciones que se le hicieron al Reglamento de Clasificación de Empresas y Grados de Riesgo para el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, en 1981.

Lo que significó una mayor rigurosidad para la determinación de los grados de riesgo de las empresas y en consecuencia un aumento en el importe de las primas por el seguro de accidente y enfermedades profesionales.

CAPITULO TERCERO
LAS DISPOSICIONES SOBRE SEGURIDAD E HIGIENE Y
LOS RIESGOS DE TRABAJO EN MEXICO
SITUACION ACTUAL

LAS DISPOSICIONES SOBRE SEGURIDAD E HIGIENE
Y LOS RIESGOS DE TRABAJO EN MEXICO.
SITUACION ACTUAL.

Como hemos mencionado, el modelo unicausal -multi-causal de la salud-enfermedad, se constituye en el factor determinante para la fijación de los "límites permisibles" al cansancio, a la fatiga, al stress, al envenenamiento y a la intoxicación de la fuerza de trabajo.

La definición de estos "límites permisibles" están presentes en las disposiciones que en materia de seguridad e higiene existen en nuestro país. Tal es el caso del Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Al abordar este asunto he querido dejar sentado lo relativo al manejo de estas disposiciones y cómo se encuentran directamente vinculadas a las disposiciones que en materia de seguridad e higiene existen en la Unión Americana.

En este capítulo se abordará, por tanto las disposiciones que dictan los 21 instructivos del Reglamento General, así como lo relativo a las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene.

Posteriormente se tratará por apartado lo relativo al instructivo No. 21 referido a los informes para recabar las estadísticas sobre riesgos de trabajo.

3.1. La Ley Federal del Trabajo

La medicina capitalista concibe a la enfermedad como una serie de manifestaciones siempre objetivas, concretas, por ello todas aquellas patologías que se manifiestan a largo plazo, no son susceptibles de ser consideradas producto del trabajo.

¿ Por qué hay enfermedades ocupacionales no reconocidas ?

PRIMERO. Para que el obrero pueda comprobar que su enfermedad la adquirió con motivo del trabajo, éste tiene que someterse a una serie de estudios prolongados y onerosos. En el caso de México, hasta el año de 1984, la Ley Federal del Trabajo reconocía que:

"Las enfermedades enumeradas no son limitantes y establecen una presunción en favor del trabajador por estar catalogado su padecimiento." Artículo 513.

Sin embargo en el Artículo 476 advertía que:

"... en tanto si la enfermedad no se encuentra especificada en la Tabla respectiva, le incumbe al trabajador probar que la adquirió en el trabajo o con mo-

tivo del mismo."

En el año de 1985 se acaban las opciones para el obrero al señalar la Ley Federal del Trabajo que:

Artículo 476: "Serán consideradas en todo caso enfermedades de trabajo las consignadas en la Tabla del Artículo 513."

Artículo 513. "Para los efectos de este Título la Ley adopta la siguiente Tabla de Enfermedades de Trabajo."

- Neumoconiosis y enfermedades broncopulmonares producidas por aspiración de polvos y humos de origen animal, vegetal o mineral.

- Enfermedades de las vías respiratorias producidas por inhalación de gases y vapores.

- Dermatitis.

- Oftalmopatías profesionales (enfermedades del aparato ocular producidas por polvos y otros agentes físicos, químicos y biológicos).

- Intoxicaciones.

- Infecciones, parasitosis, micosis y virosis.

- Enfermedades producidas por el contacto con productos biológicos.

- Enfermedades producidas por factores mecánicos y variaciones de los elementos naturales del medio de trabajo.

- Enfermedades producidas por las radiaciones ionizantes y electromagnéticas (excepto el cáncer).

- Cáncer.

- Enfermedades endógenas.

SEGUNDO. Los trabajadores son expuestos muchas veces a peligros físicos y químicos de los cuales se sabe poco. Por ejemplo: "La Universidad de California, en Davis, hace experimentos gubernamentales con pesticidas y sustancias químicas. Para obtener una mejor cosecha cada año. En 1964 ó 1965, un aeroplano estaba rociando esas sustancias químicas en los sembradíos. Se llaman

equipos rociadores. Volaba bajo, las ruedas se atoraron en un cerco de alambre. El piloto se levantó, se sacudió, tomó un trago de agua. Murió de convulsiones. Los asistentes de la ambulancia se enfermaron por los efectos de los pesticidas. Una niña que jugaba con un rociador, le puso la lengua, murió instantaneamente." 1/

También en el caso de México, por ejemplo, se llevó a cabo una investigación en una empresa textil (1975) la cual tuvo como objetivo comprobar:

- La existencia de contaminación ambiental con fibrillas.

- El depósito de éstas en los trabajadores de las áreas de engomado, tejido y revisado.

- Y la presencia de Naftol A S en las fibrillas.

Esta sustancia (Naftol A S) venía siendo empleada desde hace aproximadamente un año en un nuevo proceso de teñido de telas.

Este estudio concluyó que:

1/ Berman M. Daniel., Muerte en el Trabajo., Edit. Siglo XXI
pág. 173.

"... Las fibrillas que se desprenden en el manejo de los hilos y telas contaminan la microatmósfera de - trabajo, y que son parcialmente respiradas además de - depositarse en pisos, paredes, planos inclinados y en - los trabajadores expuestos.

En las fibrillas tanto suspendidas como depositadas fue posible identificar al Naftol A S, por lo que se confirma la exposición a ese compuesto.

Por su parte los estudios médicos efectuados con - apoyos en las pruebas clínicas y de laboratorios especializados, permiten concluir que existen alteraciones dermatológicas en los individuos expuestos, y que la - absorción del compuesto ha generado la excreción de meta bolitos anormales. Con esas bases es posible establecer que no obstante la ausencia de información que regule las exposiciones industriales a Naftol A S, por los hallazgos médicos, es posible afirmar que los ambientes con las características reportadas sí son capaces de pro ducir daño en los individuos expuestos y que se demuestra la relación causa-efecto de la condición anormal de la industria y el daño en el individuo." 2/

2/ STyPS. Cuadernos de Medicina, Higiene y Seguridad No.1, pág. 37.

TERCERO. La medicina capitalista oculta muchas veces los peligros de la presencia de sustancias (tóxicas) en el trabajo.

Por ejemplo: "Uno de los trucos es sencillamente ponerle otro nombre al envenenamiento. En la Conferencia Nacional sobre el Polvo del Algodón y la Salud, el doctor Robert T.P. de Treville de la Institución de Salud Industrial, se rehusó a llamar a la bisinosis (una enfermedad del pulmón causada por el polvo del algodón) "enfermedad"; para evitar que los obreros se preocuparan al respecto; él pensó que más bien:

"Se describiría mejor como "un síntoma complejo" - más bien que una enfermedad en el sentido común y corriente. Nosotros pensamos que este término puede ser preferible; primero, con objeto de no alarmar inútilmente a los obreros puesto que pensamos proteger su salud; y segundo, para ayudar a evitar una clasificación injusta del algodón como un material inusitadamente peligroso para su uso en la industria textil, provocando el temor de que el manejo para controlarlo sería costoso y, por lo tanto, sería mejor dar un viraje a algún material menos caro." 3/

3/ Berman M. Daniel., Op. cit., pág. 109

CUARTO. La Ley Federal del Trabajo no considera que son enfermedades ocupacionales las afecciones cardiovasculares (cardiopatías), nerviosas (stress) y mentales. Sólo reconoce la neurosis para el caso de los pilotos - aviadores y telefonistas.

Sin embargo, "se ha puesto de relieve que el trabajo a destajo, el trabajo en la cadena de montaje y el trabajo extraordinario determinan, como factores generadores de stress: la hiperactividad del sistema adrenosimpático y de la corteza suprarrenal, en una medida mucho más acentuada que el simple trabajo manual ejecutado en condiciones de normalidad. En efecto, durante el día en que el trabajo se organizaba a destajo, o en la cadena de montaje o en un horario extraordinario añadido al de la jornada de trabajo normal, la producción de adrenalina, noradrenalina y de hormonas glicocorticoides se acentuaba considerablemente. Al mismo tiempo se registró un aumento significativo de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, aparecieron además, arritmias (extrasístole) y modificaciones electrocardiográficas - similares a las que se encuentran en la angina de pecho. Todas estas alteraciones cardiocirculatorias son expresión directa o indirecta de la acción de la adrenalina y noradrenalina." 4/

4/ Timio Mario., Clases Sociales y Enfermedad., Edit.Nueva Imágen., pág. 86.

QUINTO. La Tabla de Enfermedades Profesionales de la Ley Federal del Trabajo no es más que el fragmento enumerativo del discurso médico científico.

Es decir, a partir de él se cataloga y se verifica la enfermedad ocupacional, es el parámetro por medio del cual se verifica el desplazamiento del síntoma por el de signo. "El signo patognómico (signo requerido y suficiente para elaborar el diagnóstico de un enfermo) se presenta entonces como el equivalente absoluto de una enfermedad definida." 5/

El síntoma abandona así, su valor de uso (palabra) y se convierte en valor de cambio (signo-lenguaje clínico). "Por tanto, el síntoma es consumido en la economía terapéutica en provecho de la asunción de un signo pertinente referido a un campo signifiante técnico y limitado." 6/

Por tanto, puede el discurso médico capitalista asociar el signo cualquier significado, sobre todo cuando se trata de hacer responsable al obrero de la ocurrencia

5/ Polack Jean Claude., La Medicina del Capital., Edit. Fundamentos., pág.71

6/ Ibidem., pág. 77

del riesgo de trabajo: "Se debe hacer responsable de su salud al trabajador, parece opinar un médico del IMSS, que trató como adicto a estupefacientes a un trabajador de la Datsun, cuando éste se quejó de náuseas, mareos y lagunas mentales, a pesar de que el trabajador le explicó que laboraba dentro de los automóviles pegando las - vestiduras con "Resistol 5000". El trabajador fue despedido posteriormente en un recorte de personal." 7/

7/ Revista de Información Científica y Tecnológica, CONACYT, Abril de 1985., pág. 53.

3.2. El Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

La STyPS elaboró el Reglamento General de Seguridad e Higiene en el trabajo, el cual fue publicado en su nueva versión el 5 de junio de 1978.

Este reglamento contempla de manera general las normas de seguridad e higiene que deben aplicarse en los - centros de trabajo.

Posteriormente se elaboraron un conjunto de Instructivos (21) como complemento a dicho reglamento, los cuales regulan los problemas particulares en cuanto a medidas de seguridad e higiene; éstos se publicaron en su - última versión el 28 de mayo de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.

De este reglamento voy a comentar tres cuestiones relevantes:

- Primero, el relativo a la organización y - funcionamiento de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo (CMSHT).

- Segundo, el relativo a los informes y estadísticas de los riesgos de trabajo.

- Tercero, el relativo a la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene deben existir en todos los centros laborales de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 193 de este reglamento. Asimismo, estas comisiones deberán estar integradas por igual número de representantes obreros y patronales.

La función principal de estas comisiones es: investigar las causas de los accidentes y enfermedades ocupacionales, inspeccionar los centros de trabajo por lo menos una vez al mes, promover los reglamentos, instructivos, etc., referidos a la seguridad e higiene, informar a los trabajadores de los riesgos ocurridos, etc.

¿ Qué pasa en realidad con estas Comisiones ?

"Independientemente de las reservas que uno pueda tener respecto a la integración bipartita de las Comisiones Mixtas dado que la estructura obrero patronal impone la negociación en el momento mismo de realizar los

estudios básicos, tal no es el problema principal hoy. El problema es sencillamente que las Comisiones por regla general no existen." 8/

Además de que se desconoce el número exacto de las Comisiones que existen actualmente.

En 1975 existían 3 825 Comisiones Mixtas bajo jurisdicción federal. En 1977 la STyPS inicia un "Programa para el fortalecimiento de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene" pretendiendo registrar 1 000 nuevas comisiones anuales. Actualmente hasta el año de 1984 se desconocía prácticamente el número de estas comisiones, además de que: "...dentro del programa que les estamos entregando, incorporamos una tercera actividad, que sería la integración de un archivo computarizado de Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo, dado que hasta el momento los archivos que se llevan de CMSHT dentro de la Secretaría no están sistematizados, tienen algunos problemas de dispersión, digamos en las Delegaciones Federales del Trabajo que se encargan de transmitir y registrar a las CMSHT a su propio campo de jurisdicción tienen sus propios registros y acá en la Dirección General de Medicina se lleva también un regis-

8/ Laurell Asa C., Proceso de Trabajo y Salud., Cuadernos Políticos No. 17., 1978., p. 77

en el que hay algunas dificultades de comunicación a veces y no se tiene unificado el sistema." 9/

En enero de 1985 se inició un proyecto denominado "Sistema de Información del Registro de Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene", hasta agosto de ese año, un representante de la STyPS afirmaba: "Hemos captado hasta este momento, la información de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene que se han registrado hasta diciembre de 1984 y cuyos datos se encuentran administrados en los registros administrativos que maneja la Dirección de Medicina y Seguridad en el Trabajo de esta Secretaría, - hemos integrado, hemos captado la información, perdón, para 52 000 CMSHT en todo el país, recientemente hemos venido captando información adicional de comisiones mixtas que se registraron durante este año... en un orden de aproximadamente cuatro mil comisiones más de las que ya tenemos... Nos resta por realizar también la captación de información de comisiones mixtas que se registran en las Delegaciones Federales de Trabajo y cuya información no ha sido remitida a la Dirección General de Medicina y Seguridad en el Trabajo, por un lado,

9/ Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Subcomisión de Información y Estadística., Enero 10 de 1985., Mimeo.

y por otro lado, las solicitudes de registro de comisiones mixtas que se han presentado ante los gobiernos estatales en cada una de las entidades federativas." 10/

Esta situación está directamente relacionada también con el desconocimiento que se tiene respecto al número de establecimientos industriales, de trabajo que existen en el país.

Por ejemplo, el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un directorio de empresas el cual contempla aproximadamente 430 mil empresas en el país, sin embargo hay variaciones importantes, en el sentido de que no todas las empresas que están trabajando, están reportando su filiación al seguro.

De acuerdo al Artículo 223 de este Reglamento la STyPS deberá llevar una estadística nacional de riesgos de trabajo. Asimismo de acuerdo al Artículo 225 "las estadísticas serán integradas con los reportes de los riesgos ocurridos.

10/ Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Subcomisión de Información y Estadística. 27 de agosto de 1985., Mimeo.

Los patrones deberán hacer del conocimiento de las autoridades de trabajo los reportes conteniendo los datos que señalan los instructivos correspondientes."

Un problema definitivo que obstaculiza el funcionamiento de la STyPS en la prevención de los accidentes y enfermedades ocupacionales, es el flujo irregular de información respecto a los riesgos, como ya mencionamos - anteriormente, la STyPS registró sólo el 4.5% de los - casos captados por el IMSS en el año de 1983.

Esta situación se debe entre otras cosas, a que - las empresas interpretan equivocadamente el Artículo 60 de la Ley del IMSS.

Artículo 60. "El patrón que haya asegurado a los - trabajadores a su servicio contra riesgos de trabajo, que dará relevado en los términos que señala esta Ley, del cumplimiento de las obligaciones que sobre responsabilidad por esta clase de riesgos establece la Ley Federal del Trabajo."

El artículo se refiere a las obligaciones de los patrones respecto a las prestaciones, en especie y en - dinero que el patrón estaría obligado a proporcionar en

caso de no asegurar a sus trabajadores contra los accidentes y enfermedades ocupacionales, sin embargo se ha usado como excusa para no informar a la STyPS sobre los riesgos de trabajo ocurridos.

Así las cosas, no existe hasta el momento mecanismos de control, para que las empresas reporten los riesgos de trabajo ocurridos, y dada la diversidad de instancias previstas por el Instructivo No. 21 a las cuales - se les puede remitir la información (inspectores del trabajo, delegaciones federales de trabajo, junta de conciliación y arbitraje, etc) hacen que la información se disperse, se pierda.

La Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo se creó en el año de 1978 con el -- objeto de estudiar y proponer la adopción de medidas preventivas para abatir los riesgos de trabajo, compuesta por representantes del Estado, los sindicatos y los patrones.

En 1978 y 1979 se llevan a cabo algunos estudios importantes orientados a identificar los principales problemas en materia de riesgos de trabajo.

Sin embargo, es hasta 1983 cuando se reinstala la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo cuando se fortalecen las distintas subcomisiones (subcomisión de reglamentación, subcomisión de - instructivos, subcomisión de normas y la subcomisión de difusión) destinadas a estudiar la problemática sobre riesgos de trabajo.

Esto nos demuestra que en realidad el Estado hasta hace apenas pocos años se ha preocupado por el alto índice de ocurrencia de riesgos de trabajo.

3.3. Los 21 Instructivos relativos a las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

- INSTRUCTIVO No. 1.

Relativo a las condiciones de seguridad e higiene en los edificios y locales de los centros de trabajo.

Este instructivo relativo a las condiciones de seguridad e higiene de los centros laborales y cuyas disposiciones generales se centran en las características que deben guardar los techos, las paredes, los pisos, los patios, las escaleras, las rampas, las escalas fijas y los pasadizos parece ser que no es tomado en consideración por muchas empresas.

Los hechos ocurridos el pasado 19 de septiembre de 1985 nos demuestran con bastante claridad lo que son - las condiciones de seguridad e higiene en los centros laborales, por ejemplo el de los obreros de la industria del vestido y la confección.

Además de que las estadísticas elaboradas por el IMSS muestran que el 9.6%, 9.9%, 10.3% y 10.8% del total de accidentes reportados fueron ocasionados por los agentes referidos en este instructivo, para los años 1980,-1981,1982 y 1983 respectivamente.

- INSTRUCTIVO No. 2

Relativo a las condiciones de seguridad para la prevencción y protección contra incendios en los centros de trabajo.

Las disposiciones generales de este instructivo se centran en la prevención y protección contra incendios, aislamiento de las áreas, locales o edificios donde se manejen materias primas, productos o subproductos que implican alto grado de riesgo de incendio, característi-cas y especificaciones de las salidas normales y de emergencia, pasadizos, corredores, rampas, puertas y escaleras de emergencia, y equipo para la extinción de incendios.

Aquí la realidad se nos revierte, los hechos ocurridos en San Juan Ixhuatepec nos hace cuestionarnos lo -siguiente: ¿ Del total de establecimientos registrados cuántos contarán con el equipo necesario para la preven-

ción de incendios ? o ¿ Cuántos contarán con el equipo necesario para la extinción de incendios ? Los hechos ocurridos en San Juan Ixhuatepec nos señalan que los riesgos traspasan los límites de la fábrica y que la forma de organizar la producción significa un riesgo pero para la población en su conjunto.

Las estadísticas elaboradas por el IMSS muestran que el 0.7%, 0.8%, 0.7% y 0.7% del total de accidentes reportados fueron ocasionados por los agentes referidos en este instructivo, para los años 1980, 1981, 1982 y 1983 respectivamente.

- INSTRUCTIVO No. 3

Relativo a la obtención y refrendo de licencias para operadores de grúas y montacargas en los centros de trabajo.

Las disposiciones generales de este instructivo se centran en los requisitos necesarios para poder obtener y refrendar las licencias.

Las estadísticas elaboradas por el IMSS muestran que el 9%, 9.4%, 9.8% y 9.4% del total de accidentes reportados fueron ocasionados por los agentes referidos en este instructivo.

- INSTRUCTIVO No. 4

Relativo a los sistemas de protección y dispositivos de seguridad en la maquinaria y equipo de los centros de trabajo.

Las disposiciones de este instructivo se centran en los dispositivos de seguridad y protección en las partes móviles de la maquinaria y equipo de transmisión mecánica, los dispositivos de seguridad en el punto de operación del equipo de izar, los dispositivos de seguridad en los ascensores para carga, los dispositivos de seguridad de los montacargas, tractores y carretillas autopropulsadas de los transportes de carga, del equipo conectado eléctricamente a tierra.

Las estadísticas elaboradas por el IMSS muestran que el 38.1%, 37.1%, 37.4% y 37.2% del total de accidentes reportados fueron ocasionados por los agentes referidos en este instructivo, para los años 1980, 1981, 1982 y 1983 respectivamente.

Es necesario señalar aquí, que un factor indicativo de estos elevados porcentajes es, precisamente la falta de dispositivos de seguridad tanto en maquinaria y equipo.

Tenemos así que del total de riesgos de trabajo - ocurridos el 41.6%, 38.9%, 36.9% y 37.2% afectaron como región anatómica importante la mano, para los años 1980, 1981, 1982 y 1983 respectivamente.

- INSTRUCTIVO No. 5

Relativo a las condiciones de seguridad en los centros de trabajo para el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias inflamables y combustibles.

- INSTRUCTIVO No. 6

Relativo a las condiciones de seguridad e higiene para la estiba y desestiba de los materiales en los centros de trabajo.

Las disposiciones generales de este instructivo se centran en la delimitación, ventilación e iluminación de los espacios destinados para la estiba y desestiba y la altura de las estibas en relación con su estabilidad.

- INSTRUCTIVO No. 7

Relativo a las condiciones de seguridad e higiene para la instalación y operación de ferrocarriles en los centros de trabajo.

- INSTRUCTIVO No. 8

Relativo a las condiciones de seguridad e higiene para la producción, almacenamiento y manejo de explosivos en los centros de trabajo.

- INSTRUCTIVO No. 9

Relativo a las condiciones de seguridad e higiene para el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias corrosivas, irritantes y tóxicas en los centros de trabajo.

- INSTRUCTIVO No. 10

Relativo a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se produzcan, almacenen o manejen sustancias químicas capaces de generar contaminación en el ambiente laboral.

Los "niveles máximos permisibles" o "TLV's" de este instructivo fueron sacados directamente de la ACGIH (American Conference Governmental Industrial Hygienist. Threshold Limit Values and Biological Exposure Indices 1983-1984).

Lo cual presenta varios inconvenientes:

a) En primer lugar, los "niveles máximos permisibles o TLV's" de la ACGIH están considerados o calculados para jornadas de ocho horas diarias, cinco días a la semana, es decir, para cuarenta horas. En México la legislación establece 48 horas a la semana, además de que pese a la legislación es muy común que la jornada se prolongue más allá de las horas establecidas. Esto es muy notable en la industria de tres turnos, donde se le obliga al trabajador nocturno a trabajar regularmente ocho horas diarias lo que significa una hora de trabajo extraordinario al día." 11/

b) En segundo lugar, en México sólo se considera el valor promedio ponderado por el tiempo (TWA), sin tomar en consideración otros dos elementos o medidas adicionales como son:

- La exposición máxima permisible de quince minutos sin causar irritación, cambio crónico o irreversible de los tejidos.

- Y la concentración que no debe ser excedida aún en exposición instantánea.

11/ Laurel Cristina., Condiciones de Trabajo y Desgaste Obrero, en El Obrero Mexicano 2., Condiciones de Trabajo. Siglo XXI., 1986., pág. 26.

Dentro de los contaminantes (sólidos, líquidos y gaseosos) considerados en la Tabla No. 1 de este instructivo, están presentes algunos cuya toxicidad y riesgo es definitivo, por lo cual ni siquiera deberían existir máximos permisibles, por ejemplo:

a) El cloruro de vinilo, productor de neoplasias malignas. "El riesgo es inminente en el trabajador que está en contacto continuo con el cloruro de polivinilo, ya sea en el proceso de su obtención o paso del monómero (cloruro de vinilo) al polímero (cloruro de polivinilo)." 12/

En la legislación mexicana el nivel máximo permisible para este contaminante es de 25 ppm (partes por millón).

En la legislación norteamericana, según datos de la ACGIH está fijado su nivel máximo permisible a 0.5 - ppm.

b) Existen en la Tabla No. 1 de este instructivo, un total de 645 sustancias contaminantes, para las cuales están dadas los niveles máximos permisibles.

12/ STyPS., Condiciones del Trabajo. Cuadernos de Medicina Higiene y Seguridad, 1975., pág. 22.

Hay que destacar aquí que según datos de la OIT 13/ en 1975 se utilizaban de 500 mil a 600 mil productos químicos, de los cuales se habían clasificado aproximadamente 13 mil y sólo 500 tenían niveles máximos permisibles.

Para 1985, la situación no había cambiado sustancialmente, ya que según la misma fuente, se manejaban a nivel industrial un millón de sustancias químicas de las cuales sólo 630 tienen niveles máximos permisibles.

Con estas cifras es evidente que existe un subregistro importante de enfermedades de trabajo.

No es posible que solo se hayan reportado 236 y - 317 casos de meumoconisismo por sílice y silicatos, para 1982 y 1983 respectivamente, "cuando se sabe que la enfermedad se presenta necesariamente en el 100% de los trabajadores si se prolonga la exposición." 14/

13/ CIESS. Curso General de Salud en el Trabajo. Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo., Ing. Jesús Hernández Basilio., 1986.

14/ Laurell Cristina. Condiciones de Trabajo y Desgaste Obrero, en El Obrero Mexicano 2. Condiciones de Trabajo., Edit. Siglo XXI, 1986., pág. 43.

Además de que las neumoconiosis representa una enfermedad de trabajo para los obreros de las industrias extractivas como las minas de metales preciosos, minas de hulla, de arena, etc., asimismo para la industria de la transformación como la producción de cerámica, asbesto, cemento, productos refractarios, molienda de minerales no metálicos, etc.

Es necesario señalar que el IMSS no reporta para - - estos años ningún caso de cáncer, cuando la Jefatura de Medicina del Trabajo reconoce que "pueden producirse tumores malignos por inhalación de contaminantes mutagénicos, teratogénicos y cancerogénicos, que provocan hiperplasia, metaplasia o anaplasia en los tejidos del organismo. En estos casos se debe tener en cuenta que estas reacciones se presentan 20 ó 30 años después de haberse iniciado la exposición a contaminantes provenientes de metales como uranio, níquel, arsénico, berilio o hierro; de compuestos metálicos como cromatos de materiales fibrosos naturales y artificiales como asbesto y fibra de vidrio." 15/

15/ IMSS., Subdirección General Médica., Enfermedades broncopulmonares., pág. 17.

Es verdaderamente sorprendente que no se registre un solo caso de cáncer, cuando "el riesgo de muerte por cáncer del pulmón en trabajadores de la industria productora de asbesto y en otras industrias electrónicas y de aislamientos es aproximadamente once veces mayor que la población en general. Las sustancias responsables del surgimiento de la neoplasia son moléculas gigantes de silicones polimerizados incorporados o constituyendo parte de las fibrillas flotantes de asbesto en el área de trabajo." 16/

Otro ejemplo de subregistro, es el relativo a los casos de bronquitis industrial crónica. El IMSS reporta 190 y 219 casos para bronquitis, sinusitis, asma y laringitis para 1982 y 1983 respectivamente.

Sin embargo, hace apenas unos días, salió una nota periódica acerca de la Bronquitis Industrial Crónica que padecen los obreros en Aceros Ecatepec, que a continuación citamos:

16/ STyPS., Condiciones de Trabajo. Cuadernos de Medicina, Higiene y Seguridad., 1975, pág. 19

BRONQUITIS INDUSTRIAL CRONICA, COMUN
EN ACEROS ECATEPEC

SARA LOVERA. Seferino Pineda padece un alto grado de bronquitis industrial crónica, sin embargo tendrá que esperar cinco años, en opinión de la Sección 219 del Sindicato Minero-Metalúrgico, para optar por el retiro voluntario que se ofrece a los 18 años de labores insalubres y que garantiza el contrato colectivo. Este derecho es negado hoy a más de mil trabajadores. Solamente ocho, de Aceros Ecatepec, se han organizado para hacerlo efectivo, después de cinco años de insistir.

La bronquitis industrial crónica se adquiere en el departamento de galvanización de la fundidora del Estado de México. La empresa y la Sección 219 han sido llamadas a responder en la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje al derecho de Pineda y otras siete personas. Sin embargo, el representante sindical se niega a reconocer el retiro voluntario. El contrato no obstante, está vigente.

Además de que se viola el contrato de los trabajadores en este aspecto, la dirigencia sindical permite otras irregularidades. Desde hace una semana que el departamento de galvanización está inactivo por falta de seguridad. La nave está vieja, no hay sistema que elimine los gases contaminantes y la planta galvanizadora se repara pocas veces.

El argumento de la empresa Aceros Ecatepec para negar el retiro voluntario a los trabajadores es que no tiene dinero. Sin embargo, el examen de fisiología hecho por el Centro Médico a Seferino Pineda indica que éste padece en un 73% la enfermedad referida desde hace

cinco años; de Alfonso Vista, se localizó un grado de 63%; de Antonio Luis Vázquez, de 58%; de Juan Sosa Ramírez de 10%; de Sebastián Estrada, Domitilo Modesto, Epifanio Espinoza y Arturo Ramírez, el grado supera el 40%.

Durante la audiencia en la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, el sindicato (de donde Roberto Agueda es secretario general de la sección 219, aunque será sustituido por David Velázquez) en voz de Luis Castañeda señala que "no tienen derecho" y que "cada uno de ellos está como 300 lugares atrás de los solicitantes". Admite así que en la práctica la conquista del retiro voluntario, cláusula 191 del contrato, está anulada. Lo mismo sucede en otras empresas del Sindicato Nacional que dirige Napoleón Gómez Sada.

Los demandantes explicaron que hace años pidieron al sindicato la aplicación del contrato, pero se cansaron de hacer solicitudes y por ello acudieron a las autoridades del trabajo. En Aceros Ecatepec se funde acero: más de mil trabajadores están expuestos a la contaminación y existe la posibilidad de que pronto se atente contra el empleo de todos, porque la empresa pretende hacer un recorte de personal. Los quejosos responsabilizaron al sindicato y a la empresa de la muerte en cadena que puede provocar la bronquitis industrial crónica. Recordaron que fueron los mineros los que desde hace 73 años demandaron higiene y seguridad en el trabajo, pero las cláusulas del contrato continúan violándose." 17/

17/ Sara Lovera., "Bronquitis Industrial Crónica, común en Aceros Ecatepec"., 3 de mayo de 1986. La Jornada.

c) Otra cuestión importante a señalar es que la Oficina Sanitaria Panamericana ha señalado dentro de la "doctrina de Nocivos" a 9 compuestos químicos, todos son plaguicidas, y todos se encuentran en el país.

Estos nueve plaguicidas incluidos dentro de la Tabla No. 1 son:

- Insecticidas

Orgánico fosforados (Malathion, Parathion)

Carbamatos (Carbaryl Baygon)

Orgánico Clorados (derivados del etano como

DDT, ciclodienos como Aldriny hexaclorohexanos como Lindano).

- Rodenticidas:

Sulfato de Talio

Warfarínicos

Fluoroacetato de Sodio

Arsenucales y Mercuriales

- Nematicidas:

Dibromocloropropano

Ditiocarbamatos

- Herbicidas

Nitrogenados - heterociclicos (Triazinas)

Dipiridilos (Paraquat y Diquat)*

(* Estos están prohibidos en Estados Unidos).

- Conservadores
Pentaclorofenol
Cloruro de Metilo

"Las intoxicaciones por este grupo de compuestos son de tipo agudo, ocasionadas por la ingestión accidental, contaminación o exposición masivas durante la aplicación de plaguicidas y fumigación agrícola. Algunos plaguicidas producen efectos tardíos y alteraciones irreversibles en diversos órganos. Por sus propiedades biocidas y uso indiscriminado, representan también un riesgo ecológico."

18/

INSTRUCTIVO No. 11

El relativo a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se genere ruido.

Para el caso que nos ocupa, tenemos un claro ejemplo de cómo la legislación mexicana es menos rigurosa al respecto de los niveles máximos permisibles. Tenemos a continuación una tabla donde están fijados los niveles máximos permitidos según la OSHA, la ACGIH y la STYPS.

18/ Pérez Lucio., Clasificación de las intoxicaciones de Trabajo más frecuentes en nuestro medio. Mimeo s/f CIEES, pág. 4-6.

O S H A * 19/		A C G I H		S T y P S	
TIEMPO PERMITIDO (hrs)	NIVEL SONORO (dba)	TIEMPO PERMITIDO (hrs)	NIVEL SONORO (dba)	TIEMPO PERMITIDO (hrs)	NIVEL SONORO (dba)
16	85	16	80	8	90
8	90	8	85	4	95
4	95	4	90	2	96
2	100	2	95	1	99
1	105	1	100	0.5	102
0.5	110	0.5	105	0.25	105
0.25	115	0.25	110		

* Recordando que los cálculos de la OSHA están hechos para jornadas de 8 horas diarias, durante cinco días a la semana.

La clasificación de las hipoacusias es:

a) El trauma acústico agudo (producido por accidente de trabajo) producido por lesión directa por proyección de líquidos o partículas sólidas, por traumatismo craneano, por sonidos transitorios de gran magnitud o por cambios bruscos de presión atmosférica y;

b) El trauma acústico crónico (producido por enfermedad de trabajo) producido por sonidos transitorios de gran magnitud repetitivos, por metales (plomo, mercurios, arsénico) por disolventes orgánicos (alcoholes, -

19/ Consejo Interamericano de Seguridad., Noticias de Seguridad. Lineamientos para el cumplimiento de las reglamentaciones sobre ruido propuestas por la OSHA., 1979., pág. 5

tetracloruro de carbono, tricloroetileno, disulfuro de carbono, benceno) y monóxido de carbono.

Existen cuatro etapas fundamentales dentro del trauma acústico crónico.

Primera etapa: fatiga de las células ciliadas (reversible y asintomática).

Segunda etapa: latencia total, destrucción de las células ciliadas (no reversible y asintomática).

Tercera etapa: destrucción de las células ciliadas (hipoacusia moderada).

Cuarta etapa: sordera manifiesta (hipoacusia profunda dificultad para la comunicación oral, deterioro en la producción del lenguaje).

Para 1982 y 1983 el IMSS reportó 241 y 398 casos de sordera traumática únicamente, esta cifra no puede ser reflejo de la realidad, ya que en la industria textil, - según datos reportados por la SPP 20/ tenemos 47,762 y 43,195 obreros ocupados, sólo por mencionar una de las ramas de actividad económica donde la presencia de ruido 20/ SPP, Encuesta Industrial Mensual, 1982 y 1983.

rebasa los límites permisibles establecidos.

Las hipoacusias son asintomáticas, lo cual nos hace pensar que se requerirían hacer evaluaciones o pruebas - audiométricas anuales a los trabajadores que están expuestos a niveles de ruido superiores a los 85dbA. Uno de los instrumentos para medir los dbA, a los que están expuestos los trabajadores, es el dosímetro, "tal instrumento debe ser liviano y fuerte, como para que pueda ser usado por el trabajador o colocado sobre un trípode. Puede tener un micrófono condensador de 1.3 cms. que puede adosarse directamente al instrumento para efectuar mediciones sobre el lugar donde trabaja el operario y para controlar áreas de ruido altos que sobrepasan al límite superior de 115 dbA". 21/ Este instrumento cuesta actualmente entre 1800 y 1700 dólares.

- INSTRUCTIVO No. 12

Relativo a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se manejen, almacenen o transporten fuentes generadoras o emisoras de radiaciones ionizantes capaces de producir contaminación en el ambiente laboral.

21/ Consejo Interamericano de Seguridad., Noticias de Seguridad., Lineamientos para el cumplimiento de las reglamentaciones sobre el ruido propuestas por la OSHA, 1979., pág. 6

- INSTRUCTIVO No. 13

Relativo a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo donde se generen radiaciones electromagnéticas no ionizantes.

Justamente a propósito de lo que no se presenta en las estadísticas, tenemos el ejemplo referido a estos dos instructivos anteriores. Existiendo la clasificación correspondiente como agente de la lesión (sustancias y -- equipo radioactivo) tenemos que no aparecen ni por equivocación riesgos de trabajo ocurridos cuyo agente de la lesión sea el mencionado.

Sin embargo, dentro de las industrias que producen radioactividad tenemos las que manejan sustancias para la esterilización y las de las radiografías industriales o médicas.

En 1977, el Centro Médico de Especialidades de Ciudad Juárez, adquirió una unidad de radioterapia contra el cáncer con fuente de radioactividad de cobalto 60.

Al no ser utilizada ésta unidad, seis años después fue vendida a un "yonque" donde adquirieron material para función las empresas Aceros de Chihuahua y Falcón de Juárez, S.A.

Según estudios hechos por la Comisión de Seguridad Nuclear, los trabajadores de ambas fundidoras no recibieron dosis peligrosas de radiación.

"Por el contrario, los trabajadores del yunque sí se expusieron a cantidades considerables. Cinco recibieron más de 50 rem en un período de cuarenta días, dos de ellos estuvieron expuestos a 635 rem en ese tiempo.

El primer indicador para las dosis estimadas es una disminución en la concentración de leucocitos en la sangre, que se empieza a notar cuando se reciben entre 25 y 50 rem en forma aguda (de una sola vez). Otro indicador biológico son las rupturas cromosómicas en células sanguíneas, lo que se comprobó al analizar muestras de sangre de los trabajadores. Si consideramos que la dosis letal media para el ser humano es de 450 rem recibidos en menos de dos días, entonces ninguna exposición fue mortal.

Los que sí se presentaron fueron tres casos de esterilidad, en dos de los cuales es probable la recuperación de la fertilidad y en el otro posible.

La camioneta que transportó la fuente de cobalto del Centro Médico al yunque permaneció abandonada por cincuenta días en la calle de Aldama, hasta que fue localizada por personal de esta Comisión y alejada del sitio. Dos de los vecinos de esa calle recibieron entre 100 y 200 rem y otros dos entre 600 y 800, lo que pudo establecerse al realizar un conteo de las células que presentaban rupturas cromosómicas en muestras de sangre, pues estas personas fueron detectadas inmediatamente al presentar síntomas de debilidad y ennegrecimiento de las uñas. Actualmente se encuentran aparentemente sanas y bajo control médico, pero tienen una probabilidad mayor de la normal de que se desarrolle en su organismo algún cáncer fatal"

22/

- INSTRUCTIVO No. 14

Relativo a las condiciones de higiene y seguridad - para los trabajadores que laboren a presiones ambientales normales.

- INSTRUCTIVO No. 15

Relativo a las condiciones térmicas ambientales extremas, elevadas y abatidas en los centros de trabajo.

22/ Martínez Tejeda A., "Varilla Contaminada: Ocultamiento e Ignorancia, en Revista de Información Científica y Tecnológica., CONACYT, pág. 5 Abril 1985.

Este instructivo considera dos índices:

a) El índice de globo de bulbo húmedo, para condiciones térmicas ambientales elevadas (Tabla 1), y

b) El índice de sensación térmica para condiciones térmicas abatidas. (Tabla 2).

Este índice sólo considera dos variables:

- La temperatura del aire
- La velocidad del aire.

Sin embargo hemos de señalar que ambos índices son deficientes ya que para calcular tanto las condiciones térmicas abatidas como las elevadas, es necesario considerar 7 factores:

- la temperatura del aire
- la velocidad del aire
- la humedad del aire
- la temperatura radiante
- el calor metabólico
- aislamiento personal
- el tiempo de exposición.

El mejor índice, es el índice de stress al calor, ya que considera para su cálculo los siete factores señalados anteriormente. 23/

23/ CIESS., Curso general de salud en el trabajo. Condiciones Térmicas., Ing. Nadia Mayola., 1986.

Los valores establecidos tanto en la Tabla No. 1 como en la Tabla No. 2, son la traducción de la "Thershold Limit Values for Chemical Substances and Physical Agents in the Workroom Environment with Intented Changes for - 1979" de la ACGIH.

- INSTRUCTIVO No. 16

Relativo a las condiciones de seguridad e higiene en los centros de trabajo referente a ventilación.

-INSTRUCTIVO No. 17

Relativo a los requerimientos y características del equipo de protección personal para los trabajadores.

- INSTRUCTIVO No. 18

Relativo a los requerimientos y características de regaderas, vestidores y casilleros en los centros de trabajo.

- INSTRUCTIVO No. 19

Relativo a la constitución, registro y funcionamiento de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

- INSTRUCTIVO No. 20

Relativo a los requerimientos y características de los botiquines para primeros auxilios en los centros de trabajo.

CAPITULO CUATRO
ACERCA DE LA CONCEPTUALIZACION DE LOS RIESGOS
DE TRABAJO EN MEXICO

ACERCA DE LA CONCEPTUALIZACION DE LOS RIESGOS DE TRABAJO EN MEXICO

Una de las formas claras donde no existen estimaciones veraces del número total de individuos enfermos, lesionados o muertos, como resultado de la actividad industrial, es el conteo oficial de los accidentes y enfermedades profesionales.

¿ Cómo se llevará este conteo oficial, cuando sabemos que este sistema de datos ignora una buena parte de los riesgos de trabajo ocurridos ?

Para comprender las razones detrás de esta permanente y continúa recopilación de información poco veraz, debemos examinar quién colecciona las estadísticas, cuáles son sus métodos y qué uso hace de sus resultados.

En este capítulo se tratará de analizar cómo la estructura de estos sistemas de datos, desde la recopilación hasta la difusión de los mismos, se enmarcan dentro de la conceptualización que de los riesgos de trabajo - tienen las instituciones productoras de datos sobre accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.

Conceptualización que responde al enfoque unicausal-multicausal de explicación del proceso salud-enfermedad en general.

Una concepción o lema imperante dentro de las instituciones productoras de datos es: cuando la verdad contradice las concepciones oficiales ésta es ignorada o negada.

De esta manera, una forma de negar un problema es no tener ningún registro de él, por lo cual, mientras los patrones sean los que proporcionen los datos, seguirá encubriéndose la incidencia verdadera de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

¿ Qué pasa con los sistemas de información sobre riesgos de trabajo que actualmente operan en nuestro país ?

Desde mi punto de vista creo que han sido diseñados para mantener registros que muestren que el problema está siendo resuelto, sea o no verdad.

En México existen dos instituciones donde se ubican principalmente los servicios vigentes en materia de estadísticas sobre riesgos de trabajo: el IMSS que cubre aquellas empresas cuyos trabajadores están bajo su régimen de seguridad social y cuyo servicio estadístico se basa en el aprovechamiento de los registros administrativos correspondientes; y la STyPS que pretende cubrir a todas las empresas mediante un procedimiento obligatorio y con t í n u o que afronta severas limitaciones.

Existen también otras instituciones que generan estadísticas continuas y sistemáticas sobre riesgos de trabajo: CFE y PEMEX.

4.1. El instructivo No. 21 relativo a los requerimientos y características de los riesgos de trabajo que ocurren para integrar las estadísticas.

La STyPS que está jurídicamente facultada (según la Ley Federal del Trabajo y el Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo) para recopilar datos de todas las empresas del país, cuenta actualmente con un servicio estadístico muy limitado, debido fundamentalmente a:

- La escasa respuesta que recibe de patrones y empresas a la obligación de informar sobre sus riesgos de trabajo.

- Las limitaciones de recursos humanos y financieros que le impiden ejercer un control eficiente sobre el cumplimiento de dicha obligación.

- Las deficiencias del instructivo No.21 que es el instrumento a partir del cual las empresas deben reportar sus riesgos de trabajo.

¿ Cuáles son esas deficiencias?

a) El instructivo habla de dos tipos de reportes: un aviso por escrito (punto 1 y 2) y un informe - - (punto 7), sin establecer con claridad suficiente cuál deba ser el procedimiento que los patrones deben seguir para cumplir con estas disposiciones.

El texto del instructivo es, a este respecto, ambiguo y confuso al grado tal que, en algún momento, no es fácil identificar si se trata de un sólo reporte o de dos. Parece que está elaborado para confundir a los patrones y no para facilitarles el cumplimiento de su obligación.

Un ejemplo patente de esta ambigüedad, lo es el punto 5, el cual señala que la UCPEET (Unidad Coordinadora de Políticas, Estudios y Estadísticas del Trabajo) será el encargado de la recopilación de los "avisos", siendo que en realidad, es el órgano encargado de la recopilación de los "informes" (formas CM 2A y CM 2B).

b) El instructivo señala -en el punto 1- a qué autoridades del trabajo podrían dirigirse los patrones para dar aviso sobre los accidentes ocurridos. Se señalan cinco instancias distintas y opcionales lo cual complica la concentración de los datos en el órgano encargado de computarlos y procesarlos.

Además de que el instructivo no establece, en ninguna parte, qué procedimientos deberán seguir tales instancias para hacer llegar a la UCPEET los informes recabados.

Como se ve, estas deficiencias ya a nivel operativo complican el procedimiento y reducen la posibilidad de generar estadísticas confiables y oportunas sobre riesgos de trabajo.

c) El instructivo señala -en el punto 10- que la STyPS proporcionará a los patrones los ejemplares de las formas CM 2A y CM 2B; sin embargo no establece cómo ni dónde pueden ser obtenidos tales ejemplares. Si se toma en cuenta que la carencia de un mecanismo administrativo eficaz que facilite la distribución de las cédulas a los centros de trabajo, ha sido una de las principales causas de la insuficiencia de las estadísticas sobre riesgos de trabajo que genera la STyPS, el texto del instructivo No. 21 viene a acrecentar el problema.

d) El instructivo señala -punto 1- que los patrones deben dar aviso sobre accidentes y enfermedades de trabajo. Sin embargo las formas CM 2A y CM 2B no consideran en ningún caso la captación de información respecto a enfermedades ocupacionales.

No sucede así con la información que debe contener el aviso (punto 2), para el cual se preveen algunos rubros relativos a enfermedad. No obstante el Instructivo no precisa qué deberán entender el patrón por "enfermedad de trabajo". El instructivo es muy deficiente, desde el punto de vista conceptual, ya que en ningún momento instruye a los patrones acerca de los hechos y fenómenos que se pretenden captar.

e) El encabezado de la forma CM 2B señala que ésta debe ser presentada dentro de las 72 horas siguientes a que se tenga conocimiento del accidente de trabajo terminado (alta médica o defunción del trabajador). Sin embargo, el texto del instructivo no señala nada al respecto. Este hecho hace aún más confuso dicho instructivo y adicionalmente no define con claridad suficiente qué debe entender el patrón por "accidente terminado".

f) Las formas CM 2A y CM 2B que se publicaron en el Diario Oficial del 28 de marzo de 1983, como anexo al Instructivo No. 21, presentan los siguientes problemas:

i) El formato CM 2A que se publica está incompleto. No incluye el rubro 31 (dejó de trabajar uno o más días a consecuencia del accidente), ni la sección de datos generales completa (la cual incluye seis rubros).

ii) Se alteró la secuencia del formato original, sin consultar a la UCPEET encargada de compilarlo y procesarlo, lo cual afecta los programas existentes para la revisión, codificación y procesamiento de datos.

iii) Las hojas correspondientes a este formato aparecen erróneamente compaginadas en la publicación del Diario Oficial y en la publicación del Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo, lo cual complica su identificación y desde luego, dificulta la comprensión de los patrones acerca de su obligación.

APARECE		DEBE APARECER	
Pág. D.O.	Preguntas	Pág. D.O.	Preguntas
68	33-48	67	1-22
69	23-32	68	23-32
70	1-22	69	33-48

iv) Además la forma CM 2B aparece antes que la CM 2A debiendo aparecer al final.

v) Varios de los rubros a captar no aparecen con el numeral que les corresponde, lo que dificulta la identificación de la secuencia.

g) Respecto a la publicación del Instructivo - No. 21 correspondiente a 1985, las cosas no cambiaron subtancialmente, además de presentarse todas las deficiencias anteriores, no se publicaron esta vez las preguntas 33 a 48.

¿ Qué es lo que pasa en la STyPS ?

En primer lugar, las estadísticas que publica no son factibles de usarse, ya que dada su calidad y cobertura representaron para 1983 sólo el 4.5% del total de casos reportados por el IMSS.

En segundo lugar, dentro de la subcomisión de información y estadística de la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, se estuvieron llevando a cabo un conjunto de trabajos con el objeto de modificar el instructivo No. 21 vigente hasta el momento, sin embargo, por "disposiciones superiores" no se permitirá la inclusión del rubro referido a enfermedades profesionales.

He de suponer que esta negativa a la petición que hicieron los representantes de la CONCAMIN por medio de la cual objetaban las modificaciones que se proponían hacer al instructivo.

4.2. PEMEX, IMSS, STyPS, CFE

¿ Diferentes formas de abordar la conceptualización de riesgos de trabajo ?

Efectivamente al analizar comparativamente los instrumentos de captación de datos sobre riesgos de trabajo que se utilizan en las diversas dependencias encontramos:

- Diferencias en cuanto al número y naturaleza de las variables.
- Heterogeneidad conceptual.
- Distintas clasificaciones para una misma variable.
- Diferente denominación de las variables aunque conceptualmente signifiquen lo mismo.
- Los formatos están diseñados para responder a necesidades particulares de información.
- Es evidente que los formatos utilizados, salvo algunos pocos, presentan una clara tendencia a captar - exclusivamente información sobre accidentes de trabajo, lo cual origina en gran parte, el subregistro existente en lo relacionado a datos sobre enfermedades ocupacionales.

Los formatos analizados son:

DEPENDENCIA	CLAVE	NOMBRE
IMSS	MT-1	Aviso para calificar probable riesgo de trabajo.
	MT-2	Dictámen de alta por riesgo de trabajo.
	RPM-15	Control de riesgos ocurridos.
CFE	IAT	Informática de reanudación de labores.
PEMEX	T-20-1	Estadística de accidente de trabajo.
	T-20-2	Sin nombre (cédula desprendible).
STyPS	CM 2A	Reporte de accidente de trabajo.
	CM 2B	Datos adicionales al reporte de accidente de trabajo.

Las características de los formatos utilizados por el IMSS son las siguientes:

MT-1

Se destina básicamente para que el patrón reporte al Instituto todos los accidentes que le ocurran a sus trabajadores y calificar a partir de los datos asentados en el formato, si se trata o no de un riesgo de trabajo.

"La experiencia que existe a la fecha nos demuestra que la información patronal, a través de los avisos de accidente, en la reclamación de los daños de trabajo es deficiente y distorsionada, lo que indica la necesidad de entrevistar al asegurado lesionado, para aclarar las circunstancias que concurrieron en el riesgo acaecido, y así establecer con mayor certeza y confiabilidad, tanto la profesionalidad del mismo como la recolección de los datos reportados. Estamos conscientes que esta actividad no puede lograrse en todos los casos por las condiciones en que se presentan en la adscripción los asegurados, lo que no hará posible entrevistar a todos los lesionados, que reclamen el daño." 1/

1/ IMSS, Unidad de Bioestadística. Los subsistemas de información de los riesgos de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social., 1983., pág. 49 .

La Mt-1 se divide en los apartados siguientes: -- datos del patrón, datos del trabajador, datos del riesgo de trabajo, dictámen de calificación y dictámen de recaída por riesgos de trabajo.

Este formato no está precodificado y sirve como documento fuente para llenar el RPM-15.

MT-2

Este formato se utiliza cuando se da de alta al trabajador que sufrió un riesgo de trabajo. Se divide sólo en tres apartados: datos del asegurado, datos de la empresa y datos del riesgo de trabajo.

La cobertura informativa es más limitada que la de la MT-1 dado que sólo tiene como finalidad reportar las altas médicas de los riesgos atendidos.

Al igual que la MT-1 no se encuentra precodificado, utilizándose como documento fuente para el llenado del RPM-15

RPM-15

Este formato se utiliza desde 1970 para introducir al equipo de cómputo los datos de los riesgos de trabajo reportados.

Se encuentra precodificado y se solicitan algunos datos del patrón, del trabajador y del riesgo de trabajo. Su cobertura informativa es muy limitada, debido fundamentalmente a:

- La falta de captación de datos, motivada por dificultades técnicas de clasificación y registro oportuno, de empresas y/o trabajadores caracterizados por movimientos dinámicos de cambio.

- El subsistema de información sólo muestra estadística correspondiente a casos considerados como "profesionales" por los médicos de medicina del trabajo. Tomando en consideración que existen actualmente 400 médicos especialistas en medicina del trabajo a nivel nacional en el Instituto. 2/

- El subsistema solo procesa información de casos de riesgos de trabajo que hayan sido dados de alta dentro de períodos anuales previamente determinados y que hayan presentado alguna de las siguientes características:

2/ IMSS, Jefatura de Medicina del Trabajo., Sector Central., Delegación No. 2., 1986.

i) Al menos un día de incapacidad temporal para el trabajo.

ii) Una incapacidad permanente (total o parcial) con o sin incapacidad temporal previa.

iii) Una defunción con o sin incapacidad temporal previa.

iv) Recaidas derivadas por un mismo caso de riesgo de trabajo.

- Algunos casos considerados como dados de alta o terminados por los niveles operativos de la institución, no son turnados oportunamente al área de captura, configurando por lo tanto rezagos y pérdidas de información.

- Los sistemas de administración establecidos para el seguimiento y control de la información fuente (RPM-15) no surten la eficacia esperada, en tanto se presentan deficiencias en su manejo y operación que dificultan una correcta congruencia entre número de casos terminados (formas RPM-15), casos captados (formas RPM-15) y casos procesados (formas RPM-15 gravadas en dispositivos magnético).

A partir del año de 1984, el informe mensual de actividades básicas del servicio de medicina del trabajo, modifica su estructura, contando a partir de éste año con cuatro formatos:

- 4-30-13 a/83 -51 Informe mensual de actividades.
- 52 Relación mensual de casos de enfermedades de trabajo calificadas.
- 53 Relación mensual de casos de defunción por riesgo de trabajo.
- 54 Relación mensual de casos valuados con incapacidad permanente.

Estos informes mensuales de actividades básicas de los servicios de medicina del trabajo forman parte del Sistema Unico de Información del IMSS (SUI) y según la Unidad de Bioestadística, de la Jefatura de Medicina del Trabajo, "los datos del informe mensual, servirán para contar con la estadística relacionada con los riesgos de trabajo y sus consecuencias, así como lo referente a los estados de invalidez, éste permitirá disponer de información que apoye las acciones de planeación, programación institucional, en el área de medicina del trabajo. El objetivos es: obtener información mensual, cuatrimestral y anual sobre las actividades realizadas por los servicios de medicina del trabajo para apoyar las accio-

nes de planeación y control encomendadas a los distintos niveles de operación de los servicios de medicina del trabajo." 3/

A partir de marzo de 1984 la Jefatura de Medicina del Trabajo empezó a contar ya con los "primeros reportes preliminares de salida del mes de enero del mismo año." 4/

En relación a los formatos utilizados en la CFE se tienen los siguientes:

IAT

Se divide en los siguientes rubros: datos de identificación del centro de trabajo, datos del accidentado, del accidente como tal y calificación de peligrosidad potencial.

El formato se encuentra precodificado y se usan - una serie de códigos impresos al reverso para anotar las respuestas a ciertos puntos incluidos en él.

Contiene una gran cantidad de datos para cuantificar los riesgos reportados y tiene una cédula desprendi-

3/ IMSS., Unidad de Bioestadística. Los Subsistemas de información de los riesgos de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social., 1983., pág. 102.

4/ Ibidem., pág. 101.

ble para anotar ciertos datos cuando el trabajador es -
dado de alta y se presenta a sus labores.

RRL

Es la cédula desprendible del IAT. Presenta algunos datos de identificación del centro de trabajo y de la persona accidentada, asimismo, se menciona el tipo de incapacidad, la fecha del accidente y la fecha de reingreso del trabajador a su centro de trabajo.

El acceso a la información de la CFE es muy limitado.

En cuanto a los formatos utilizados en PEMEX sus características principales son:

T-20-1

Cuenta con espacios precodificados para asentar la mayoría de las respuestas, sin embargo, los códigos a utilizar se manejan por separado del formato lo cual -
dificulta el conocimiento de las clasificaciones y lo que conceptualmente entienden por algunas variables.

Además aún cuando las preguntas guardan cierto orden y estructura, no se encuentran diferenciadas unas de otras en rubros generales, sino que se presentan en forma continua lo cual dificulta el análisis.

Al igual que el formato de CFE tiene una cédula - desprendible que contiene datos relacionados con los daños en tiempo y costo que originó el accidente.

T-20-2

Es la cédula desprendible del T-20-1 y contiene - entre otros los siguientes datos: importe de la indemnización, días indemnizados, importe aproximado de los servicios médicos, tipo de incapacidad, etc.

Una cuestión notoria del formato de PEMEX es que tiende a resaltar los "actos inseguros" como responsables de la ocurrencia de los riesgos de trabajo, esto es tan significativo que "de acuerdo a la propia institución, - durante 1985, los accidentes personales en nuestra área, ocurrieron en poco más de 90% por actos inseguros y menos del 10% por condición insegura." 5/

5/ La Jornada. "Se han reducido los accidentes de trabajo asegura PEMEX", 10 de junio de 1986.

Podemos afirmar que de los distintos sistemas de información que sobre riesgos de trabajo existen:

- Las estadísticas disponibles sobre riesgos de trabajo presentan el punto de vista y los intereses de la institución que las genera.

- Los cuadros que aparecen publicados en las ediciones destinadas a su difusión pública son pobres - respecto a la potencialidad del instrumento de captación y limitan grandemente las tareas de investigación y análisis.

- El acceso a otras estadísticas distintas a las del IMSS o de la STyPS es muy limitado.

- A pesar de que algunas de ellas consideran variables para cuantificar las enfermedades de trabajo, centran sus esfuerzos en la captación de datos sobre accidentes de trabajo.

- Algunas otras resaltan los "actos inseguros" como responsables de la ocurrencia de los accidentes de trabajo.

Después de haber señalado cuáles son las características de los distintos formatos de captación analizados retomaremos lo dicho al inicio de este trabajo.

En realidad estas distintas formas de abordar la conceptualización de riesgos de trabajo es aparente.

Si bien existen las diferencias señaladas en cuanto a variables, número de las mismas, heterogeneidad conceptual, diferente denominación de las variables, la manera en cómo cada una de las instituciones aborda esta conceptualización está referida al mismo marco teórico conceptual, es decir el enfoque unicausal-multicausal de explicación del proceso salud-enfermedad.

CAPITULO CINCO
HACIA UNA CONCEPTUALIZACION DIFERENTE

HACIA UNA CONCEPTUALIZACION DIFERENTE

¿ Cómo conceptualizar de manera distinta los riesgos de trabajo ?

En primer lugar, quiero enfatizar el hecho de que la participación de los trabajadores, tanto en la investigación de sus condiciones de trabajo, así como en el diseño de medidas para disminuir los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, es imprescindible - ya que sólo de esta forma podrá garantizarse un enfoque adecuado y una vigilancia permanente de los riesgos de trabajo.

Sólo en la medida en que los trabajadores participen se podrá entablar una discusión con el enfoque multi-causal para explicar los riesgos de trabajo, demostrando que el problema es un problema colectivo, social y que no basta una infraestructura médica adecuada ni un equipo de salud especializado.

Se ha recurrido como hemos visto a diferentes mecanismos de captación de datos sobre riesgos de trabajo, sin embargo en la medida en que los datos sean reunidos por los patrones, seguirá encubriéndose la incidencia verdadera de accidentes y enfermedades ocupacionales.

Por ello no sólo debe lucharse por cambiar la conceptualización de riesgos de trabajo, sino por un conteo oficial exacto de accidentes y enfermedades de trabajo.

Por lo cual será necesario participar en:

- La elaboración e implantación de los programas de salud y seguridad en el trabajo.
- El conteo de los riesgos de las empresas
- Las inspecciones de higiene industrial.

La utilización de enfermedades ocupacionales como causa de muerte en los certificados de defunción ya que las enfermedades profesionales rara vez se mencionan en éstos, de manera que, el hecho de que una fábrica particular sea peligrosa, se hace patente sólo cuando se realiza un estudio detallado de los trabajadores expuestos.

- En la clasificación y determinación de los valores límite de umbrales para fijar los tiempos máximos de exposición a tóxicos.

Al inicio nos preguntamos cómo conceptualizar de manera distinta los riesgos de trabajo y es a Cristina Laurell a quien ha correspondido proponer: "proceso de trabajo como categoría analítica central y avanzar en el análisis de la relación entre trabajo y salud más allá del ámbito del consumo, que toma el trabajo en cuanto generador de recursos que determinan una manera específica de satisfacer necesidades y del concepto de stress como condensación no diferenciada de las categorías sociales en el capitalismo avanzado. Así analizar el problema - desde la perspectiva del proceso de trabajo tomado éste como proceso social y técnico, permite comprender qué es la explotación del trabajo y cómo esta explotación desgasta, daña y aniquila al trabajador, abriendo la posibilidad de entender que el proceso de trabajo no se limita a afectar a quienes están directamente a el ámbito restringido de una fábrica o taller, sino que define y explica la distribución y la magnitud de los daños a la salud para la sociedad entera y los perjuicios de la naturaleza." 1/

1/ Berman M. Daniel., Muerte en el trabajo., Edit. Siglo XXI, México 1983., pág. 10.

Dentro de las estadísticas, la forma como están - conceptualizados los riesgos de trabajo, está determinada por la forma como se conceptualiza el proceso salud-enfermedad. Así las cosas, no sólo existen limitantes en - cuanto a la captura, como se ha señalado anteriormente, - sino en cuanto a la conceptualización de lo que son los - accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales.

En el caso de las variables y conceptos contenidos en los informes sobre riesgos de trabajo en México, está presente el American National Standarts Institute (ANSI).

"ANSI es una organización protectora que sirve para legitimar los reglamentos desarrollados por la industria privada en muchas áreas, además de la seguridad y de la salud ocupacional. De hecho denomina sus reglamentos - American National Standarts, como si hubieran sido promulgados por un cuerpo gubernamental oficial. Las normas del ANSI tienen a ser indulgentes con las empresas. Las normas para medir los accidentes de trabajo, por ejemplo, - fueron originalmente creadas por los estadísticos del gobierno y posteriormente fueron tomadas por los intereses del sector privado. Hasta la aprobación de la OSHA era la única medida de los índices de accidentes de trabajo en los Estados Unidos. Después de que pasó a manos del

sector privado en los años veinte, fue redefinida de contenido para menospreciar a la incidencia de los accidentes de trabajo, y no incluía ninguna categoría para las enfermedades de trabajo." 2/

Así las cosas, conceptualizar los riesgos de trabajo desde la perspectiva del materialismo histórico, significa en esencia poner al descubierto que los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales son, como lo explica Ferraretti "el espía de las contradicciones - sociales".

Ahora bien, plantear una nueva conceptualización de riesgos de trabajo a nivel operativo, es decir, del formato para la captura de los mismos, es una tarea diffcil, sin embargo, en la medida en que se avance en la definición de lo que constituye una muerte o lesión ocasionada por el trabajo y en la medida en que los patrones no sean únicamente los responsables de reportar las lesiones o enfermedades que ocurren en el trabajo, sino que sean los trabajadores los que también participen en esta tarea, se podrá garantizar la exactitud de los reportes.

2/ Ibidem., pág. 96.

Sabemos que actualmente no sólo no se ha llevado a cabo una investigación nacional sobre el tema de riesgos de trabajo, sino que los datos son más o menos fragmentarios y sólo de valor aproximativo.

Se han utilizado una serie de enfoques diferentes para obtener información sobre los riesgos ocurridos, - como vimos en el capítulo anterior, sin embargo será necesario no imponer nuevos requisitos a los registros de los patrones, para los cuales obviamente tendrían incentivos de falsificar o ignorar, sino impugnar por la participación de los trabajadores en el conteo "oficial" de los - accidentes y enfermedades ocupacionales ocurridos.

Con el objeto de conocer un sistema de información sobre riesgos de trabajo, se visitó en el mes de abril de éste año la Planta de Asfalto del DDF.

Después de haber hecho un reconocimiento sensorial de la misma se pasó a la Oficina de Seguridad Industrial con el objeto de que nos fueran proporcionados los datos referentes a la problemática que sobre riesgos de trabajo tiene esta empresa, sin embargo, ésta no cuenta con un sistema de información, a la vez que el formato de -

captura que usa actualmente (ANEXO B) es bastante pobre en cuanto al número de variables contenidas y con una clara tendencia a resaltar los "actos inseguros" como responsables de la ocurrencia de accidentes de trabajo.

A continuación se presenta una lista de variables operativas, las cuales se considera son importantes para llevar a cabo un conteo exacto de los riesgos de trabajo que ocurren en los centros laborales, tomando en consideración que son los obreros los que deben participar en ésta tarea, ya que "en la actualidad, los directamente afectados e involucrados han sido desplazados por los especialistas, por lo que permanecen alejados, como entes pasivos o como objetos de investigación." 3/

3/ Lozano A. Rafael., "El control de la nocividad y la participación de los trabajadores" en Revista de Información Científica y Tecnológica., CONACYT., México 1985., pág. 42.

LISTA DE VARIABLES OPERATIVAS
PARA LLEVAR A CABO EL REGISTRO ESTADISTICO
DE LOS RIESGOS DE TRABAJO QUE OCURRAN
EN LOS CENTROS LABORALES

- I. PROPUESTA
- II. FORMATO DE CAPTURA DEL RIESGO DE TRABAJO.
- III. RELACIONES ENTRE VARIABLES Y CUADROS DE SALIDA

I. PROPUESTA

1. HORA, FECHA Y TURNO EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE.

HORA	TURNO	DIA	MES	AÑO
MATUTINO		NOCTURNO		
VESPERTINO		OTROS		

2. NOMBRE _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

3. DOMICILIO _____
Calle No. Ext. No. Int.
Código Postal Teléfono

4. REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES _____

5. SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

6. ESTADO CIVIL _____

7. EDAD (Años cumplidos) _____

8. ANTIGUEDAD EN EL PUESTO (Años y meses) _____

9. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA (Años y meses) _____

10. OCUPACION _____

11. OCUPACION AL OCURRIR EL ACCIDENTE _____

12. OCUPACION AL PRESENTARSE LA ENFERMEDAD _____

13. TIPO DE CONTRATO: BASE _____ EVENTUAL _____
HONORARIOS _____ CONFIANZA _____ OTROS _____

14. SALARIO DIARIO \$ _____

15. TURNO EN EL QUE TRABAJA:
MATUTINO _____ VESPERTINO _____
NOCTURNO _____ OTROS _____

16. CLAVE DE AFILIACION AL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL _____

17. ESCOLARIDAD:

PRIMARIA INCOMPLETA _____ PRIMARIA TERMINADA _____

OTROS _____

18. NUMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DEL TRABAJADOR. _____

19. DEPARTAMENTO AL QUE PERTENECE _____

20. FECHA DEL ULTIMO CURSO DE CAPACITACION AL PUESTO QUE RECIBIO
EL TRABAJADOR _____

21. RECIBIO CAPACITACION PARA EL USO DEL EQUIPO DE PROTECCION
PERSONAL: SI _____ NO _____

22. FECHA DEL ULTIMO EXAMEN MEDICO EFECTUADO EN EL CENTRO LABORAL. _____

23. ACCIDENTE NUMERO _____

24. HORAS TRABAJADAS ANTES DEL ACCIDENTE _____

25. NUMERO DE DIAS LABORADOS DESPUES DEL DESCANSO _____

26. AREA DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE _____

27. CAUSA DEL ACCIDENTE _____

- a) Explosión y/o incendio.
- b) Contacto con corriente eléctrica
- c) Caída del trabajador
- d) Por caída de objetos
- e) Daños por animales
- f) Golpe contra y por objeto
- g) Accidentes en/o por vehículos motorizados
- h) Choques (o empujones)
- i) Contacto, inhalación, absorción o ingestión con sustancias químicas, tóxicas y/o corrosivas.
- j) Exposición a temperaturas extremas
- k) Sobreesfuerzo
- l) Aplastamiento

- m) Exposición a radiaciones
- n) Fatiga muscular
- o) Otros

28. FACTOR PREPONDERANTE EN LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE:

De condición humana _____ De condición material _____

29. DE CONDICION HUMANA: _____

- a) Trabajar sin los dispositivos de seguridad o equipo personal de protección.
- b) Reparar equipo energizado, presurizado o en movimiento.
- c) Alterar los equipos de seguridad.
- d) Trabajar bajo los efectos de enervantes o psicotrópicos.
- e) Operar equipos sin autorización.
- f) Emplear herramientas o equipo inadecuado o peligroso.
- g) Utilizar herramienta, material o equipo en forma imprudente.
- h) Sobrecargar.
- i) Hacinar
- j) Factores de salud
 - angustia
 - trastornos del sueño
 - trastornos digestivos
 - enfermo
 - fatiga
 - condición física deficiente

30. DE CONDICION MATERIAL: _____

- a) Mala construcción
- b) Maquinaria obsoleta o deteriorada
- c) Mala iluminación
- d) Mala ventilación
- e) Ruido superior a límites permitidos.
- f) Instalaciones en mal estado y/o desprotegidas.

- k) Pie(s)
- l) Cuerpo en general.

31. AGENTE DE LA LESION

Mecánicos:

- a) Equipo de transporte
- b) Motores primarios
- c) Aparatos de izar
- d) Máquinas
- e) Herramientas
- f) Pisos
- g) Escaleras
- h) Bandas
- i) Engranajes
- j) Poleas
- k) Muebles y accesorios de mobiliario
- l) Material en general
- m) Derrumbes
- n) Calderas
- o) Otros

Químicos:

- a) Sólidos (polvos, humos)
- b) Líquido (neblina, rocío)
- c) Gaseosos (vapores y gases)
- d) Explosivos, incendios
- e) Sustancias tóxicas, erdientes o corrosivas.
- f) Otros.

Biológicos:

- a) Bacterias
- b) Hongos
- c) Virus
- d) Animales
- e) Plantas, árboles, vegetación
- f) Otros.

Físicos:

- a) Del aire
- b) Temperatura
- c) Humedad
- d) Velocidad
- e) Presión
- f) Iluminación
- g) Calor
- h) Electricidad
- i) Ruido
- j) Vibraciones
- k) Radiación ultravioleta
- l) Radiación ionizante
- m) Otros.

32. TIPO DE INCAPACIDAD:

Permanente total _____ temporal _____ permanente parcial _____
muerte _____ sin incapacidad _____

**33. EL ACCIDENTADO ESTABA USANDO EL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL
DISPONIBLE: SI _____ NO _____**

34. QUIEN PROPORCIONO LOS PRIMEROS AUXILIOS:

Personal médico o paramédico de la empresa _____
Personal médico o paramédico institucional _____

Personal médico o paramédico particular _____
Los compañeros de trabajo _____
Otros _____

35 ESTABA LABORANDO HORAS EXTRAS SI _____ NO _____

36. AREA EN LA QUE LABORA _____

37. TIPO DE ENFERMEDAD _____

38. NATURALEZA DE LA LESION PRIMARIO EN LA PIEL:

- a) Dermatitis
- b) Cáncer epiteliomatoso primario en la piel
- c) Neurosis
- d) Neumoconiosis
- e) Cáncer del pulmón
- f) Enfermedades broncopulmonares
- g) Lesiones del oído causadas por ruido
- h) Enfermedades por efectos tóxicos de las sustancias:
aromáticas, corrosivas, ácidos y alcalis cáusticos.
- i) Enfermedades causadas por asfixiantes.
- j) Enfermedades causadas por comprensión del aire.
- k) Enfermedades causadas por radiaciones.

39. AGENTE DE LA LESION _____

40. COMO SE TUVO CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD:

- a) Examen médico periódico de la empresa.
- b) Examen médico general.
- c) Otros.

41. QUIEN DIAGNOSTICO LA ENFERMEDAD:

- Médico de la empresa _____
- Médico Institucional _____
- Médico particular o privado _____
- Otros _____

42. INSTITUCION QUE EFECTUO O RATIFICO EL DIAGNOSTICO:

STyPS _____ IMSS _____ PARTICULAR _____
ISSSTE _____ SSA _____ OTROS _____

43. QUIEN PROPORCIONO LOS PRIMEROS AUXILIOS.

Personal médico o paramédico de la empresa _____

Personal médico o paramédico Institucional _____

Personal médico o paramédico particular _____

Los compañeros de trabajo _____

Otros _____

44. DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD _____

45. FACTOR PREPONDERANTE EN LA OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD _____

De condición humana _____

De condición material _____

46. NATURALEZA DE LA LESION

Para accidente _____

Para enfermedad _____

47. PARTE DEL CUERPO LESIONADA

48. EFECTOS PSICOLOGICOS DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD.

49. TIPO DE INCAPACIDAD.

50. NUMERO DE DIAS POR INCAPACIDAD

51. TIPO DE INDEMNIZACION

52. MONTO DE LA INDEMNIZACION

53. SALARIOS PERCIBIDOS DURANTE LA INCAPACIDAD

II. FORMATO DE CAPTURA DEL RIESGO DE TRABAJO

A. IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

1. NOMBRE, RAZON SOCIAL O DENOMINACION LEGAL _____

2. DOMICILIO _____
Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____
Teléfono _____ Código Postal _____ Colonia _____
3. GIRO O ACTIVIDAD _____
4. REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES _____
5. REGISTRO AL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL _____

6. AREAS EN LAS QUE SE DIVIDE EL PROCESO PRODUCTIVO _____

7. NUMERO DE TRABAJADORES INVOLUCRADOS DIRECTAMENTE EN LOS PROCESOS PRODUCTIVOS _____
8. CUENTA CON DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE _____
9. CUENTA CON COMISION MIXTA DE SEGURIDAD E HIGIENE _____
SI _____ NO _____
10. NUMERO DE ELEMENTOS:
DE LA EMPRESA _____ DE LOS TRABAJADORES _____

B. DATOS DEL TRABAJADOR

11. NOMBRE _____
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____
12. DOMICILIO _____
Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____

- Código Postal _____ Teléfono _____
13. REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES _____
14. SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____
15. ESTADO CIVIL _____
16. EDAD (AÑOS CUMPLIDOS) _____
17. ANTIGUEDAD EN EL PUESTO (años y meses) _____
18. ANTIGUEDAD EN LA EMPRESA (años y meses) _____
19. OCUPACION _____
20. OCUPACION AL OCURRIR EL ACCIDENTE _____
21. OCUPACION AL PRESENTARSE LA ENFERMEDAD _____
22. TIPO DE CONTRATO:
Base _____ Eventual _____ Honorarios _____ Confianza _____
Otros _____
23. SALARIO DIARIO \$ _____
24. TURNO EN EL QUE TRABAJA:
Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____
Otros _____
25. CLAVE DE AFILIACION AL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL _____
26. ESCOLARIDAD
Primaria incompleta _____ Primaria terminada _____
Otros _____
27. NUMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE DEL TRABAJADOR _____
28. DEPARTAMENTO AL QUE PERTENECE _____
29. FECHA DEL ULTIMO CURSO DE CAPACITACION AL PUESTO QUE RECIBIO
EL TRABAJADOR _____

30. RECIBIO CAPACITACION PARA EL USO DEL EQUIPO DE PROTECCION
PERSONAL: SI _____ NO _____

31. FECHA DEL ULTIMO EXAMEN MEDICO EFECTUADO EN EL CENTRO LABORAL

C. CARACTERISTICAS DEL ACCIDENTE

32. ACCIDENTE NUMERO _____

33. HORA, FECHA Y TURNO EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE:

Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____ Otros _____

34. HORAS TRABAJADAS ANTES DEL ACCIDENTE _____

35. NUMERO DE DIAS LABORADOS DESPUES DEL DESCANSO _____

36. AREA DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE _____

37. CAUSA DEL ACCIDENTE

- a) Explosión y/o incendio
- b) Contacto con corriente eléctrica
- c) Caída del trabajador
- d) Por caída de objetos
- e) Daños por animales
- f) Golpe contra y por objeto
- g) Accidentes en/o por vehículos motorizados
- h) Choques (o empujones)
- i) Contacto, inhalación, absorción o ingestión con sustancias químicas, tóxicas y/o corrosivas.
- j) Exposición a temperaturas extremas.
- k) Sobreesfuerzo
- l) Aplastamiento
- m) Exposición a radiaciones
- n) Fatiga muscular
- o) Otros

38. FACTOR PREPONDERANTE EN LA OCURENCIA DEL ACCIDENTE.

De Condición Humana _____ De condición material _____

39. DE CONDICION HUMANA

- a) Trabajar sin los dispositivos de seguridad o equipo personal de protección disponible.
- b) Reparar equipo energizado, presurizado o en movimiento.
- c) Alterar los equipos de seguridad.
- d) Trabajar bajo los efectos de enervantes o psicotrónicos.
- e) Operar equipos sin autorización.
- f) Emplear herramientas o equipo inadecuado o peligroso.
- g) Utilizar herramienta, material o equipo en forma imprudente.
- h) Sobrecargar
- i) Hacinar
- j) Factores de salud
 - angustia
 - trastornos del sueño
 - trastornos digestivos
 - enfermo
 - fatiga
 - condición física deficiente

40. DE CONDICION MATERIAL

- a) Mala construcción.
- b) Maquinaria obsoleta o deteriorada
- c) Mala iluminación
- d) Mala ventilación
- e) Ruido superior a límites permitidos.
- f) Instalaciones en mal estado y/o desprotegidas.
- g) Materias primas nocivas.
- h) Procesos peligrosos y/o nocivos.
- i) Herramienta o equipo de trabajo faltante o inadecuado.
- j) Dispositivos de seguridad o equipo de protección inadecuados, faltantes o defectuosos.
- k) Vehículos en mal estado.

43. AGENTE DE LA LESION _____

Mecánicos:

- a) Equipo de transporte
- b) Motores primarios
- c) Aparatos de izar
- d) Máquinas
- e) Herramientas
- f) Pisos
- g) Escaleras
- h) Bandas
- i) Engranajes
- j) Poleas
- k) Muebles y accesorios de mobiliario
- l) Material en general
- m) Derrumbes
- n) Calderas
- o) Otros.

Químicos:

- a) Sólidos (polvos, humos)
- b) Líquido (neblina, rocío)
- c) Gaseosos (vapores y gases)
- d) Explosivos, incendios.
- e) Sustancias tóxicas, erdientes o corrosivas.
- f) Otros.

Biológicos.

- a) Bacterias
- b) Hongos
- c) Virus
- d) Animales
- e) Plantas, árboles, vegetación
- f) Otros.

Físicos:

- a) Del aire
- b) Temperatura
- c) Humedad
- d) Velocidad
- e) Presión
- f) Iluminación
- g) Calor
- h) Electricidad
- i) Ruido
- j) Vibraciones
- k) Radiación ultravioleta
- l) Radiación ionizante
- m) Otros.

44. TIPO DE INCAPACIDAD:

Permanente total _____ Temporal _____
Permanente parcial _____ Muerte _____
Sin incapacidad _____

45. EL ACCIDENTADO ESTABA USANDO EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL
DISPONIBLE: SI _____ NO _____

46. ¿ QUIEN PROPORCIONO LOS PRIMEROS AUXILIOS ?

Personal médico o paramédico de la empresa _____
Personal médico o paramédico institucional _____
Personal médico o paramédico particular _____
Los compañeros de trabajo _____

47. ESTABA LABORANDO HORAS EXTRAS: SI _____ NO _____

D. CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD

48. AREA EN LA QUE LABORA:

49. TIPO DE ENFERMEDAD _____

50. NATURALEZA DE LA LESION PARA ENFERMEDAD:

- a) Dermatitis
- b) Cáncer Epiteliomatoso Primario en la piel.
- c) Neurosis
- d) Neumoconiosis
- e) Cáncer del pulmón
- f) Enfermedades broncopulmonares
- g) Lesiones al oído causadas por ruido
- h) Enfermedades por efectos tóxicos de las sustancias aromáticas, corrosivas, ácidos y alcalis cáusticos.
- i) Enfermedades causadas por asfixiantes
- j) Enfermedades causadas por comprensión del aire.
- k) Enfermedades causadas por radiaciones.

51. AGENTE DE LA LESION

52. COMO SE TUVO CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD:

- a) Examen médico periódico de la empresa. _____
- b) Examen médico general _____
- c) Otro _____

53. QUIEN DIAGNOSTICO LA ENFERMEDAD:

Médico de la empresa _____ Médico Institucional _____
Médico particular o privado _____ Otros _____

54. INSTITUCION QUE EFECTUO O RATIFICO EL DIAGNOSTICO:

STyPS _____ IMSS _____ PARTICULAR _____ ISSSSTE _____
SSA _____ Otros _____

55. QUIEN PROPORCIONO LOS PRIMEROS AUXILIOS:

Personal médico o paramédico de la empresa _____
Personal médico o paramédico institucional _____
Personal médico o paramédico particular _____
Los compañeros de trabajo _____
Otros _____

56. DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD _____

57. FACTOR PREPONDERANTE EN LA OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD:

De condición humana _____ DE condición material _____

E. DE LA CONSECUENCIA DEL RIESGO DE TRABAJO

58. NATURALEZA DE LA LESION

- Para accidente _____
- Para enfermedad _____

59. PARTE DEL CUERPO LESIONADA _____

- a) Cabeza
- b) Cara
- c) Ojo(s)
- d) Nariz
- e) Oreja(s)
- f) Mandíbula (s)

- g) Columna vertebral
- h) Cuello
- i) Tórax
- j) Abdomen
- k) Pelvis o cadera
- l) Extremidad(es) Superior(es)
- m) Muñecas
- n) Manos
- o) Dedos de la mano
- p) Extremidad(es) Inferior(es)
- q) Tobillo
- r) Pie
- s) Ortejos (dedos del pie)
- t) Politraumatizado (lesión de tipo múltiple o general)

60. TIPO DE INCAPACIDAD _____

- a) Temporal
- b) Permanente parcial
- c) Permanente total
- d) Muerte
- e) Sin incapacidad

61. NUMERO DE DIAS POR INCAPACIDAD _____

62. SALARIOS PERCIBIDOS DURANTE LA INCAPACIDAD _____

63. TIPO DE INDEMNIZACION _____

- A) GLOBAL
- B) PARCIAL

64. MONTO DE LA INDEMNIZACION _____

65. EFECTOS PSICOLOGICOS DEL ACCIDENTE O DE LA ENFERMEDAD _____

III. RELACIONES ENTRE VARIABLES Y CUADROS DE SALIDA
 DIMENSION: RIESGOS DE TRABAJO

VARIABLE	NUMERO DE LA TABULACION												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Agente de lesión													
Antigüedad en la ocupación		x						x		x			
Condición de aseguramiento													
Consecuencia del riesgo													
Edad, Grupos de				x									
Importe de los salarios percibidos.												x	
Incapacidad otorgada, Duración de la						x			x				
Incapacidad otorgada, Tipo de										x	x		
Incapacidad temporal, Duración de la												x	
Incapacidades temporales, Número de									x				
Naturaleza de la lesión				x							x		
Ocupación que desempeña el trabajador								x					
Riesgos de trabajo, tipo de	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x
Sexo						x							
Trabajadores por empresa			x										
Area donde ocurrió el riesgo	x												

SUBDIMENSION: ENFERMEDADES DE TRABAJO

VARIABLE	NUMERO DE LA TABULACION									
	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
Agente de lesión	x									
Antigüedad en la ocupación				x						
Edad, Grupos de		x								
Enfermedad de trabajo, Tipo de	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Importe de los salarios percibidos.						x				x
Incapacidad otorgada, Duración de la								x	x	
Incapacidad otorgada, tipo de					x					
Incapacidad temporal, Duración de la										x
Incapacidades temporales otorgadas, Número de									x	
Ocupación que desempeñaba el trabajador				x						
Salario diario							x			
Sexo		x								

A N E X O "A"

TABLA DE VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES

MIEMBRO SUPERIOR.
PERDIDAS.

1. Por la desarticulación interescapulo-torácica.	\$ 1'490,568.75
2. Por la desarticulación del hombro.	1'394,811.00
3. Por la amputación del brazo, entre el hombro y el codo.	1'355,062.50
4. Por la desarticulación del codo.	1'355,062.50
5. Por la amputación del antebrazo entre el codo y la muñeca.	1'264,725.00
6. Por la pérdida total de la mano.	1'264,725.00
7. Por la pérdida total o parcial de los 5 metacarpios.	1'174,387.50
8. Por la pérdida de los 5 dedos.	1'174,387.50
9. Por la pérdida del pulgar índice y medio.	984,678.75
10. Por la pérdida del pulgar y del índice.	767,868.75
11. Por la pérdida del pulgar con el metacarpio no correspondiente.	632,362.50
12. Por la pérdida del pulgar solo.	542,025.00
13. Por la pérdida de la falange ungueal del pulgar.	361,350.00
14. Por la pérdida del índice con el metacarpio o parte de éste.	406,518.75
15. Por la pérdida del dedo índice.	361,350.00
16. Por la pérdida del dedo anular o del meñique.	216,810.00
17. Por la pérdida de la falangeta con mutilación de la falangina del anular o del meñique.	144,540.00
18. Por la pérdida de la falangeta del anular o del meñique	72,270.00

19. Por la pérdida de la falangeta, con mutilación o pérdida de la falangina del índice.	216,810.00
20. Por la pérdida de la falangeta del índice.	108,405.00
21. Por la pérdida del dedo medio con mutila- ción o pérdida de su metacarpiano o parte de éste.	325,215.00
22. Por la pérdida del dedo medio.	271,012.50

RIGIDECES ARTICULARES

DISMINUCION DE LOS MOVIMIENTOS POR LESIONES ARTICULARES, TENDINOSAS O MUSCULARES

23. Del hombro, afectando principalmente la propulsión y la abducción.	361,350.00
24. Del codo, con conservación del movimiento en posición desfavorable, entre 110° y 180°	542,025.00
25. Del codo, con conservación del movimiento en posición favorable, entre 110° y 75°	271,012.50
26. De torsión, con limitación de los movimien- tos de pronación y supinación.	180,675.00
27. De la muñeca.	225,843.75

MIEMBRO INFERIOR PERDIDAS

28. Por la desarticulación de la cadera.	1'400,231.25
29. Por la amputación del muslo, entre la cadera y la rodilla.	1'355,062.50
30. Por la desarticulación de la rodilla.	1'219,556.25

31. Por la extirpación de la rótula, con movilidad anormal de la rodilla y amiotrofia del tríceps.	542,025.00
32. Por la amputación de la pierna, entre la rodilla y el cuello del pie.	1'084,050.00
33. Por la pérdida total del pie.	948,543.75
34. Por la mutilación de un pie con conservación del talón.	722,700.00
35. Por la pérdida parcial o total del calcáneo.	361,350.00
36. Por la desarticulación medio-tarsiana	677,531.25
37. Por la desarticulación tarso-metatarsiana	496,856.25
38. Por la pérdida de los cinco ortejos.	406,518.75
39. Por la pérdida del primer ortejo, con pérdida o mutilación de su metatarsiano.	451,687.50
40. Por la pérdida del primer ortejo solo	271,012.50
41. Por la pérdida de la falange ungueal del primer ortejo.	126,472.50

CABEZA

CRANEO

42. Síndrome craneo-encefálico tardío post-conmocional discreto.	271,012.50
43. Síndrome craneo-encefálico tardío post-conmocional moderado.	496,856.25
44. Síndrome craneo-encefálico tardío post-conmocional acentuado.	767,868.75
45. Escalpe o pérdida considerable del cuero cabelludo.	496,856.25
46. Pérdida ósea del cráneo hasta de 5 centímetros de diámetro.	271,012.50

- | | |
|--|--------------|
| 47. Pérdida ósea más externa. | 451,687.50 |
| 48. Epilepsia traumática no curable quirúrgicamente, cuando las crisis puedan ser controladas médicamente y permitan desempeñar algún trabajo. | 1'084,050.00 |
| 49. Por epilepsia traumática no curable quirúrgicamente, cuando las crisis no puedan ser controladas médicamente y no permitan el desempeño de ningún trabajo. | 1'806,750.00 |

OJOS

- | | |
|---|--------------|
| 50. Ceguera total, con conservación o pérdida de los globos oculares. | 1'806,750.00 |
| 51. Pérdida o disminución permanente (cuando ya no puede ser mejorada con anteojos de la agudeza visual, en trabajadores cuya actividad sea de exigencia visual mediana o baja.(Visión restante con corrección óptica.) | Especial |
| 52. Pérdida o disminución permanente (cuando ya no puede ser mejorada con anteojos) de la agudeza visual, en trabajadores cuya actividad sea de elevada exigencia visual. (Visión restante con corrección óptica). | Especial |
| 53. Pérdida o disminución permanente de la agudeza visual en sujetos monóculos (ceguera o visión inferior a 0.05 en el ojo contralateral) (Visión restante con corrección óptica). | Especial |

54. Extracción o atrofia de un globo ocular con deformación ostensible, que permite el uso de prótesis.	903,375.00
---	------------

OIDOS

55. Pérdida o deformación excesiva del pa- bellón auricular, unilateral.	135,506.25
---	------------

56. Bilateral.	225,843.75
----------------	------------

57. Vértigo laberíntico traumático debidamente comprobado.	722,700.00
---	------------

A N E X O "B"



PLANTA DE ASFALTO DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
OFICINA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Fecha: _____

Hora: _____

Aliento Alcohólico: Si _____ No _____

Psicotrópico: Si _____ No _____

Nombre del Trabajador: _____

Categoría: _____

Adscripción: _____

Lesiones: _____

Breve descripción de las condiciones en que ocurrió el accidente: _____

REPORTO:

_____ CLAVE _____

TESTIGOS:

_____ CLAVE _____

ELABORO

_____ CLAVE _____

_____ OF. S. I. _____

_____ Vo. Bg. Médico Planta _____

c.c.p.- Gerencia General.
c.c.p.- Asesoría Jurídica.
c.c.p.- Sindicato Sec. 38.
c.c.p.- Sub - Gerencia.

A N E X O "C"

INDICE DE CUADROS

	Pág.
1. Indicadores estadísticos en riesgos de trabajo (aseguramiento permanente y eventual). Resumen Nacional, 1980,1981,1982 y 1983.	188
2. Empresas, trabajadores y riesgos de trabajo ocurridos según sus tipos (aseguramiento permanente y eventual) por entidad federativa 1980,1981,1982,1983.	189-193
3. Empresas, trabajadores y días perdidos por incapacidad temporal según tipos de riesgo (aseguramiento permanente y eventual), por entidad federativa 1980, 1981,1982 y 1983.	194-197
4. Empresas, trabajadores e incapacidades permanentes según tipos de riesgo (aseguramiento permanente y eventual), por entidad federativa 1980, 1981, 1982 y 1983.	198-201
5. Empresas, trabajadores y defunciones según tipos de riesgo (aseguramiento permanente y eventual) por entidad federativa 1980, 1981,1982 y 1983.	202-205
6. Empresas, trabajadores e indicadores estadísticos de los riesgos de trabajo ocurridos (aseguramiento permanente y eventual), por entidad federativa 1980,1981,1982 y 1983.	206-209
7. Accidentes y enfermedades de trabajo terminados en las diez actividades económicas con mayor número de accidentes y enfermedades de trabajo (aseguramiento permanente y eventual),1980, 1981,1982 y 1983.	210-212
8. Casos de riesgo de trabajo terminados según agente de la lesión (aseguramiento permanente y eventual), 1980, 1981,1982,1983.	213-214

9.	Casos de riesgo de trabajo terminados según el tipo de lesión (aseguramiento permanente y eventual) 1980,1981,1982 y 1983.	215
10.	Casos de riesgo de trabajo terminados según el tipo del accidente (aseguramiento permanente y eventual) 1980,1981,1982 y 1983.	216
11.	Casos de riesgos de trabajo terminados según región anatómica afectada (aseguramiento permanente y eventual) 1980,1981,1982 y 1983.	217-218
12.	Casos de riesgo de trabajo terminados según riesgo físico (aseguramiento permanente y eventual) 1980,1981,1982 y 1983.	219
13.	Casos de riesgos de trabajo terminados según acto inseguro (aseguramiento permanente y eventual) 1980,1981,1982 y 1983.	220
14.	Casos de riesgo de trabajo terminados y días promedio por tipo y ámbito de operación que produjeron incapacidad temporal, 1980,1981, 1982 y 1983.	221
15.	Casos de riesgo de trabajo terminados por tipo de ámbito de operación que produjeron incapacidad permanente y muerte, 1980,1981, 1982,1983.	222-223
16.	Enfermedades de trabajo terminados (aseguramiento permanente y eventual) 1980,1981,1982 y 1983.	224

1. INDICADORES ESTADÍSTICOS EN RIESGOS DE TRABAJO
 ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
 RESUMEN NACIONAL 1980-1983

	1980	1981	1982	1983
Número de empresas con seguro de riesgo de trabajo.	366,452	399,828	412,159	429,948
Número de trabajadores bajo seguro de riesgo de trabajo.	5'077,948	6'482,693	5'666,112	6'412,188
Riesgos de trabajo	600,872	621,188	595,260	561,116
Accidentes de trabajo	538,950	551,782	524,492	491,786
Accidentes en trayecto	59,727	66,920	69,023	67,226
Enfermedades de trabajo	2,195	2,486	1,745	2,104
Días de incapacidad temporal por casos de riesgos de trab.	10'540,325	10'957,553	11'193,130	10'045,572
Días de incapacidad temporal p/accidente de trabajo	9'188,184	9'432,873	9'496,109	8'517,205
Días de incapacidad temporal p/accidente en trayecto	1'297,743	1'459,110	1'630,028	1'476,802
Días de incapacidad temporal por enfermedad de trabajo.	54,398	65,570	66,993	51,565
Incapacidades permanentes por riesgos de trabajo	14,681	18,253	17,139	18,230
Incapacidades permanentes por accidente de trabajo	12,160	14,514	14,278	14,082
Incapacidades permanentes por accidente en trayecto	825	1,150	1,333	1,374
Incapacidades permanentes por enfermedad de trabajo	1,696	2,689	1,708	2,774
Suma de defunciones por riesgos de trabajo	1,514	1,652	1,400	1,376
Número de defunciones por accidente de trabajo.	1,140	1,180	986	1,013
Número de defunciones por accidente en trayecto.	359	453	396	342
Número de defunciones por enfermedad de trabajo	15	19	18	21
Promedio de días subsidiados p/caso de riesgo de trabajo	17.5	17.6	18.8	17.9
Riesgos de trabajo p/cada 100 trabajadores expuestos	11.8	9.6	10.5	8.8
Incapacidades permanentes p/cada 1000 riesgos de trabajo	24.4	29.6	29.1	32.5
Defunciones por cada 10 mil trabajadores expuestos	3.0	2.6	2.5	2.1
Defunciones por cada 10 mil riesgos de trabajo	25.2	26.6	23.5	24.5
Tasa de incidencia total por cada 100 trabajadores.	11.8	9.6	10.5	8.8
Tasa de incidencia de accidentes de trabajo p/cada 100 trab.	10.6	8.5	9.3	7.7
Tasa de incidencia enfer/de trab p/cada 100 mil trab.	43.2	38.3	30.8	32.8
Tasa de frecuencia total p/cada millón horas-hombre gen.	59.2	47.9	52.5	43.8
Tasa de frecuencia de accidentes de trabajo.	53.1	42.6	46.3	38.3
Tasa de frecuencia de accidentes en trayecto	5.9	5.2	6.1	5.2
Tasa de frecuencia de enfermedades de trabajo	.22	.19	.15	.16
Tasa de gravedad total p/cada millón hrs-hombre generadas	1,037.9	845.1	987.8	783.3
Tasa de gravedad de accidentes de trabajo	904.7	727.5	838.0	664.1
Tasa de gravedad de enfermedades de trabajo	6.4	5.1	5.9	4.0
Tasa de gravedad de accidentes en trayecto	127.8	112.5	143.8	115.2

2. EMPRESAS, TRABAJADORES Y RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS SEGUN SUS TIPOS
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1980

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	RIESGOS DE TRABAJO			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	366 452	5 077 948	600 872	538 950	59 727	2 195
Valle de México	97 132	1 716 817	202 636	170 197	31 849	592
Aguascalientes	5 467	41 872	4 219	3 901	312	6
Baja California	13 117	141 757	16 896	16 094	793	9
Baja California Sur	2 364	17 694	1 364	1 308	54	2
Campeche	2 631	24 852	3 437	3 334	101	2
Coahuila	13 704	188 033	36 983	34 710	2 024	249
Colima	2 529	28 893	2 522	2 382	138	2
Chiapas	4 879	77 804	6 044	5 699	345	-
Chihuahua	14 921	170 403	25 641	23 245	2 026	370
Durango	5 881	56 261	9 274	8 695	573	6
Guanajuato	15 400	144 031	14 037	13 025	978	34
Guerrero	6 070	72 972	7 490	6 845	621	24
Hidalgo	3 901	56 470	5 036	4 574	322	140
Jalisco	27 633	344 567	49 093	43 282	5 772	29
México-Toluca	3 705	70 182	4 793	4 273	513	7
Nichuacán	9 523	82 151	6 681	6 366	313	2
Morulos	4 634	59 228	6 034	5 618	379	37
Nayarit	3 623	38 791	2 176	2 038	136	2
Nuevo León	23 178	365 499	45 126	41 936	3 015	177
Oaxaca	4 719	49 751	4 266	4 064	202	-
Puebla	10 813	171 272 1/	21 466	18 802	2 641	23
Queretaro	3 854	66 514	5 375	4 731	618	26
Quintana Roo	1 997	23 479	2 047	1 930	116	1
San Luis Potosí	6 674	75 439	7 090	6 555	526	6
Sinaloa	15 160	140 722	18 434	17 582	837	15
Sonora	16 863	187 661	17 649	16 525	1 072	52
Tlaxcala	3 559	152 655	3 030	3 652	278	-
Tlaxcala	14 972	157 293	20 430	19 064	1 130	236
Tlaxcala	1 067	-	2 116	1 900	213	3
Veracruz	17 932	358 285	36 091	34 843	1 235	13
Yucatán	5 556	7 989	7 057	7 057	480	9
Zacatecas	2 934	28 511	2 956	2 723	115	118
Información insuficiente						

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. forma R P M - 15.
1/ Se incluye Tlaxcala.

2. EMPRESAS, TRABAJADORES Y RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS SEGUN SUS TIPOS
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1981

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	RIESGOS DE TRABAJO			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	399 828	6 482 693	621 188	551 782	66 920	2 486
Valle de México	102 944	2 322 965	206 440	169 550	35 967	923
Aguascalientes	5 837	55 956	5 140	4 725	410	5
Baja California	13 726	172 752	18 404	17 636	710	8
Baja California Sur	2 807	23 885	2 003	1 936	61	6
Campeche	2 763	33 802	2 545	2 491	54	
Coahuila	14 745	240 418	37 154	34 771	2 283	100
Colima	2 723	36 492	2 623	2 447	175	1
Chiapas	5 372	70 957	3 290	3 111	178	
Chihuahua	15 831	221 809	29 098	26 404	2 217	477
Durango	6 386	75 559	9 770	9 188	574	8
Guanajuato	17 761	183 901	14 401	13 287	1 080	34
Guerrero	6 865	89 963	8 407	7 818	589	20
Hidalgo	4 590	62 623	7 006	6 441	545	30
Jalisco	30 091	428 144	52 974	46 231	6 676	67
México-Toluca	4 353	98 057	3 999	3 584	415	2
Michoacán	10 909	92 003	7 674	7 360	312	
Morelos	4 774	69 230	6 037	5 566	435	36
Nayarit	4 786	54 620	2 846	2 639	205	2
Nuevo León	26 106	456 071	46 375	42 963	3 241	171
Oaxaca	5 330	56 578	5 611	5 400	205	6
Puebla	11 836	187 014	24 385	21 071	3 280	34
Querétaro	4 413	89 608	5 725	5 022	694	9
Quintana Roo	2 125	32 133	2 117	1 906	203	8
San Luis Potosí	8 365	103 590	8 597	7 923	664	10
Sinaloa	15 813	165 022	17 168	16 397	763	8
Sonora	17 595	219 330	19 766	18 305	1 377	84
Tabasco	4 974	64 594	4 931	4 749	185	
Tamaulipas	15 505	192 425	20 383	18 751	1 292	340
Tlaxcala	1 180	33 664	2 264	1 972	291	
Veracruz	19 154	404 188	31 713	30 569	1 131	13
Yucatán	6 199	72 348	8 597	8 033	528	36
Zacatecas	3 688	32 992	3 267	3 050	143	74
Información insuficiente	283	-	478	436	40	2

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma R P M - 15.

2. EMPRESAS, TRABAJADORES Y RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS SEGUN SUS TIPOS
ASEGUAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1982

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	RIESGOS DE TRABAJO			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	412 159	5 666 112	595 260	524 492	69 023	1 745
Valle de México	99 097	1 841 985	194 575	157 455	36 508	612
Aguascalientes	5 929	55 932	5 224	4 720	494	10
Baja California	14 491	155 184	18 519	17 536	953	30
Baja California Sur	2 945	24 739	2 136	2 055	79	2
Campeche	2 933	28 254	3 264	3 096	167	1
Coahuila	15 203	217 829	35 853	33 354	2 401	98
Colima	3 069	34 219	2 815	2 641	174	-
Chiapas	5 779	50 171	2 861	2 716	144	1
Chihuahua	16 290	209 188	25 670	23 165	2 386	119
Durango	6 744	71 431	9 004	8 437	560	7
Guanajuato	20 414	185 814	17 696	16 133	1 527	36
Guerrero	8 337	93 946	9 854	9 208	627	19
Hidalgo	4 825	74 645	8 131	7 504	564	63
Jalisco	31 395	416 993	42 505	36 710	5 745	39
México-Toluca	4 791	89 440	4 401	3 885	512	4
Michoacán	11 478	87 201	7 125	6 755	363	7
Morelos	5 035	65 530	5 361	4 948	391	22
Nayarit	5 059	50 790	3 034	2 795	239	-
Nuevo León	27 377	396 387	46 902	43 020	3 702	180
Oaxaca	5 582	51 649	4 911	4 687	221	3
Puebla	11 541	161 782	23 339	19 652	3 647	40
Querétaro	4 701	78 524	5 500	4 774	703	23
Quintana Roo	2 499	24 640	2 449	2 269	170	10
San Luis Potosí	8 819	105 935	9 763	8 905	840	18
Sinaloa	16 123	144 249	16 593	15 844	735	14
Sonora	18 147	212 021	18 017	16 833	1 144	40
Tabasco	5 103	61 982	5 071	4 877	194	0
Tamaulipas	16 042	175 488	19 741	18 297	1 366	248
Tlaxcala	1 338	28 571	2 919	2 570	347	2
Veracruz	20 124	359 696	30 430	29 002	1 418	10
Yucatán	6 401	66 188	7 963	7 285	662	16
Zacatecas	4 271	35 709	3 112	2 887	154	71
Información insuficiente	277	-	522	469	53	-

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma R P M - 15.

2. EMPRESAS, TRABAJADORES Y RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS SEGUN SUS TIPOS
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1983.

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	RIESGOS DE TRABAJO			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAVECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	429 948	6 412 188	561 116	491 786	67 226	2 104
Valle de México	101 691	2 083 906	166 322	102 970	32 371	981
Agascalientes	6 269	68 827	6 065	5 504	558	3
Baja California	15 741	180 988	18 658	17 543	1 099	16
Baja California Sur	3 035	27 724	2 033	1 937	89	7
Campeche	3 074	33 192	2 942	2 852	90	-
Coahuila	15 471	249 615	31 853	29 352	2 459	42
Colima	3 265	39 323	2 603	2 412	190	1
Chiapas	6 137	59 827	2 772	2 634	137	1
Chihuahua	17 215	228 567	23 883	21 117	2 629	137
Durango	6 959	88 320	9 453	8 770	673	10
Guanajuato	21 185	247 185	16 692	15 144	1 518	30
Guerrero	8 551	105 118	10 944	10 269	662	13
Hidalgo	5 282	85 205	8 348	7 500	658	190
Jalisco	33 416	439 774	48 545	41 657	6 863	25
México-Toluca	5 163	116 251	3 889	3 456	432	1
Nichoacán	11 671	94 629	6 654	6 275	379	-
Morelos	5 451	83 492	4 701	4 352	335	14
Nayarit	5 210	68 071	2 833	2 607	3 286	-
Nuevo León	28 515	477 673	45 902	42 008	3 780	114
Oaxaca	5 523	68 280	4 947	4 112	3 240	3
Puebla	12 221	193 820	22 309	18 631	3 665	13
Querétaro	4 975	86 514	4 853	4 148	620	95
Quintana Roo	2 761	32 514	2 521	2 297	218	6
San Luis Potosí	8 920	120 549	9 679	8 781	882	16
Sinaloa	16 986	179 453	16 994	16 086	903	5
Sonora	19 483	187 393	17 780	16 572	1 170	38
Tabasco	5 646	64 838	5 018	4 930	1 188	-
Tamaulipas	16 748	193 211	17 057	15 538	1 268	251
Tlaxcala	1 396	38 062	2 407	2 129	334	4
Veracruz	20 286	351 188	31 111	29 729	1 176	6
Yucatán	6 739	76 349	6 909	6 209	679	21
Zacatecas	4 544	45 330	3 268	3 045	167	56
Información insuficiente	419	-	881	718	158	5

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM - 15.

2. EMPRESAS, TRABAJADORES Y RIESGOS DE TRABAJO ACEPTADOS Y TERMINADOS SEGUN SUS TIPOS
 ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

1983

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	RIESGOS DE TRABAJO ACEPTADOS				RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO	TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	429 948	6 412 188	593 033	521 957	66 736	4 340	561 116	491 786	67 226	2 104
Valle de México	101 691	2 083 906	180 429	144 876	33 186	2 367	166 322	132 970	32 371	981
Agascalientes	6 269	68 827	5 719	5 169	547	3	6 065	5 504	558	3
Baja California	15 741	180 988	19 484	18 208	1 259	17	18 658	17 543	1 099	16
Baja California Sur	3 035	27 724	2 006	1 913	81	12	2 033	1 937	89	7
Campeche	3 074	33 192	3 173	3 090	79	4	2 942	2 852	90	-
Coahuila	15 471	249 615	33 679	31 460	2 153	66	31 853	29 352	2 459	42
Colima	3 265	39 323	2 754	2 582	172	-	2 603	2 412	190	1
Chiapas	6 137	59 827	2 939	2 827	110	2	2 772	2 634	137	1
Chihuahua	17 215	229 567	26 144	23 703	2 241	200	23 883	21 117	2 629	137
Durango	6 959	88 320	10 334	9 660	663	11	9 453	8 770	673	10
Guanajuato	21 185	247 185	17 675	16 147	1 496	32	16 692	15 144	1 518	30
Güerrero	8 551	105 118	10 826	10 050	688	88	10 944	10 269	662	13
Hidalgo	5 282	85 205	8 670	7 689	652	329	8 348	7 500	658	190
Jalisco	33 416	439 774	52 426	45 277	7 072	77	48 545	41 557	6 863	25
México	5 163	116 251	4 342	3 951	391	-	3 889	3 456	432	1
Nichoacán	11 671	94 629	8 039	7 726	308	5	6 654	6 275	379	-
Morelos	5 451	83 492	4 920	4 615	294	11	4 701	4 352	335	-
Nayarit	5 210	68 071	3 350	3 172	178	-	2 833	2 607	226	14
Nuevo León	28 515	477 673	45 868	42 290	3 401	177	45 902	42 008	3 780	114
Oaxaca	5 523	68 280	4 683	4 471	208	4	4 947	4 712	230	3
Puebla	12 221	193 820	24 180	20 196	3 941	43	22 309	18 531	3 666	13
Querétaro	4 375	86 514	5 046	4 314	632	95	4 863	4 148	627	95
Quintana Roo	2 761	32 514	2 693	2 447	238	8	2 521	2 297	218	6
San Luis Potosí	8 920	120 549	10 024	9 201	805	18	9 679	8 981	882	16
Sinaloa	16 986	179 453	16 687	15 879	801	7	16 394	16 086	918	5
Sonora	19 483	187 933	18 810	17 705	1 081	24	17 800	16 572	1 170	38
Tabasco	5 646	64 838	5 259	5 087	172	-	5 018	4 930	188	-
Tamaulipas	16 748	193 211	16 887	15 479	1 311	277	17 057	15 538	1 268	251
Tlaxcala	1 396	34 062	3 486	3 006	475	5	2 487	2 129	334	4
Veracruz	20 286	351 188	31 595	30 143	1 424	28	31 311	29 729	1 576	6
Yucatán	6 739	76 349	7 099	6 373	705	21	6 909	6 209	679	21
Zacatecas	4 544	45 330	3 807	3 281	147	-	3 268	3 045	167	56
Información insuficiente	419	-	-	-	-	-	881	718	158	5

193

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPH-15.

2. EMPRESAS, TRABAJADORES Y DIAS PERDIDOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGUAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1980

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	DIAS PERDIDOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	366 452	5 077 948	10 540 325	9 188 184	1 297 743	54 398
Valle de México	97 132	1 716 917	3 641 080	2 952 186	666 282	22 612
Aguascalientes	5 467	41 822	72 429	64 738	7 551	140
Baja California	13 117	141 757	290 708	269 875	15 246	987
Baja California Sur	2 364	17 694	18 506	17 352	1 135	19
Campeche	2 691	24 852	65 339	61 483	3 136	720
Coahuila	13 704	189 033	617 002	573 918	38 668	4 416
Colima	2 529	28 893	42 587	42 305	6 267	15
Chiapas	4 879	77 804	114 767	106 238	8 529	-
Chihuahua	14 921	170 403	464 878	419 859	42 895	2 124
Durango	5 881	56 261	188 766	172 643	15 613	510
Guanajuato	15 400	144 031	268 143	239 154	27 024	1 970
Guerrero	6 070	72 972	132 595	115 581	16 668	326
Hidalgo	3 901	56 470	85 054	77 895	6 126	973
Jalisco	27 633	344 567	736 083	625 659	109 043	1 361
Jalisco-Toluca	3 705	70 182	111 700	96 874	14 384	444
Michoacán	9 523	82 151	174 210	164 371	9 207	32
Morelos	4 654	59 228	101 160	93 025	7 927	206
Nayarit	3 623	38 791	46 573	41 851	4 693	29
Nuevo León	23 178	365 499	674 620	614 080	54 722	5 758
Oaxaca	4 719	49 751	73 953	68 238	5 715	-
Puebla	10 813	171 272 1/	391 947	335 933	55 376	638
Queretaro	3 854	66 514	110 965	93 139	16 679	1 147
Quintana Roo	1 997	23 479	26 879	23 803	3 074	2
San Luis Potosí	6 674	75 439	133 765	119 021	14 516	222
Sinaloa	15 160	140 722	337 945	307 864	29 214	267
Sonora	16 863	187 661	252 586	231 538	19 620	1 424
Tlaxcala	3 569	62 665	50 641	43 135	6 506	-
Tamaulipas	14 972	157 293	362 001	332 088	26 455	3 458
Tlaxcala	1 067	-	39 224	35 176	4 628	20
Veracruz	17 932	358 285	729 816	685 371	42 024	2 423
Yucatán	5 556	57 989	125 006	113 100	11 816	90
Zacatecas	2 934	28 511	43 790	40 693	1 656	1 441
Información insuficiente						

FUENTE: Juratura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPII - 15.
1/ Se incluye Tlaxcala.

3. EMPRESAS, TRABAJADORES Y DIAS PERDIDOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGUARAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1981

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	DIAS PERDIDOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	399 828	6 482 693	10 957 953	9 432 873	1 459 110	65 570
Valle de México	102 944	2 322 965	3 884 013	3 080 837	773 092	30 084
Aguascalientes	5 837	55 956	88 919	79 226	8 922	71
Baja California	13 726	172 752	320 068	298 058	21 560	430
Baja California Sur	2 807	23 885	28 557	27 635	876	46
Campeche	2 763	33 802	46 861	45 461	1 400	-
Coahuila	14 745	240 410	562 278	519 394	39 594	3 340
Colima	2 723	36 492	47 134	47 558	5 660	16
Chiapas	5 372	70 957	74 814	67 331	7 481	2
Chihuahua	15 831	221 809	469 541	400 096	36 765	2 680
Durango	6 386	75 559	201 222	183 760	16 750	672
Guadalupe	17 761	183 901	279 761	246 234	31 972	1 555
Guerrero	6 865	89 963	152 080	131 681	20 397	2
Hidalgo	4 590	82 623	116 280	103 780	12 272	223
Jalisco	30 091	428 144	875 763	734 894	137 423	3 446
México-Toluca	4 353	95 057	91 927	80 239	11 688	660
Michoacán	10 909	92 003	128 673	120 136	7 867	215
Morelos	4 774	69 230	94 978	84 622	10 141	7
Nayarit	4 786	54 620	66 434	59 794	6 633	5 416
Nuevo León	26 106	456 071	673 175	608 632	59 127	373
Oaxaca	5 330	56 578	82 664	77 513	4 778	7
Puebla	11 836	187 014	418 969	355 722	61 984	1 263
Queretaro	4 413	89 608	118 157	99 591	18 212	27
Quintana Roo	2 125	32 133	30 246	26 339	3 880	197
San Luis Potosí	8 365	103 590	176 255	156 810	19 246	24 005
Sinaloa	15 813	165 022	309 316	284 843	24 005	467
Sonora	17 595	219 330	309 458	276 386	22 656	1 416
Tabasco	4 974	84 594	71 508	67 463	4 045	4 602
Tamaulipas	15 505	192 425	366 124	327 033	34 489	5 038
Tlaxcala	1 180	192 425	34 763	30 725	2 619	367
Veracruz	19 154	404 188	620 694	566 871	2 933	1 845
Yucatán	6 199	72 348	164 890	145 877	18 646	367
Zacatecas	3 688	32 992	48 559	43 781	2 933	1 845
Información insuficiente	283	-	12 473	10 891	1 197	385

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPII - 15.

19.

3. EMPRESAS, TRABAJADORES Y DIAS PERDIDOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL SEGUN TIPO DE RIESGO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1982

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	DIAS PERDIDOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	412 159	5 666 112	11 193 130	9 496 109	1 630 028	66 993
Valle de México	99 097	1 841 985	3 892 739	3 021 165	845 808	25 766
Aguaascalientes	5 929	55 932	99 263	86 812	12 193	258
Baja California	14 491	155 184	343 903	316 333	24 885	2 685
Baja California Sur	2 945	24 739	27 118	25 207	1 868	43
Campeche	2 933	28 254	69 953	64 365	5 511	77
Coahuila	15 203	217 829	571 856	524 344	43 236	4 276
Colima	3 069	34 219	57 770	51 481	6 289	-
Chiapas	5 779	50 171	65 925	60 486	5 411	28
Chihuahua	16 290	209 188	431 745	387 268	42 947	1 530
Durango	6 744	71 431	182 369	167 564	14 385	420
Guanajuato	20 414	185 814	382 725	332 964	47 546	2 215
Guerrero	8 337	93 946	173 669	154 772	16 846	2 051
Hidalgo	4 825	74 645	144 257	123 920	14 057	270
Jalisco	31 395	416 993	776 846	637 276	136 158	2 412
México-Toluca	4 791	89 440	105 150	89 231	15 797	122
Michoacán	11 478	87 201	144 709	131 433	13 186	90
Morelos	5 035	65 530	93 143	82 450	9 990	703
Nayarit	5 059	50 790	69 349	61 108	8 241	-
Nuevo León	27 377	396 387	703 196	623 905	74 475	4 816
Oaxaca	5 582	51 649	82 225	74 391	7 800	34
Puebla	11 581	161 782	473 912	391 799	80 450	1 663
Querétaro	4 701	78 524	126 135	106 109	19 491	535
Quintana Roo	2 499	24 640	38 169	33 156	4 974	39
San Luis Potosí	8 819	105 935	208 852	188 556	27 647	649
Sinaloa	16 123	144 249	296 387	272 043	23 698	646
Sonora	18 147	212 021	304 921	279 410	24 973	538
Tabasco	5 103	61 982	82 612	76 871	5 741	-
Tamaulipas	16 042	175 488	386 061	352 315	28 941	4 805
Tlaxcala	1 338	28 571	56 634	46 243	9 882	509
Veracruz	20 124	369 696	587 161	542 073	36 144	8 944
Yucatán	6 401	66 188	158 101	141 330	16 514	257
Zacatecas	4 271	35 709	44 667	41 172	2 883	612
Información Insuficiente	2 77	-	12 578	10 557	2 021	-

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPH - 15.

3. EMPRESAS, TRABAJADORES Y DIAS PERDIDOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1983

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	DIAS PERDIDOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	429 948	6 412 188	10 045 572	8 517 205	1 476 802	51 565
Valle de México	101 691	2 083 906	3 235 205	2 499 931	731 328	21 946
Aguascalientes	6 269	68 827	106 255	92 938	13 231	86
Baja California	15 741	180 988	327 094	299 886	26 878	330
Baja California Sur	3 035	27 724	26 965	25 034	1 675	256
Campeche	3 074	33 192	49 308	47 550	1 725	33
Coahuila	15 471	249 615	497 119	455 502	38 688	2 969
Colima	3 265	39 323	48 204	42 878	5 314	12
Chiapas	6 137	59 827	55 129	52 106	3 009	14
Chihuahua	17 215	229 567	397 957	343 090	52 490	2 377
Durango	6 959	88 320	199 565	182 202	17 077	286
Guanajuato	21 185	247 185	363 389	313 605	48 872	912
Guerrero	8 551	105 118	190 024	172 560	16 508	555
Hidalgo	5 282	85 205	145 568	129 036	15 733	799
Jalisco	33 416	439 774	805 140	660 257	142 749	2 134
México-Toluca	5 163	116 251	86 419	74 802	11 617	-
Michoacán	11 671	94 629	132 456	120 460	11 687	309
Morcles	5 451	83 492	74 176	66 549	7 448	179
Nayarit	5 210	68 071	60 514	54 280	6 234	-
Nuevo León	28 515	477 673	680 324	609 273	68 565	2 486
Oaxaca	5 523	68 280	75 697	71 729	6 212	56
Puebla	12 221	193 820	432 304	349 081	82 898	325
Querétaro	4 975	86 514	96 915	82 071	12 335	1 509
Quintana Roo	2 761	32 514	39 527	33 116	6 251	150
San Luis Potosí	6 920	120 549	185 061	162 994	21 577	490
Sinaloa	16 986	179 453	291 064	263 911	25 983	1 170
Sonora	19 483	187 393	280 792	255 190	25 040	562
Tlascasco	5 646	68 838	71 405	66 706	4 699	-
Tamaulipas	16 748	193 211	269 655	242 322	24 131	3 202
Tlaxcala	396	34 062	43 747	36 462	7 105	180
Veracruz	20 236	351 188	574 296	531 795	35 812	6 689
Yucatán	6 739	76 349	134 505	117 419	16 697	389
Zacatecas	4 544	45 330	53 792	49 464	3 879	449
Información insuficiente	419	-	16 701	13 006	3 285	410

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma R P M - 15.

4. EMPRESAS, TRABAJADORES E INCAPACIDADES PERMANENTES SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1980

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	INCAPACIDADES PERMANENTES			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	366 452	5 077 948	14 681	12 160	825	1 696
Valle de México	97 132	1 716 917	4 148	3 108	299	741
Aguascalientes	5 467	41 872	72	67	5	-
Baja California	13 117	141 757	352	331	17	4
Baja California Sur	2 364	17 694	9	9	-	-
Campeche	2 691	24 852	82	77	5	-
Coahuila	13 704	188 033	1 022	801	37	184
Colima	2 529	28 893	26	23	2	1
Chiapas	4 879	77 804	181	173	8	-
Chihuahua	14 921	170 403	819	487	29	303
Durango	5 881	56 261	422	397	23	2
Guanajuato	15 400	144 031	347	326	17	4
Guerrero	6 070	72 972	195	151	24	20
Hidalgo	3 901	56 470	294	149	10	135
Jalisco	27 633	344 567	797	730	56	11
México-Toluca	3 705	70 182	179	166	10	3
Nichoacán	9 523	82 151	181	168	10	3
Morelos	4 634	59 228	160	112	5	43
Nayarit	3 623	38 791	47	44	3	-
Nuevo León	23 178	365 499	1 038	936	50	52
Oaxaca	4 719	49 751	127	120	7	-
Puebla	10 813	171 272	438	390	31	17
Querétaro	3 854	66 814	201	171	12	18
Quintana Roo	1 997	23 479	35	30	5	-
San Luis Potosí	6 674	75 439	240	223	16	1
Sinaloa	15 160	140 722	357	334	18	5
Sonora	16 853	187 651	475	445	22	8
Tabasco	3 559	62 655	106	97	9	-
Tamaulipas	14 972	157 293	476	447	28	-
Tlaxcala	1 067	57	57	55	-	2
Veracruz	17 932	358 285	1 075	1 013	54	8
Yucatán	5 556	57 989	513	488	12	13
Zacatecas	2 934	28 511	210	92	1	117
Información insuficiente						

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM - 15.
1/ Se incluye Tlaxcala.

4. EMPRESAS, TRABAJADORES E INCAPACIDADES PERMANENTES SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGUARAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1981

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	INCAPACIDADES PERMANENTES			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	399 828	6 482 693	18 353	14 514	1 150	2 689
Valle de México	102 944	2 322 965	7 550	5 672	629	1 249
Aguascalientes	5 837	55 956	140	132	7	1
Baja California	13 726	172 752	350	337	13	-
Baja California Sur	2 807	23 885	5	5	-	-
Campeche	2 763	33 802	25	24	-	1
Coahuila	14 745	240 418	1 669	1 179	57	433
Colima	2 723	36 492	47	42	5	-
Chiapas	5 372	70 957	96	86	10	-
Chihuahua	15 831	221 809	893	424	18	441
Durango	6 386	75 559	343	321	20	2
Guajuato	17 761	183 901	385	361	22	2
Guerrero	6 865	89 963	277	226	23	28
Hidalgo	4 590	82 623	325	219	19	67
Jalisco	50 091	428 144	971	875	74	22
México-Toluca	4 353	98 057	115	111	2	2
Michoacán	10 909	92 003	141	133	5	3
Morelos	4 774	69 230	190	152	9	29
Nayarit	4 786	54 620	46	42	4	-
Nuevo León	26 106	456 071	1 402	1 145	54	203
Oaxaca	5 330	56 578	115	111	4	-
Puebla	11 835	187 014	478	407	44	27
Querétaro	4 413	89 608	175	137	12	26
Quintana Roo	2 125	32 133	25	23	2	-
San Luis Potosí	8 366	103 590	315	298	15	2
Sinaloa	15 813	165 022	328	310	18	-
Sonora	17 595	219 330	585	561	19	5
Tabasco	4 974	84 594	99	95	4	-
Tamaulipas	15 505	192 425	134	121	13	-
Tlaxcala	1 180	33 664	16	14	1	1
Veracruz	19 154	404 188	455	416	24	15
Yucatán	6 199	72 348	522	487	21	14
Zacatecas	3 688	32 992	126	30	1	95
Información Insuficiente	283	-	20	18	1	1

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM - 15.

4. EMPRESAS, TRABAJADORES E INCAPACIDADES PERMANENTES SEGUN TIPOS DE RIESGO
 ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
 1982

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	INCAPACIDADES PERMANENTES			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	412 159	5 666 112	17 139	14 278	1 333	1 708
Valle de México	99 097	1 841 985	6 167	4 817	649	701
Aguascalientes	5 929	55 932	132	121	11	-
Baja California	14 491	155 184	264	244	17	3
Baja California Sur	2 945	24 739	8	8	-	-
Campeche	2 933	28 254	92	84	51	338
Coahuila	15 203	217 829	1 482	1 093	2	-
Colima	3 069	34 219	56	54	5	-
Chiapas	5 779	50 171	75	70	46	187
Chihuahua	16 290	209 188	849	616	19	1
Durango	6 744	71 431	352	332	39	10
Guanajuato	20 414	185 814	455	406	187	20
Guerrero	8 337	93 946	229	183	10	109
Hidalgo	4 825	74 645	302	263	72	9
Jalisco	31 395	416 253	721	640	12	3
México-Toluca	4 791	89 440	181	166	17	3
Nichoacán	11 478	87 201	212	192	14	23
Oaxaca	5 035	65 530	171	134	6	-
Morelos	5 059	50 790	75	69	7	81
Nayarit	27 377	396 387	1 281	1 129	6	-
Nuevo León	5 582	51 649	114	108	6	29
Oaxaca	11 541	161 782	654	569	14	18
Puebla	4 701	78 524	228	196	2	-
Querétaro	2 499	24 640	24	22	2	3
Quintana Roo	8 819	105 935	280	250	30	2
San Luis Potosí	16 123	144 249	455	423	34	6
Sinaloa	18 147	212 021	531	491	7	-
Sonora	5 103	61 982	147	140	31	-
Tabasco	16 042	175 488	459	428	-	15
Tamaulipas	1 338	28 571	15	15	-	-
Tlaxcala	20 124	369 696	669	620	34	22
Veracruz	6 401	66 188	425	385	18	123
Yucatán	4 271	35 709	196	70	5	-
Zacatecas	277	-	16	16	-	-
Información insuficiente						

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPH - 15.

4. EMPRESAS, TRABAJADORES E INCAPACIDADES PERMANENTES SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGUAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1983

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	INCAPACIDADES PERMANENTES			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	429 948	6 412 188	18 230	14 082	1 374	2 774
Valle de México	101 691	2 083 905	6 444	4 421	706	1 317
Aguascalientes	6 269	68 827	191	181	10	-
Baja California	15 741	180 988	400	381	19	-
Baja California Sur	3 035	27 724	28	25	2	1
Campeche	3 074	33 192	95	95	-	-
Coahuila	15 471	249 615	1 653	1 328	36	289
Colima	3 265	39 323	32	29	3	-
Chiapas	6 137	59 827	57	56	1	-
Chihuahua	17 215	229 567	822	602	41	179
Durango	6 959	88 320	400	376	23	1
Guanajuato	21 185	247 185	383	342	31	10
Guerrero	8 551	105 118	325	232	27	66
Hidalgo	5 292	85 205	508	237	12	259
Jalisco	33 416	439 774	685	589	63	23
México-Toluca	5 163	116 251	144	133	9	2
Michoacán	11 671	94 629	171	162	9	-
Morelos	5 451	83 492	103	91	4	8
Nayarit	5 210	68 071	62	56	6	-
Nuevo León	28 515	477 673	1 179	1 032	64	83
Oaxaca	5 523	68 280	75	74	1	-
Puebla	12 221	193 820	711	612	80	19
Querétaro	4 975	86 514	289	188	13	88
Quintana Roo	2 761	32 514	22	17	4	1
San Luis Potosí	8 920	120 549	310	283	26	1
Sinaloa	16 986	179 453	417	383	32	2
Sonora	19 483	187 393	519	475	40	4
Tabasco	5 646	64 838	140	131	9	-
Tamaulipas	16 748	193 211	358	326	28	4
Tlaxcala	1 396	34 062	94	83	8	3
Veracruz	20 286	351 188	676	631	33	12
Yucatán	6 739	76 249	417	382	24	11
Zacatecas	4 544	45 330	492	98	7	387
Información insuficiente	419	-	28	21	3	4

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma R.P.M. - 15.

5. EMPRESAS, TRABAJADORES Y DEFUNCIONES SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1980

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	DEFUNCIONES			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	366 452	5 077 948	1 514	1 140	359	15
Valle de México	97 132	1 716 917	325	227	96	2
Aguascalientes	5 467	41 872	15	12	3	-
Baja California	13 117	141 757	29	21	8	-
Baja California Sur	2 364	17 694	-	-	-	-
Campeche	2 691	24 852	-	-	-	-
Coahuila	13 704	188 033	13	12	1	3
Colima	2 529	28 893	6	6	-	-
Chiapas	4 879	77 804	56	44	12	-
Chihuahua	14 921	170 403	28	24	4	-
Durango	5 881	56 261	37	28	9	-
Guanaajuato	15 400	144 031	45	34	11	-
Guerrero	6 070	72 972	36	27	9	-
Hidalgo	3 901	56 470	29	20	5	4
Jalisco	27 633	344 567	100	71	29	-
México-Toluca	3 705	70 182	23	20	3	-
Michoacán	9 523	82 151	49	38	11	-
Morelos	4 634	59 228	11	9	2	-
Nayarit	3 623	38 791	6	4	1	-
Nuevo León	23 178	365 499	106	84	20	2
Oaxaca	4 719	49 751	39	34	5	-
Puebla	10 813	171 272 1/	49	34	15	-
Querétaro	3 054	65 514	43	25	18	-
Quintana Roo	1 997	23 479	12	9	3	-
San Luis Potosí	6 674	75 439	34	24	10	-
Sinaloa	15 160	140 722	53	37	16	-
Sonora	16 863	187 561	59	53	6	-
Tabasco	3 559	62 655	32	23	9	-
Tamaulipas	14 972	157 293	60	48	12	-
Tlaxcala	1 067	-	5	5	1	-
Veracruz	17 932	358 285	131	106	25	-
Yucatán	5 556	57 989	19	15	4	-
Zacatecas	2 934	28 511	25	18	3	4
Información insuficiente						

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM - 15.
1/ Se incluye Tlaxcala.

5. EMPRESAS, TRABAJADORES Y DEFUNCIONES SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGUARAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1981

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	DEFUNCIONES			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	399 828	6 482 693	1 652	1 180	453	19
Valle de México	102 944	2 322 965	578	375	194	9
Aguascalientes	5 837	55 956	9	7	2	-
Baja California	13 726	172 752	33	27	6	-
Baja California Sur	2 807	23 885	2	2	-	-
Campeche	2 763	33 802	-	-	-	-
Coahuila	14 745	240 418	55	40	13	2
Colima	2 723	36 492	12	5	7	-
Chiapas	5 372	70 957	36	25	11	-
Chihuahua	15 831	221 809	54	48	6	-
Durango	6 386	75 559	31	22	9	-
Guajuato	17 761	183 901	34	28	6	-
Guerrero	6 865	89 963	5	5	-	-
Hidalgo	4 590	82 623	38	28	7	3
Jalisco	30 091	428 144	118	82	35	1
México-Toluca	4 353	98 057	30	18	12	-
Michoacán	10 909	92 003	18	15	3	-
Morales	4 774	69 230	28	25	3	-
Nayarit	4 786	54 620	4	3	1	-
Nuevo León	26 106	456 071	132	97	33	2
Oaxaca	5 330	56 578	31	29	2	-
Puebla	11 835	-187 014	53	33	20	-
Querétaro	4 413	89 608	21	14	7	-
Quintana Roo	2 125	32 133	6	5	1	-
San Luis Potosí	8 365	103 590	46	30	16	-
Sinaloa	15 813	165 022	62	44	18	-
Sonora	17 595	219 330	59	48	11	-
Tabasco	4 974	84 594	36	26	10	-
Tampulipas	15 505	192 425	21	20	1	-
Tlaxcala	1 180	33 664	8	4	4	-
Veracruz	19 154	404 188	59	51	8	-
Yucatán	6 199	72 348	18	14	4	-
Zacatecas	3 688	33 392	11	7	2	2
Información insuficiente	283	-	4	3	1	-

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo, Forma RPM - 15.

5. EMPRESAS, TRABAJADORES Y DEFUNCIONES SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

1982

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	DEFUNCIONES			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	412 159	5 666 112	1 400	986	396	18
Valle de México	99 097	1 841 985	406	241	160	5
Aguascalientes	5 929	55 932	18	15	3	-
Baja California	14 491	155 184	17	16	1	-
Baja California Sur	2 945	24 739	4	3	1	-
Campeche	2 933	28 254	-	-	-	-
Coahuila	15 203	217 829	31	19	11	1
Colima	3 069	34 219	14	11	3	-
Chiapas	5 779	50 171	15	14	1	-
Chihuahua	16 290	209 188	42	35	7	-
Durango	6 744	71 431	25	17	8	-
Guanajuato	20 414	185 814	45	39	6	-
Guerrero	8 337	93 946	35	27	8	-
Hidalgo	4 825	74 645	38	23	13	-
Jalisco	31 395	416 993	95	69	25	1
México-Toluca	4 791	89 440	34	19	15	-
Nichoacán	11 478	87 201	30	24	6	-
Oaxaca	5 035	65 530	22	16	6	-
Nayarit	5 059	50 790	4	4	-	-
Nuevo León	27 377	396 387	71	46	23	2
Oaxaca	5 582	51 649	37	29	8	-
Puebla	11 541	161 782	62	41	21	-
Querétaro	4 701	78 524	11	9	2	-
Quintana Roo	2 499	24 640	11	9	2	-
San Luis Potosí	8 819	105 935	31	22	9	-
Sinaloa	16 123	144 249	58	45	13	-
Sonora	18 147	212 021	36	33	3	-
Tabasco	5 103	61 982	29	19	10	-
Tamaulipas	16 042	174 488	52	46	6	-
Tlaxcala	1 338	28 571	3	2	1	-
Veracruz	20 124	369 696	92	73	19	-
Yucatán	6 401	66 188	11	8	3	-
Zacatecas	4 271	35 709	21	13	1	7
Información insuficiente						

102

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPH - 15.

5. EMPRESAS, TRABAJADORES Y DEFUNCIONES SEGUN TIPOS DE RIESGO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1983

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	DEFUNCIONES			
			TOTAL	ACCIDENTES DE TRABAJO	ACCIDENTES EN TRAYECTO	ENFERMEDADES DE TRABAJO
Total	429 948	6 412 188	1 376	1 013	342	21
Valle de México	101 691	2 083 906	388	236	143	9
Aguascalientes	6 269	68 827	17	16	1	-
Baja California	15 741	160 988	29	22	7	-
Baja California Sur	3 035	27 724	4	3	1	-
Campeche	3 074	33 192	3	3	-	-
Coahuila	15 471	249 615	31	22	9	-
Colima	3 265	39 323	7	4	3	-
Chiapas	6 137	59 827	20	18	2	-
Chihuahua	17 215	229 567	35	26	9	-
Durango	6 959	88 320	27	21	6	-
Guajuato	21 185	247 185	79	65	12	1
Guerrero	8 551	105 118	43	36	7	-
Hidalgo	5 232	85 205	50	41	9	-
Jalisco	33 416	439 774	44	33	11	-
México-Toluca	5 163	116 251	21	19	2	-
Michoacán	11 671	94 629	16	11	5	-
Morelos	5 451	83 492	28	26	2	-
Nayarit	5 210	68 071	10	8	2	-
Nuevo León	28 515	477 673	73	56	13	4
Oaxaca	5 523	68 280	19	12	4	3
Puebla	12 221	193 820	74	56	18	-
Querétaro	4 975	86 514	28	19	8	1
Quintana Roo	2 761	32 514	9	5	1	-
San Luis Potosí	8 920	120 549	33	28	5	-
Sinaloa	16 986	179 453	55	42	13	-
Sonora	19 483	187 393	53	40	13	-
Tabasco	5 646	64 838	38	31	7	-
Tamaulipas	16 748	193 211	21	17	4	-
Tlaxcala	1 396	34 062	13	9	4	-
Veracruz	20 286	351 188	67	55	11	1
Yucatán	6 739	76 349	21	16	5	-
Zacatecas	4 544	45 330	17	13	2	2
Información insuficiente	419	-	3	-	3	-

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM - 15.

6. EMPRESAS, TRABAJADORES E INDICADORES DE LOS RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS
ASEGUARAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1980

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	PROMEDIO DE DIAS SUBSIDIADOS POR CASO DE RIESGO DE TRABAJO	RIESGOS DE TRABAJO POR CADA 100 TRABAJADORES EX PUESTOS AL RIESGO	INCAPACIDADES PERMANENTES POR CADA 1000 RIESGOS DE TRABAJO	DEFUNCIONES POR CADA 10 000 TRABAJADORES EX PUESTOS AL RIESGO
Total	366 452	5 077 948	17.5	11.8	24.4	3.0
Valle de México	97 132	1 716 917	17.9	11.8	20.5	1.9
Aguascalientes	5 467	41 672	17.1	10.1	17.1	3.6
Baja California	13 117	141 757	17.2	11.9	20.8	2.0
Baja California Sur	2 364	17 694	13.5	7.7	6.6	-
Campeche	2 691	24 852	19.0	13.8	23.8	5.2
Coahuila	13 704	188 033	16.6	19.7	27.6	2.1
Colima	2 529	28 893	19.2	8.7	10.3	2.1
Chiapas	4 879	77 804	18.9	9.8	29.9	7.2
Chihuahua	14 921	170 403	18.1	15.0	31.9	1.6
Durango	5 881	56 261	20.3	16.5	45.5	6.6
Guanaajuato	15 400	144 031	19.1	9.7	24.7	3.1
Guerrero	6 070	72 972	17.7	10.3	26.0	4.9
Hidalgo	3 901	56 470	16.8	8.9	58.4	5.1
Jalisco	27 633	344 567	15.0	14.2	16.2	2.9
México	3 705	70 122	23.3	6.8	37.3	3.3
Michoacán	9 523	82 151	20.0	10.6	20.8	5.9
Morelos	4 634	59 228	16.7	10.2	26.5	1.9
Nayarit	3 623	38 791	21.4	5.6	21.6	1.3
Nuevo León	23 178	365 499	14.9	12.3	23.0	2.9
Oaxaca	4 719	49 751	17.3	8.6	29.8	7.8
Puebla	10 813	171 272	18.2	13.8	21.0	3.2
Querétaro	3 854	66 514	20.6	8.1	37.4	6.5
Quintana Roo	1 997	23 479	13.1	8.7	17.1	5.1
San Luis Potosí	6 674	75 439	18.8	9.4	33.8	4.5
Sinaloa	15 160	140 722	18.3	13.1	19.4	3.1
Sonora	16 863	187 661	14.3	9.4	26.9	3.1
Tabasco	3 559	62 655	15.1	6.3	27.0	5.1
Tamaulipas	14 972	157 293	17.7	13.0	23.3	3.8
Tlaxcala	1 067	18 8	15.8	-	-	-
Veracruz	17 932	358 285	20.2	10.1	29.8	3.7
Yucatán	5 556	57 989	16.5	13.0	68.0	3.3
Zacatecas	2 934	28 511	14.8	10.4	71.0	8.8
Información insuficiente	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

1/ Se incluye Tlaxcala.

6. EMPRESAS, TRABAJADORES E INDICADORES DE LOS RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1981

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	PROMEDIO DE DIAS SUBSIDIADOS POR CASO DE RIESGO DE TRABAJO	RIESGOS DE TRABAJO POR CADA 100 TRABAJADORES EX PUESTOS AL RIESGO	INCAPACIDADES PERMANENTES POR CADA 1000 RIESGOS DE TRABAJO	DEFUNCIONES POR CADA 10 000 TRABAJADORES EXPUESTOS AL RIESGO
Total	399 828	6 482 693	17.6	9.6	29.6	2.6
Valle de México	102 944	2 322 965	18.8	8.9	36.6	2.5
Aguascalientes	5 837	55 956	17.2	9.2	27.2	1.6
Baja California	13 725	172 752	17.3	10.7	19.0	1.9
Baja California Sur	2 807	23 885	14.2	8.4	2.5	0.8
Campeche	2 763	33 802	18.4	7.5	9.8	-
Coahuila	14 745	240 418	15.1	15.5	44.0	2.3
Colima	2 723	36 492	17.9	7.2	17.9	3.3
Chiapas	5 372	70 957	22.7	4.6	29.2	5.1
Chihuahua	15 831	221 809	16.1	13.1	30.3	2.4
Durango	6 986	75 559	20.5	12.9	35.1	4.1
Guanajuato	17 761	183 901	19.4	7.8	26.7	1.8
Guerrero	6 865	89 963	18.0	9.3	32.9	0.6
Hidalgo	4 590	82 623	16.5	8.5	46.4	4.6
Jalisco	30 091	428 144	16.5	12.4	18.3	2.8
México	4 253	98 057	22.9	4.1	28.8	3.1
Michoacán	10 909	92 003	16.7	8.3	18.4	2.0
Morelos	4 774	69 230	15.7	8.7	31.5	4.0
Nayarit	4 786	54 620	23.3	5.2	16.2	0.7
Nuevo León	26 106	456 071	14.5	10.2	30.3	2.9
Oaxaca	5 330	56 578	14.7	9.9	20.5	5.5
Puebla	11 835	187 014	17.1	13.0	19.6	2.8
Querétaro	4 213	89 608	20.6	6.4	30.6	2.3
Quintana Roo	2 125	32 133	14.2	6.6	11.8	1.9
San Luis Potosí	8 365	103 590	20.5	8.3	36.6	4.4
Sinaloa	15 813	165 022	18.0	10.1	19.1	3.8
Sonora	17 595	219 330	15.2	9.0	29.6	2.7
Tabasco	4 974	84 594	14.5	5.8	20.1	4.3
Tamaulipas	15 505	192 425	17.9	10.5	6.6	1.1
Tlaxcala	1 180	33 664	15.3	6.7	7.1	2.6
Veracruz	19 154	404 188	19.5	7.8	14.3	1.4
Yucatán	6 199	72 348	19.1	11.9	60.7	2.5
Zacatecas	3 688	32 992	14.8	9.9	38.6	3.3
Información insuficiente	283	-	-	-	-	-

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

6. EMPRESAS, TRABAJADORES E INDICADORES DE LOS RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1982

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	PROMEDIO DE DIAS SUBSIDIADOS POR CASO DE RIESGO DE TRABAJO	RIESGOS DE TRABAJO POR CADA 100 TRABAJADORES EX PUESTOS AL RIESGO	INCAPACIDADES PERMANENTES POR CADA 1000 RIESGOS DE TRABAJO	DEFUNCIONES POR CADA 1000 TRABAJADORES EXPUESTOS AL RIESGO
Total	412 159	5 666 112	18.8	10.5	29.1	2.5
Valle de México	99 097	1 841 985	20.0	10.6	31.7	2.2
Aguascalientes	5 929	55 932	19.0	9.3	25.3	3.2
Baja California	14 491	155 184	18.5	11.9	14.3	1.1
Baja California Sur	2 945	24 739	12.6	8.6	3.7	1.6
Campeche	2 933	26 254	21.4	11.6	28.2	-
Coahuila	15 203	217 829	15.9	16.5	41.3	1.4
Colima	3 069	34 219	20.5	8.2	19.9	4.1
Chiapas	5 779	50 171	23.0	5.7	26.2	3.0
Chihuahua	16 290	209 188	16.8	12.3	33.1	2.0
Durango	6 744	71 431	20.2	12.6	39.1	3.5
Guanajuato	20 414	185 814	21.6	9.5	25.7	2.4
Guerrero	8 337	93 946	17.6	10.5	23.2	3.7
Hidalgo	4 825	74 645	17.7	10.9	37.1	5.1
Jalisco	31 395	416 993	18.2	10.2	17.0	2.3
México	4 791	89 440	23.3	4.9	41.1	3.8
Michoacán	11 478	87 201	20.3	8.2	29.8	3.4
Morelos	5 035	65 530	17.3	8.2	31.9	3.4
Nayarit	5 059	50 790	22.8	6.0	24.7	0.8
Nuevo León	27 377	396 387	14.9	11.8	27.3	1.8
Oaxaca	5 582	51 649	16.7	9.5	23.2	7.2
Puebla	11 541	161 782	20.3	14.4	28.0	3.8
Querdáaro	4 701	78 524	22.9	7.0	41.6	1.4
Quintana Roo	2 499	24 640	15.5	9.9	9.8	4.5
San Luis Potosí	8 819	105 935	21.3	9.2	28.7	2.9
Sinaloa	16 123	144 249	17.8	11.5	27.4	4.0
Sonora	18 147	212 021	16.9	8.5	29.5	1.7
Tabasco	5 103	61 982	16.2	8.2	29.0	4.7
Tamaulipas	16 042	175 488	19.5	11.2	23.3	3.0
Tlaxcala	1 338	28 571	19.4	10.2	5.1	1.1
Veracruz	20 124	369 696	19.2	8.2	21.9	2.4
Yucatán	6 401	66 188	19.8	12.0	53.4	1.7
Zacatecas	4 271	35 709	14.3	8.7	63.6	5.9
Información insuficiente	277	-	-	-	-	-

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

6. EMPRESAS, TRABAJADORES E INDICADORES DE LOS RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS
ASEGUARAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1983

ENTIDAD FEDERATIVA	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	PROMEDIO DE DIAS SUBSIDIOS POR CASO DE RIESGO DE TRABAJO	RIESGOS DE TRABAJO BAJO POR CADA 100 TRABAJADORES EXPUESTOS AL RIESGO	INCAPACIDADES PERMANENTES POR CADA 1000 RIESGOS DE TRABAJO	DEFUNCIONES POR CADA 10 000 TRABAJADORES EXPUESTOS AL RIESGO.
Total	429 948	6 412 188	17.9	8.8	32.5	2.1
Valle de México	101 691	2 083 906	19.4	8.0	38.7	1.9
Agascalientes	6 269	68 827	17.5	8.8	31.5	2.5
Baja California	15 741	180 988	17.5	10.3	21.4	1.6
Baja California Sur	3 035	27 724	13.2	7.3	13.8	1.4
Campeche	3 074	33 192	16.7	8.9	32.3	0.9
Coahuila	15 471	245 615	15.6	12.4	51.9	1.2
Colima	3 265	39 323	18.5	6.6	12.3	1.8
Chiapas	6 137	59 827	19.8	4.6	20.6	3.3
Chihuahua	17 215	229 567	16.6	10.4	34.4	1.5
Durango	6 859	88 320	21.1	10.7	42.3	3.0
Guanajuato	21 185	247 185	21.7	6.7	22.9	3.2
Guerrero	8 551	105 118	17.3	10.4	29.7	4.1
Hidalgo	6 282	85 205	17.4	9.8	60.6	5.9
Jalisco	33 416	439 774	16.5	11.0	14.1	1.0
México	5 163	116 251	22.2	3.3	37.0	1.8
Nichoacán	11 571	94 629	19.9	7.0	25.7	1.7
Morelos	5 451	83 482	15.7	5.6	21.9	3.3
Nayarit	5 210	68 071	21.3	4.2	21.9	1.5
Nuevo León	28 515	477 573	14.8	9.6	25.7	1.5
Oaxaca	5 523	68 280	15.3	7.2	15.2	2.8
Puebla	12 221	193 820	19.3	11.5	31.9	3.8
Querétaro	4 975	86 514	19.7	5.6	59.4	3.2
Quintana Roo	2 751	32 514	15.6	7.7	8.7	2.8
San Luis Potosí	8 920	120 549	19.1	8.0	32.0	2.7
Sinaloa	16 986	179 453	17.1	9.5	24.5	3.1
Sonora	19 483	187 393	15.7	7.7	29.2	2.8
Tabasco	5 646	64 536	14.2	8.8	27.9	5.8
Tamaulipas	16 748	193 211	15.8	7.3	21.0	1.1
Tlaxcala	1 396	34 062	17.5	8.9	37.8	3.8
Veracruz	20 286	351 188	18.3	9.0	21.5	1.9
Yucatán	6 739	76 349	19.4	7.2	60.3	3.7
Zacatecas	4 544	45 330	16.4	-	150.5	2.8
Información insuficiente	419	-	18.9	-	31.8	-

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

7. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADOS EN LAS DIEZ ACTIVIDADES ECONOMICAS
CON MAYOR NUMERO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL 2/

ACTIVIDAD ECONOMICA 1/	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES		% DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADOS RESPECTO AL TOTAL	
	1981	1982	1981	1982
Total	554 268	526 237	100.0	100.0
- Construcción de edificaciones y de obras de ingeniería civil	77 571	75 451	14.0	14.4
- Fabricación de otros productos metálicos y maquinados	26 423	21 893	4.8	4.1
- Industrias básicas del hierro y del acero y de metales no ferrosos	19 832	18 500	3.6	3.5
- Elaboración y envase de refrescos, aguas gaseosas o purificadas	16 654	16 611	3.0	3.1
- Preparación, hilado, tejido y acabado de textiles de fibras blandas, excepto de punto	16 876	14 185	3.0	2.7
- Compra-venta de alimentos, bebidas y productos de tabaco, sin autotransportes	12 844	12 441	2.3	2.4
- Fabricación y ensamble de aparatos, accesorios eléctricos o electrónicos para empalme, corte, protección y conexión	11 794	9 544	2.1	1.8
- Autotransporte de pasajeros	11 424	10 454	2.0	2.0
- Fabricación de azúcar y destilación de alcohol etílico	10 830	10 369	2.0	2.0
- Fabricación y reparación de cortinas, puertas, ventanas metálicas y otros trabajos de herrería	10 788	-	2.0	-
- Fabricación de ropa en general	10 713	9 539	1.9	1.8
- Generación, transmisión y distribución de energía eléctrica	10 051	9 269	1.8	1.8
- Instituciones de crédito, seguros y finanzas	9 642	-	1.7	-
- Agricultura no mecanizada	9 376	11 238	1.7	2.1
- Fabricación de muebles y accesorios; excepto los de metal y plástico moldeado	8 170	12 014	1.5	2.2
- Servicios de reparación, lavado, engrasado y estacionamiento de vehículos	-	7 131	-	1.4
- Transporte ferroviario y eléctrico	-	7 047	-	1.4
- Seguridad social	291 280	280 551	52.6	53.3
- Extracción y beneficio del carbón mineral, grafito y minerales no metálicos, incluso azufre	-	-	-	-
- Demás actividades económicas	291 280	-	-	-

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

1/ De acuerdo al Reglamento para la Clasificación de Empresas y determinación del grado de riesgo del seguro de riesgos de trabajo, 1981. (1981, 1982 y 1983).

2/ No incluye accidentes en trayecto.

7. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADOS EN LAS DIEZ ACTIVIDADES ECONOMICAS CON MAYOR NUMERO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO ^{2/} ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

ACTIVIDAD ECONOMICA ^{1/}	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADOS		% DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADOS RESPECTO AL TOTAL
	1983 ^{3/}		1983
Total	541 145		100.0
- Construcción de casas, edificios, caminos, calles y ferrocarriles	81 510		15.1
- Fabricación de artículos metálicos	22 916		4.2
- Fundiciones	14 151		2.6
- Trabajos agrícolas, de jardinería (cultivo de maíz, trigo, arroz, frijol, garbanzo, caña de azúcar y similares)	11 075		2.0
- Fabricación y embotellado de aguas minerales, gaseosas y refrescos	14 955		2.8
- Fabricación de hilados y tejidos de fibras blandas	13 254		2.5
- Ingenios azucareros	11 577		2.1
- Fabricación de artículos de plástico, baquelita, latex	10 964		2.0
- Fabricación de aparatos, implementos y material eléctrico	10 960		2.0
- Minas no metálicas	7 928		1.5
- Todas las demás actividades	341 855		63.2

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Formo RPM-15.

^{1/} De acuerdo al Reglamento para la Clasificación de Empresas y determinación del grado de riesgo del seguro de riesgos de trabajo, 1961. (1983, 1982 y 1983)

^{2/} No incluye accidentes en trayecto.

^{3/} De acuerdo al Reglamento de Clasificación de Empresas, 1964.

7. ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADOS EN LAS DIEZ ACTIVIDADES ECONOMICAS
CON MAYOR NUMERO DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL 2/

ACTIVIDAD ECONOMICA 1/	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADOS		% DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADOS RESPECTO AL TOTAL
	1983	1983	
Total	493 710	100.0	
- Construcción de edificaciones y de obras de ingeniería civil	53 657	10.9	
- Fabricación de otros productos metálicos y maquinados	17 088	3.5	
- Industrias básicas del hierro y del acero y de metales no ferrosos	18 367	3.7	
- Elaboración y envase de refrescos, aguas gaseosas o purificadas	14 848	3.0	
- Preparación, hilado, tejido y acabado de textiles de fibras blandas, excepto de punto	12 622	2.6	
- Compra-venta de alimentos, bebidas y productos de tabaco, sin autotransportes	11 112	2.3	
- Fabricación y ensamble de aparatos, accesorios eléctricos o electrónicos para empalme, corte, protección y conexión	8 464	1.7	
- Autotransporte de pasajeros	9 345	1.9	
- Fabricación de azúcar y destilación de alcohol etílico	10 390	2.1	
- Fabricación de productos de plástico	9 054	1.8	
- Fabricación y reparación de cortinas, puertas, ventanas, metálicas y otros trabajos de herrería	-	-	
- Fabricación de ropa en general	9 040	1.8	
- Generación, transmisión y distribución de energía eléctrica	-	-	
- Instituciones de crédito, seguros y finanzas	-	-	
- Agricultura no mecanizada	10 387	2.1	
- Fabricación de muebles y accesorios; excepto los de metal y plástico moldeado	-	-	
- Servicios de reparación, lavado, engrasado y estacionamiento de vehículos	-	-	
- Transporte ferroviario y eléctrico	9 289	1.9	
- Seguridad social	9 257	1.9	
- Extracción y beneficio del carbón mineral, grafito y minerales no metálicos, incluso azufre	8 217	1.7	
- Demás actividades económicas	282 573	57.2	

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPN-15.

- 1/ De acuerdo al Reglamento para la Clasificación de Empresas y determinación del grado de riesgo del seguro de riesgos de trabajo, 1981. (1980, 1982 y 1983).
- 2/ No incluye accidentes en trayecto.

8. CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO SEGUN AGENTE DE LA LESION
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

AGENTE DE LA LESION	1980		1981	
	NUMERO	%	NUMERO	%
Total	600 872	100.0	621 188	100.0
- Artículos metálicos (rebabas, planchas, láminas, clavos, tornillos)	144 607	24.1	152 037	24.5
- Máquinas (prensas no tipográficas, cosedoras, cizallas, brilladoras)	54 552	9.1	55 358	8.9
- Herramientas manuales no de motor (navaja, martillo, llave de tuercas)	50 712	8.4	48 640	7.8
- Vehículos (autobuses, automóviles, carretillas)	50 711	8.4	55 367	8.9
- Superficies de trabajo (en uso como soporte para personas)	48 349	8.0	41 750	6.7
- Depósitos, cajas, barriles, recipientes, paquetes (cajas, barriles, bultos, botellas)	41 556	6.9	42 058	6.8
- Suelo (al aire libre) (calles, caminos, aceras, banquetas)	28 675	4.8	30 148	4.8
- Artículos de madera (sin clasificación específica) (troncos, maderas, cortizas)	21 656	3.6	22 530	3.6
- Vidrio (fragmentos, fibras, láminas)	22 329	3.7	22 306	3.6
- Herramientas manuales de motor (piedra abrasiva, sierra, taladro)	11 140	1.9	11 133	1.8
- Movimiento corporal (no levantar, jalar, empujar)	14 173	2.4	15 825	2.6
- Sustancias y compuestos químicos (alcalis, ácidos)	9 908	1.6	10 557	1.7
- Minerales no metálicos, objetos (SCE) (minas, excavaciones, arena, grava)	11 555	1.9	10 603	1.7
- Edificios y estructuras (puertas, pargos, andamios)	9 392	1.6	9 631	1.6
- Aparatos de transmisión mecánica de fuerza (bandas, cadenas, cuerdas, tambores, poleas)	8 187	1.4	7 384	1.2
- Artículos de cerámica, asbesto, cemento (ladrillo, cemento, loseta de drenaje)	8 009	1.3	8 145	1.3
- Animales (vivos) (humanos, cándidos, caballo)	8 585	1.4	10 038	1.6
- Escaleras y escalas	-	-	9 908	1.6
- Aparatos y equipo eléctrico (motores, televisores, conductores)	8 053	1.3	8 299	1.3
- Muebles y accesorios de mobiliario (gabinets, sillas, mesas)	5 799	1.0	5 988	1.0
- Flama, fuego, humo	4 357	0.7	4 809	0.8
- Calderas, depósitos a presión	4 213	0.7	4 003	0.6
- Partículas sin identificar	3 068	0.5	3 586	0.6
- Líquidos (agua)	2 901	0.5	2 969	0.5
- Aparatos elevadores (gatos, grúas, malacates)	3 482	0.6	3 141	0.5
- Productos de petróleo y carbón mineral	2 724	0.5	2 558	0.4
- Varios de frecuencia menor	22 149	3.7	22 357	3.6

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPN-15.

8. CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO SEGUN AGENTE DE LA LESION
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

AGENTE DE LA LESION	1982		1983	
	NUMERO	%	NUMERO	%
Total	595 260	100.0	561 116	100.0
- Artículos metálicos (rebabas, planchas, láminas, clavos, tornillos)	138 481	23.3	123 980	22.1
- Máquinas (prensas no tipográficas, cosedoras, cizallas, brilladoras)	50 215	8.4	44 943	8.0
- Herramientas manuales no de motor (navaja, martillo, llave de tuercas)	47 098	7.9	46 918	8.4
- Vehículos (autobuses, automóviles, carretillas)	55 441	9.3	50 511	9.0
- Superficies de trabajo (en uso como soporte para personas)	41 485	7.0	40 500	7.2
- Depósitos, cajas, barriles, recipientes, paquetes (cajas, barriles, bultos, botellas)	40 443	6.8	38 778	6.9
- Suelo (al aire libre) (calles, caminos, aceras, banquetas)	30 864	5.2	31 071	5.3
- Artículos de madera (sin clasificación específica) (troncos, maderas, cortizas)	21 373	3.6	19 246	3.4
- Vidrio (fragmentos, fibras y láminas)	21 472	3.6	19 911	3.5
- Herramientas manuales de motor (piedra abrasiva, sierra, taladro)	10 007	1.7	9 294	1.7
- Movimiento corporal (no levantar, jalar, empujar)	17 400	2.9	17 174	3.1
- Sustancias y compuestos químicos (alcalis, ácidos)	10 307	1.7	10 070	1.8
- Minerales no metálicos, objetos (SCE) (minas, excavaciones, arena, grava)	9 914	1.7	9 382	1.7
- Edificios y estructuras (puertas, paredes, andamios)	9 417	1.6	10 060	1.8
- Aparatos de transmisión mecánica de fuerza (bandas, cadenas, cuerdas, tambores, poleas)	7 517	1.3	6 965	1.2
- Artículos de cerámica, asbesto, cemento (ladrillo, cemento, loseta de drenaje)	7 649	1.3	7 226	1.3
- Animales (vivos) (humanos, cándidos, caballar)	10 837	1.8	11 701	2.1
- Escaleras y escalas	10 140	1.7	10 233	1.8
- Aparatos y equipo eléctrico (motores, televisores, conductores)	8 253	1.4	8 112	1.4
- Muebles y accesorios de mobiliario (gabinets, sillas, mesas)	6 170	1.0	5 945	1.1
- Flama, fuego, humo	4 296	0.7	3 756	0.7
- Calderas, depósitos a presión	3 863	0.6	3 184	0.6
- Partículas sin identificar	3 753	0.6	3 460	0.6
- Líquidos (agua)	2 737	0.5	2 653	0.5
- Aparatos elevadores (gatos, grúas, malacates)	2 950	0.5	2 471	0.4
- Productos de petróleo y carbón mineral	2 391	0.4	2 431	0.4
- Varios de frecuencia menor	20 687	3.5	21 101	3.8

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPH-15.

9. CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS SEGUN EL TIPO DE LESION
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

TIPO DE LESION	1980		1981		1982		1983	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Total	600 872	100.0	621 188	100.0	595 260	100.0	561 116	100.0
- Heridas	232 695	38.7	209 997	33.8	192 036	32.3	176 510	31.5
- Contusiones y magulladuras	172 426	28.7	184 680	29.7	178 421	30.0	185 661	33.1
- Torceduras y esguinces	68 675	11.4	72 085	11.6	74 677	12.5	74 860	13.3
- Fracturas	37 833	6.3	40 167	6.5	42 157	7.1	39 553	7.1
- Quemaduras	32 383	5.4	33 212	5.4	31 399	5.3	29 354	5.2
- Efectos de cuerpos extraños	31 263	5.2	34 880	5.6	33 332	5.6	32 332	5.8
- Lesiones superficiales	10 206	1.7	9 606	1.5	10 325	1.7	9 706	1.7
- Luxaciones	4 887	0.8	3 303	0.5	3 224	0.5	2 967	0.5
- Traumatismos	2 934	0.5	21 998	3.6	20 581	3.4	1 864	0.3
- Amputaciones	2 872	0.5	5 287	0.9	4 589	0.8	3 851	0.7
- Intoxicaciones	1 804	0.3	3 103	0.5	3 774	0.5	2 105	0.4
- Varios de frecuencia menor (enfermedades de trabajo)	1 769	0.3	2 036	0.3	1 745	0.3	2 104	0.4
- Sin clasificación específica	1 125	0.2	834	0.1	-	-	247	0.0

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

10. CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS SEGUN EL TIPO DEL ACCIDENTE
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

TIPO DE ACCIDENTE	1980		1981		1982		1983	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Total	600 872	100.0	621 188	100.0	595 260	100.0	561 116	100.0
- Golpeado por	181 660	30.2	57 757	9.3	173 997	29.2	158 516	28.2
- Escoriado o con abrasión	118 804	19.8	-	-	122 645	20.6	120 326	21.4
- Golpe contra	59 634	9.9	253	-	51 476	8.6	46 353	8.3
- Atrapado por, bajo o entre	55 649	9.2	48 434	7.8	52 250	8.8	46 896	8.4
- Caída al mismo nivel	45 526	7.6	47 096	7.6	48 788	8.2	47 536	8.5
- Caída a nivel inferior	44 996	7.5	184 578	29.7	47 086	7.9	45 981	8.2
- Sobreesfuerzo	32 154	5.4	19 280	3.1	35 699	6.1	35 992	6.4
- Contacto con temperaturas extremas	19 477	3.2	42	-	18 465	3.1	16 966	3.0
- Reacción corporal	18 182	3.1	183 201	29.5	18 757	3.1	18 378	3.3
- Accidentes en vehículos motorizados	11 722	2.0	24 320	3.9	13 660	2.3	12 041	2.1
- Contacto con radiaciones y sustancias caústicas, tóxicas y nocivas	10 620	1.7	20 205	3.2	10 205	1.7	9 979	1.8
- Contacto con corriente eléctrica	1 889	0.3	35 713	5.8	1 822	0.3	1 688	0.3
- Varios de frecuencia menor	559	0.1	309	0.1	410	0.1	464	0.1

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

11. CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS SEGUN REGION ANATOMICA AFECTADA
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

REGION ANATOMICA	1980		1981	
	NUMERO	%	NUMERO	%
Total	600 872	100.0	621 188	100.0
- Mano	249 722	41.6	241 401	38.9
- Pie	82 074	13.7	81 737	13.2
- Miembro inferior	64 884	10.8	58 238	9.4
- Miembro superior	55 554	9.2	54 212	8.7
- Ojo	46 327	7.7	49 211	7.9
- Tronco	52 462	8.7	56 513	9.1
- Cabeza y cara	37 758	6.2	39 743	6.4
- Columna vertebral	890	0.2	28 976	4.7
- Tórax	5 884	1.0	6 571	1.0
- Cuerpo en general	3 200	0.5	4 033	0.6
- Varios en frecuencia menor	2 117	0.4	553	0.1

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

11. CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS SEGUN REGION ANATOMICA AFECTADA
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

REGION ANATOMICA	1982		1983	
	NUMERO	%	NUMERO	%
Total	595 260	100.0	561 116	100.0
- Mano	219 592	36.9	208 636	37.2
- Miembro inferior (excluye pie)	80 505	13.5	58 588	10.4
- Pie	76 798	12.9	70 682	12.6
- Ojo (incluye lesiones en ojo y sus anexos)	48 194	8.4	46 027	8.2
- Cabeza y cara (excluye ojo y sus anexos)	38 574	6.5	26 741	4.8
- Miembro superior (excluye mano)	34 141	5.7	48 890	8.7
- Tronco (excluye lesiones del tórax y de la columna vertebral)	33 493	5.6	29 942	5.3
- Columna vertebral (incluye lesiones del dorso)	30 009	5.0	30 317	5.4
- Cuerpo en general (incluye lesiones múltiples e intoxicaciones)	27 161	4.6	35 439	6.3
- Tórax (incluye lesiones de órganos intratorácicos)	5 050	0.9	3 238	0.6
- Varios de frecuencia menor	1 743	0.3	2 616	0.5

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

12. CASOS DE RIESGOS TERMINADOS SEGUN RIESGO FISICO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

RIESGO FISICO	1980		1981		1982		1983	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Total	600 872	100.0	621 188	100.0	595 260	100.0	561 116	100.0
- Métodos y procedimientos peligrosos	186 678	31.0	137 563	22.1	194 721	32.7	183 039	32.6
- Defectos de los agentes (gastado, mal construido, resbaloso, etc.)	133 707	22.2	197 272	31.7	128 628	21.6	122 016	21.7
- Peligros de la colocación (materiales, equipo, etc., no personas)	91 163	15.1	91 713	14.8	86 322	14.5	77 180	13.8
- Sin riesgo físico	53 252	8.9	50 145	8.1	40 356	6.8	39 796	7.1
- Peligros públicos (de trans portación, de tráfico, etc.)	57 824	9.6	64 722	10.4	66 372	11.1	63 715	11.4
- Peligros del medio ambiente (iluminación inapropiada, ruido excesivo, ventilación inadecuada, etc.)	28 361	4.8	28 009	4.5	27 929	4.7	27 533	4.9
- Peligros de indumentaria y vestido	21 645	3.7	22 815	3.7	23 913	4.0	22 040	3.9
- Protegido inadecuadamente	15 395	2.6					12 347	2.2
- Peligros ambientales de tra bajo a la intemperie, dife rente a los peligros públ i cos	7 711	1.3	14 697	2.4	14 198	2.4	7 199	1.3
- Riesgo físico sin clasifica ción específica	3 864	0.6	8 610	1.4	7 518	1.3	5 708	1.0
- Sin clasificación por infor mación insuficiente	1 272	0.2	4 513	0.7	5 303	0.9	543	0.1

72

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPM-15.

13. CASOS DE RIESGOS TERMINADOS SEGUN ACTO INSEGURO
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

ACTO INSEGURO	1980		1981		1982		1983	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Total	600 872	100.0	621 188	100.0	595 260	100.0	561 116	100.0
- Falla al asegurar o prevenir	119 224	19.9	119 544	19.3	117 263	19.7	111 767	19.9
- Uso de equipo inseguro	114 905	19.1	116 117	18.7	103 573	17.4	95 011	16.9
- Hacer inoperantes los dispositivos de seguridad	101 080	16.8	108 558	17.5	113 252	19.0	110 417	19.7
- Sin acto inseguro	63 667	10.6	59 633	9.6	51 215	8.6	47 903	8.5
- Usar accesorios de indumentaria personal inseguros	31 275	5.2	34 872	5.6	35 420	6.0	33 818	6.0
- Colocar, mezclar, combinar en forma insegura	55 151	9.2	57 261	9.2	59 592	10.0	54 153	9.7
- Falta de atención a la base de sustentación o sus alrededores	28 917	4.8	30 383	4.9	29 794	5.0	26 912	4.8
- Comportamiento inapropiado en el trabajo	19 442	3.2	19 423	3.1	16 234	2.7	15 650	2.8
- Sin clasificar por datos insuficientes	37 036	6.2	43 907	7.1	41 862	7.0	40 055	7.1
- Uso inapropiado del equipo	15 975	2.7	16 699	2.7	14 528	2.5	13 814	2.5
- No usar el equipo de protección personal disponible	5 534	0.9	5 745	0.9	4 836	0.8	4 360	0.8
- Falla o acto inseguro de terceros	2 168	0.4	1 950	0.3	2 030	0.3	1 870	0.3
- Uso inapropiado de las manos o de otras partes del cuerpo	2 550	0.4	2 685	0.4	2 587	0.5	2 535	0.5
- Acto inseguro sin clasificación específica	1 288	0.2	1 621	0.3	635	0.1	614	0.1
- Operar o trabajar a velocidad insegura	1 332	0.2	1 442	0.2	1 127	0.2	979	0.2
- Limpiar, engrasar, ajustar o reparar equipo móvil con carga eléctrica o presurizado	1 328	0.2	1 348	0.2	1 312	0.2	1 258	0.2

102

FUENTE: Jefatura de Planeación Financiera y Programación

14. CASOS DE RIESGOS TERMINADOS POR TIPO Y AMBITO DE OPERACION QUE PRODUJERON INCAPACIDAD TEMPORAL

TIPO DE RIESGO Y AMBITO DE OPERACION	1980		1981		1982		1983	
	CASOS	DIAS PROMEDIO	CASOS	DIAS PROMEDIO	CASOS	DIAS PROMEDIO	CASOS	DIAS PROMEDIO
Total	597 867	17.5	618 589	17.7	592 284	18.9	558 743	18.0
Accidentes de Trabajo	536 255	17.0	550 723	17.1	522 964	18.1	490 886	17.3
Accidentes en Trayecto	59 428	21.7	66 596	21.9	68 148	23.9	66 962	22.0
Enfermedades de Trabajo	2 184	24.8	1 270	51.6	1 172	57.1	895	57.6
URBANO	580 878	17.5	606 969	17.6	578 469	18.8	543 575	17.8
Accidentes de Trabajo	519 703	17.0	539 708	17.1	509 857	18.1	476 503	17.2
Accidentes en Trayecto	58 998	21.6	65 997	21.7	67 449	23.7	66 178	21.8
Enfermedades de Trabajo	2 177	24.6	1 264	51.4	1 163	57.5	894	57.6
CAMPO	13 612	17.6	8 800	23.1	10 876	22.9	12 129	21.5
Accidentes de Trabajo	13 227	17.0	8 261	21.7	10 278	21.8	11 438	20.7
Accidentes en Trayecto	378	37.3	533	43.8	591	40.9	690	35.0
Enfermedades de Trabajo	7	78.6	6	109.3	7	16.9	1	21.0
CARERO	3 377	20.6	2 820	17.8	2 939	20.5	3 039	20.6
Accidentes de Trabajo	3 325	20.2	2 754	17.1	2 829	19.8	2 945	19.9
Accidentes en Trayecto	52	39.1	66	44.2	108	38.9	94	43.9
Enfermedades de Trabajo	-	-	-	-	2	7.5	-	-

FUENTE: Jefatura de Planeación Financiera y Programación

15. CASOS DE RIESGO TERMINADOS POR TIPO Y AMBITO DE OPERACION
QUE PRODUJERON INCAPACIDAD PERMANENTE Y MUERTE

CONSECUENCIA Y TIPO DE RIESGO	1980			
	URBANO	CAMPO	CARERO	SUMA
Incapacidad Permanente	14 467	151	63	14 681
Accidentes de Trabajo	11 960	138	62	12 160
Accidentes en Trayecto	813	11	1	825
Enfermedades de Trabajo	1 694	2	-	1 696
Muerte	1 491	20	3	1 514
Accidentes de Trabajo	1 122	17	1	1 140
Accidentes en Trayecto	354	3	2	359
Enfermedades de Trabajo	15	-	-	15

CONSECUENCIA Y TIPO DE RIESGO	1981			
	URBANO	CAMPO	CARERO	SUMA
Incapacidad Permanente	18 127	195	31	18 353
Accidentes de Trabajo	14 313	175	26	14 514
Accidentes en Trayecto	1 131	14	5	1 150
Enfermedades de Trabajo	2 683	6	-	2 689
Muerte	1 615	35	2	1 652
Accidentes de Trabajo	1 152	27	1	1 180
Accidentes en Trayecto	444	8	1	453
Enfermedades de Trabajo	19	-	-	19

FUENTE: Jefatura de Planeación Financiera y Programación.

15. CASOS DE RIESGO TERMINADOS POR TIPO Y AMBITO DE OPERACION
QUE PRODUJERON INCAPACIDAD PERMANENTE Y MUERTE

CONSECUENCIA Y TIPO DE RIESGO	1982			
	URBANO	CAMPO	CARERO	SUMA
Incapacidad Permanente	17 030	241	48	17 319
Accidentes de Trabajo	14 008	224	46	14 278
Accidentes en Trayecto	1 317	14	2	1 333
Enfermedades de Trabajo	1 705	3	-	1 708
Muerte	1 374	25	1	1 400
Accidentes de Trabajo	962	23	1	986
Accidentes en Trayecto	394	2	-	396
Enfermedades de Trabajo	18	-	-	18

CONSECUENCIA Y TIPO DE RIESGO	1983			
	URBANO	CAMPO	CARERO	SUMA
Incapacidad Permanente <u>1/</u>	17 939	245	46	18 230
Accidentes de Trabajo	13 816	225	41	14 082
Accidentes en Trayecto	1 353	16	5	1 374
Enfermedades de Trabajo	2 770	4	-	2 774
Muerte	1 344	31	1	1 376
Accidentes de Trabajo	990	22	1	1 013
Accidentes en Trayecto	333	9	-	342
Enfermedades de Trabajo	21	-	-	21

FUENTE: Jefatura de Planeación Financiera y Programación.

1/ Puede incluir casos de incapacidad permanente por riesgos de trabajo de años anteriores.

16. ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADOS
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL
1980-1983

ENFERMEDADES DE TRABAJO	1980		1981		1982		1983	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
Total	2 195	100.0	2 486	100.0	1 745	100.0	2 104	100.0
- Dermatitis	580	26.4	723	29.1	511	29.3	514	24.4
- Neumoconiosis por sílice o silicatos	750	34.2	614	24.7	236	13.5	317	15.1
- Efectos tóxicos del plomo (saturnismo)	231	10.5	229	9.2	253	14.5	360	17.1
- Sordera traumática	301	13.7	241	9.7	241	13.8	398	18.9
- Otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo (queratodermas, adquiridos callos, celulitis)	113	5.1	144	5.8	136	7.8	87	4.1
- Efectos tóxicos de las sustancias aromáticas, corrosivas, ácidos y alcalis caústicos	82	3.7	248	10.0	159	9.1	180	8.6
- Insuficiencia respiratoria aguda (pneumonitis, sinusitis, bronquitis, asma, laringitis)	68	3.1	273	11.0	190	10.9	219	10.4
- Enfermedades víricas causadas por artrópodos	31	1.4	-	-	-	-	-	-
- Silicotuberculosis	8	0.4	6	0.2	2	0.1	1	0.1
- Neurosis	6	0.3	8	0.3	3	0.2	6	0.3
- Varios de frecuencia menor	25	1.2	-	-	14	0.8	22	1.0

FUENTE: Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo. Forma RPH-15.

CONCLUSIONES

Será necesario avanzar en la definición, conceptualización, clasificación y reconocimiento de los accidentes y enfermedades ocupacionales, ya que actualmente éstas resultan parciales, anacrónicas y limitadas.

Se deberá impugnar por la monetarización de los accidentes y enfermedades ocupacionales, ya que actualmente hay muchos riesgos de trabajo de los cuales se sabe poco o casi nada, permitiendo de esta manera que los trabajadores ni siquiera tengan acceso a una reparación monetaria.

Las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo no solamente deben existir, sino funcionar y ampliar sus facultades para garantizar el mejoramiento de las condiciones de trabajo en las empresas.

Se deberá impugnar por un conteo oficial exacto de los accidentes y enfermedades de trabajo, participando en el conteo de los riesgos de las empresas, a través de las CMSHT.

La elaboración e implantación de los programas de salud y seguridad en el trabajo así como las inspecciones de higiene industrial deberán enfrentar las diversas condiciones de la producción que dañan la salud, la fuerza de trabajo y el cuerpo de los trabajadores.

B I B L I O G R A F I A

- Achard Pierre y Otros. Discurso Biológico y Orden Social., Edit. Nueva Imágen., México, 1980.
- Basaglia Franco y otros. La salud de los trabajadores., Editorial Nueva Imágen., México, 1978.
- Berman M., Daniel., Muerte en el Trabajo. Siglo XXI Editores., México 1983.
- Consejo Interamericano de Seguridad. Noticias de Seguridad. Lineamientos para el cumplimiento de las reglamentaciones sobre ruido propuestas por la OSHA., México 1979.
- Donnangelo, María C. y Pereira Luis., Salud y Sociedad. Maestría en Medicina Social., Sao Paulo/ Librerías Dos Ciudades. Brasil 1976.
- Franco A. Saúl. Los motivos de la acción antimalárica en América Latina., Universidad de Antioquia. Colombia., 1981.
- Foucault, Michel., El nacimiento de la Medicina Social., en Foro Universitario No. 27., México 1983.
- Frenk, Julio. Salud, Educación y medicina: expectativas y limitaciones., en Ciencia y Desarrollo - Conacyt., México, mayo-junio 1979.
- Godolier, Maurice. Sobre el modo de producción asiático. Ediciones Martínez Roca., S.A. México, 1969.
- González Calderón, Graciela., Concepto de Dermatología del trabajo., CIESS, México, 1986.
- Henriette D. Ríos Orlandi. Desarrollo Histórico Social del Concepto Salud-Enfermedad., Colegio de Sociólogos de México. A.C., México.
- Hobsbawn, Eric. Formaciones económicas precapitalistas. Cuadernos Pasado y Presente No. 20

- IMSS. Subdirección General Médica. Jefatura de Medicina del Trabajo. Asbestosis., México.
- IMSS. Subdirección General Médica. Jefatura de Medicina del Trabajo. Enfermedades broncopulmonares. México.
- IMSS. Unidad de Bioestadística. Los subsistemas de información de los riesgos de trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social., México 1983.
- Kuczynski, Jurgen. Breve Historia de la Economía. Editorial Cultura Popular., México 1975.
- Laín Entralgo P., Historia de la Medicina., Edit. Salvat. México 1978.
- Laurell Asa, Cristina., "Proceso de trabajo y salud" en Cuadernos Políticos No. 17, Julio-Septiembre de 1978, Ediciones Era., México 1978.
- Laurell Asa, Cristina y Márquez, Margarita. El desgaste obrero en México., Ediciones Era., México, - 1983.
- Laurell Asa, Cristina. "Condiciones de Trabajo y Desgaste obrero", en El Obrero Mexicano 2. Condiciones de Trabajo. Siglo XXI Editores, México, 1986.
- Ley Federal del Trabajo 1985. Editores Mexicanos - Unidos, S.A., México 1985.
- Lovera Sara. "Bronquitis Industrial Crónica, común en Aceros Ecatepec", en La Jornada, México, 3 de mayo de 1986.
- Lozano A. Rafael. "El control de la nocividad y la participación de los trabajadores.", en Revista de Información Científica y Tecnológica., CONACYT, México 1985.
- Lozoya, Xavier. "Visión histórica de la medicina tradicional.", en Vida y Muerte del Mexicano. Folios Ediciones, México 1982.
- Marx, Carlos. El Capital. Fondo de Cultura Económica, México 1973.

- McKeown, Thomas. El papel de la medicina ¿Sueño, Espejismo o Némesis? Siglo XXI Editores., México 1982.
- Navarro Vicente., La medicina bajo el capitalismo. Grupo Editorial Grijalbo, España, 1978.
- Navarro Vicente (compilador). Salud e Imperialismo. Siglo XXI Editores., México 1983.
- Noriega, Mario y Taméz S., "Patología y Peligros Laborales", en Revista de Información Científica y Tecnológica, CONACYT, México, Abril de 1985.
- Organización Panamericana de Salud. "Seminario sobre utilización de auxiliares y líderes comunitarios en programas de salud en el área rural", en Publicación Científica No. 26, México 1974.
- Plaut, Renate. "Análisis de Riesgo. Alcance y Limitaciones para el Administrador de Salud", en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 96, No. 4., México, 1984.
- Polack Calude, Jean. La Medicina del Capital. Editorial Fundamentos., España 1971.
- Ricci, Renzo. La muerte obrera. Editorial Nueva Imágen., México, 1981.
- Rojas Soriano Raúl., Capitalismo y Enfermedad. Folios Ediciones., México 1982.
- Sandoval Parra, Rafael., "El Naftol A S en la Industria Textil.", en Cuadernos de Medicina, Higiene y Seguridad No. 1, STyPS., México 1975.
- STyPS - IMSS. Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Edición 1984 y 1985. México.
- Sigerist, Henry. Hitos en la Historia de la Salud Pública, Siglo XXI Editores., México 1981.
- Soria M., Víctor y otros., Estructura y Comportamiento de la Industria Químico-Farmacéutica en México., Mimeo s/f. Universidad Autónoma Metropolitana-Ixtapalapa, México.

- STyPS. Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Actas de la Subcomisión de Información y Estadística. México, 1985.
- Timio, Mario. Clases Sociales y Enfermedad. Editorial Nueva Imagen., México, 1980.
- Valero, Manuel, "Adaptar el Trabajo al Hombre. en Revista de Información Científica y Tecnológica, Vol. 7, No. 103, CONACYT, México 1985.
- Villegas Rabling, Enrique. Programas Institucionales en el mejoramiento de la salud y seguridad de los trabajadores. Jefatura de Orientación y Seguridad en el Trabajo. IMSS-CIESS. Mimeo s/f. México.