

FALLA DE ORIGEN
EN SU TOTALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
" ZARAGOZA "

FALLA DE ORIGEN

" EL PROCESO DE TRABAJO Y SU
RELACION CON LA SALUD MENTAL "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

P S I C O L O G I A

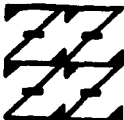
P R E S E N T A :

LETICIA ASCENCIO HUERTAS

ASESOR:

LIC. JORGE IGNACIO SANDOVAL OCAÑA

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



10 HORAS C. 20
DE HORAS DE CALIFICACION

MARZO, 1995.



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.

A MIS PADRES

**El Dr. Enrique Ascencio Villalpando y
la Sra. María Estela Huertas Saldaña
Mi gratitud, por su apoyo, comprensión
y amor que siempre me han brindado.**

A MIS HERMANOS

**Gabriela, Lourdes y Enrique, por que
en los momentos difíciles me han apoyado
y animado a seguir adelante.**

**Al Dr. Pedro Daniel García Castillo por
sus enseñanzas, comprensión, apoyo y amor.**

**Al Ing. Luis Amador Allende por sus
enseñanzas, consejos y cariño.**

MI Reconocimiento

**Al Lic. Jorge Ignacio Sandoval Ocaña,
por haberme brindado sus conocimientos,
confianza y apoyo.**

Al Jurado:

**Lic. German Gómez Pérez.
Lic. Raúl Rocha Rosero.
Lic. Mirna García Méndez.
Lic. Eder Pérez Ortega.**

**A todos mis compañeros y profesores de
Psicología por que con sus enseñanzas
y consejos me impulsaron a seguir adelante.**

**Quiero agradecer a alguien que ha
estado conmigo siempre, en los momentos más
gratos y difíciles de mi vida, me ha impulsado a
seguir adelante y luchar por mis ideales;
MI SOLEDAD.**

A todos ellos, mil gracias.

INDICE

JUSTIFICACION	5
INTRODUCCION	8
CAPITULO I	
EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	
1.1 DIFERENTES CONCEPCIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	10
1.2 LA DETERMINACION HISTORICO-SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	18
1.3 EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y LAS POLITICAS SANITARIAS EN MEXICO	30
CAPITULO II	
EL TRABAJO Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	
2.1 EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN EL TRABAJO.....	44
2.2 LOS RIESGOS, CONDICIONES DE TRABAJO Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE	56
2.3 LAS ENFERMEDADES DE TRABAJO.....	66
2.4 ASPECTOS LEGISLATIVOS EN MATERIA DE SALUD EN EL TRABAJO	78
CAPITULO III	
LA SALUD MENTAL Y SU RELACION CON EL TRABAJO	
3.1 LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO.....	86
3.2 LOS PSICOTRASTORNOS Y EL TRABAJO	96
3.3 LOS PSICOTRASTORNOS Y SUS REPERCUSIONES SOCIALES.....	111
CONCLUSIONES	119
BIBLIOGRAFIA	122

JUSTIFICACION

La relación que existe entre la salud y la actividad humana, es hace evidente, ya que filogenéticamente se ha demostrado que el trabajo humano constituye un factor que ha favorecido el desarrollo genérico del hombre, sin embargo también es importante considerar que la misma actividad laboral actúa como un factor que repercute negativamente en la salud del trabajador. Se hace evidente también que el desarrollo económico, la productividad y la estabilidad social dependen de los medios de producción disponibles y de las repercusiones que tienen las condiciones de trabajo y el nivel del bienestar del trabajador.

Investigar los problemas de salud de los trabajadores es muy complejo, debido principalmente a los múltiples factores que involucran la relación del individuo con su medio ambiente de trabajo. Mencionar la relación entre salud y trabajo, nos lleva generalmente a pensar en los accidentes laborales y las repercusiones físicas que tienen, la obligación de los patronos de cubrir los gastos médicos y en la indemnización que recibe el trabajador al sufrir algún daño físico por causa del trabajo. Sin embargo, poco se piensa en relación a las alteraciones psicológicas que se producen por la actividad laboral que desempeñamos; con frecuencia se llega a hablar de fatiga, depresión, trastornos del sueño, etc., pero no se establece la gran influencia que tiene el trabajo en estos padecimientos.

Sin embargo, el papel de la psicología como una ciencia que se encuentra inmersa en el campo laboral no ha sido muy reconocida, debido principalmente a que sólo se ha concretado al proceso de capacitación, reclutamiento y selección del personal, y la seguridad e higiene laboral. Pero hay que señalar que la psicología no se limita sólo a estas actividades como generalmente se piensa, ya que recientemente se ha señalado la importancia que tiene la integridad psíquica del individuo dentro de la industria.

En México se han realizado investigaciones sobre la salud y la enfermedad en el trabajo, destacándose las realizadas en: Diesel Nacional (1980) una empresa mexicana productora de camiones, donde se realizó un estudio para obtener el perfil patológico de los trabajadores y la relación de este perfil con los procesos de trabajo caracterizados por estar sujetos al tiempo y ritmo de la cadena de montaje. Encontrándose que de ocho tipos patológicos, el quinto lugar lo ocuparon las enfermedades causadas por posible estrés; y en séptimo lugar las neurosis, el estrés y la fatiga.

En Teléfonos de México (1979) se encontró entre los padecimientos más frecuentes: la hiperacididad gástrica, la fatiga patológica y la hipertensión arterial como resultado de la interacción con las condiciones de trabajo.

En el Sindicato Mexicano de Electricistas (1978) se realizó un estudio de salud mental con una muestra de trabajadores expuestos a riesgo eléctrico y una de trabajadores no expuestos a riesgo encontrándose que en el primer grupo, los datos obtenidos en relación a la ansiedad, depresión, y las alteraciones de sueño fueron mayores que en el segundo grupo.

En SICARTSA (1985), una empresa minero-metalúrgica, se realizó una investigación sobre salud y trabajo encontrándose que de un total de 16 áreas de trabajo investigadas, 14 reportan daños o molestias a la salud que se manifiestan en disturbios de sueño, gastritis, úlcera, fatiga y nerviosismo con irritabilidad.

Finalmente, la investigación realizada en Tijuana dentro de la industria maquiladora (1993), y donde se encontró que los trabajadores manifestaban altos niveles de depresión y poco sentido de control sobre sus vidas debido principalmente a las características del ambiente de trabajo.

Por todo esto, cabe señalar que las alteraciones psicológicas y patológicas son las manifestaciones más evidentes del nivel de salud de los trabajadores, por ello, la necesidad de estudiar no sólo las manifestaciones físicas como producto de la actividad laboral, sino también la importancia que tiene la integridad psíquica del trabajador a nivel individual y social; estableciendo con ello, que el trabajo influye en el bienestar y perjuicio del hombre. Sin embargo, debido a la falta de reconocimiento de la estrecha relación que existe entre los trastornos psicológicos y el trabajo, el Estado no se ha preocupado por establecer políticas de atención en relación a la integridad psíquica del trabajador dentro de la industria, ya que sólo se consideran enfermedades o accidentes de trabajo las señaladas por la Constitución Federal, la Ley Federal del Trabajo y las demás normas encargadas de regular la atención médica de los trabajadores.

Se considera importante tomar conciencia de la situación actual de los trabajadores en relación a la crisis económica, social y tecnológica del país; y principalmente porque el problema de la salud-enfermedad en el trabajo es uno de los factores más importantes para el proceso de desarrollo del país, especialmente acentuado por el incremento de productividad y competitividad que traerán como consecuencia los Tratados Internacionales que ha establecido México con otros países altamente industrializados como Canadá y Estados Unidos de Norteamérica.

El impacto social como consecuencia de esta "modernización industrial", se ve claramente reflejada en la crisis económica, en la educación, en el proceso de trabajo, en la explotación de mano de obra, en el estado de salud de los trabajadores y principalmente las repercusiones psicológicas procedentes de esa actividad laboral y el propio sistema de producción en el cuál se encuentra inmerso el país; el capitalismo. Por todo esto, es de vital importancia reconocer la importancia que tiene la integridad psíquica del individuo dentro del ámbito laboral, ya que no sólo nos permite determinar la estrecha relación que tiene el proceso salud-enfermedad y el trabajo, sino las repercusiones que tiene éste, en la dinámica familiar, las relaciones interpersonales, las adicciones, y la propia personalidad del trabajador.

Cabe señalar que el presente trabajo pretende contribuir a que los profesionales de la Psicología reconozcan la importancia del estudio de los psicotrastornos asociados al campo laboral y lograr con ello el establecimiento de políticas en materia de salud para proteger y salvaguardar la integridad psíquica de la población trabajadora.

Es importante mencionar que la presente investigación es documental debido principalmente a la falta de espacios a nivel industrial que permitan realizar una investigación aplicada; ya que el acceso a dichas industrias es muy restringido principalmente para los investigadores, a pesar de la importancia que debería tener para los propios empresarios el estudio de las condiciones de salud de los trabajadores así como los factores que influyen en ella, ya que estableciendo medidas de seguridad e higiene adecuadas y mejorando las condiciones generales de trabajo; se lograría incrementar el nivel de productividad y el trabajo, llegaría a ser una actividad placentera para los trabajadores. Así, la presente investigación pretende abordar de manera teórica el problema de la integridad psíquica y su relación con el trabajo, ya que a pesar de existir bibliografía acerca de este tema, no se tiene fácil acceso a ella, debido principalmente a que son pocas las instituciones que emiten los resultados de sus investigaciones en revistas científicas o cualquier sistema informativo que permita su difusión y a la poca importancia que se le ha dado a la

presencia de los psicostornos dentro del ámbito laboral.

A todo esto, es importante señalar que el título del trabajo hace referencia a la "salud mental" por motivos de conveniencia semántica ya que dentro del campo científico es un término generalmente utilizado para designar el estudio de la "mente" humana y sus alteraciones; sin embargo dicho término tiene un sustrato biológico que se contrapona al estudio de la psique en relación con un proceso esencialmente social, como lo es el trabajo. Motivo por el cual se emplea el del término psicostornos para designar aquellas alteraciones psíquicas que afectan la integridad psíquica del ser humano, y con ello implementar una terminología propia de la psicología y no del modelo médico.

INTRODUCCION

La relación existente entre la salud y la actividad humana, es uno de los hallazgos más importantes para el desarrollo del hombre, ya que históricamente ha sido admitido que el trabajo humano constituye un factor que favorece el mantenimiento del estado de salud, pero también puede ser circunstancia que repercute negativamente. Se ha evidenciado también que el desarrollo económico, la productividad y la estabilidad social no sólo dependen de la disponibilidad de los medios de producción, sino que son resultante de las condiciones del medio ambiente de trabajo y el nivel de bienestar del trabajador (Legaspi, 1990).

Sin embargo al hablar de salud dentro del ámbito laboral sólo se menciona el papel de la medicina del trabajo, minimizando la actividad que desempeña el psicólogo dentro de la industria, ya que es necesario estudiar tanto los efectos fisiológicos, como los psicológicos como resultado de la interacción humana y las condiciones del medio ambiente de trabajo, a fin de promover y mantener un nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores.

Los factores presentes en el medio ambiente de trabajo son múltiples y complejos, destacándose, entre otros los físicos, como la temperatura, la velocidad y humedad del aire, sonidos de gran magnitud, radiaciones ionizantes, presión barométrica, la presencia de múltiples factores químicos en forma de polvos, gases, vapores y, cada vez en mayor grado, las determinadas por las características de la organización del trabajo, como los horarios, ritmos, monotonía, relaciones humanas en la empresa, entre otros.

Investigar los problemas de salud de los trabajadores es una tarea muy compleja debido a los múltiples factores que concurren en relación al individuo y su medio ambiente de trabajo. Cabe señalar que la información disponible sobre las alteraciones de salud de la población trabajadora de México, esta orientada básicamente en las enfermedades de trabajo; por lo que es necesario que las instituciones de salud, educativas, del trabajo y agrupaciones laborales y patronales realicen estudios referentes a la salud integral del trabajador, y no sólo a efectos fisiológicos, y/o sociales y/o psicológicos, sino a la interacción de estos factores en su conjunto, determinan el nivel y calidad de vida de los trabajadores.

En México, de acuerdo con la información estadística de salud en el trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social, se reportaron hasta 1992, 513,817 accidentes de trabajo, 92,968 casos de accidentes en trayecto y 7,186 reportes de enfermedades laborales en el Distrito Federal. En los demás Estados que conforman la República Mexicana se reportaron 419,959 accidentes de trabajo, 62,703 accidentes de trayecto y 6,810 enfermedades de trabajo. Esto indica que la zona más industrializada del país se encuentra mayormente ligada a la producción de accidentes y enfermedades de trabajo, de ahí la importancia que tiene el estudio de la salud en el trabajo.

Sin embargo, cabe mencionar que las alteraciones psicológicas a las que se encuentra expuesto el trabajador y afectan la integridad psíquica del mismo no se encuentra registradas en ninguna de las leyes referidas en materia de salud en el trabajo, (Ley Federal del Trabajo, Ley, del Seguro Social, Ley del ISSSTE) ya que sólo se hace referencia a las neurosis como padecimiento psicológico.

Es necesario hacer hincapié que calificar una enfermedad como de trabajo, implica seguir todo un estudio no solamente médico, sino también psicológico y social junto con el análisis de las condiciones de trabajo y la evaluación de las características de exposición de agentes que pueden dañar la salud

del trabajador.

Al existir un conocimiento sobre la patología y los psicostornos relacionados con el proceso de trabajo se podrán identificar de manera acertada los padecimientos asociados a la actividad laboral que desempeña cada uno de los individuos, así como proporcionar la atención adecuada en relación a los mismos, sin embargo, lo que se pretende establecer es el reconocimiento de dichos padecimientos y sus implicaciones sociales, así como la elaboración de programas preventivos que eviten el incremento y empeoramiento de los mismos.

Por lo que se describen e interpretan las relaciones existentes entre la organización y división del trabajo, las condiciones laborales, la salud física así como la integridad psíquica de los trabajadores. El propósito esencial consiste en establecer la presencia de psicostornos, así como determinar cuáles son los más frecuentes en la población trabajadora.

Para poder comprender la relación entre trabajo e integridad psíquica, es necesario conocer la evolución histórica del proceso salud-enfermedad, que va desde la concepción mística de la salud y la enfermedad cuando se habla de la valorización religiosa, pasando por la concepción biológica y reduccionista de la medicina hegemónica hasta llegar al momento actual donde se inicia la comprensión de este proceso desde una perspectiva más social, por su determinación histórica.

El considerar el trabajo y la salud como procesos sociales da lugar al establecimiento de políticas que regulen su funcionamiento; sin embargo dichas políticas no satisfacen las necesidades de la población trabajadora por lo que resultaría conveniente replantear las normas establecidas en materia de salud en el trabajo apogándose a la realidad laboral y tomando en cuenta los cambios sociales por los que atraviesa el país actualmente, generando con ello la necesidad de implementar medidas en relación a la integridad psíquica del trabajador.

Es importante señalar que el conocer la evolución que ha tenido el proceso de trabajo permite comprender mejor su relación con la salud del trabajador. Ya que la división y organización del trabajo que dieron lugar al avance tecnológico y a la actual "modernización industrial" que si bien ha creado beneficios para el hombre, también ha formado parte de su destrucción, manifestándose principalmente en el estado de salud de la clase trabajadora y las repercusiones que presenta no sólo a nivel productivo sino a nivel individual y colectivo.

Las alteraciones en la salud como resultado del proceso de trabajo no han sido muy reconocidas a pesar de palpable evidencia que existe al respecto, ya que las pocas investigaciones realizadas en el país nos permiten visualizar dicha relación; sin embargo y debido a la falta de medidas legislativas adecuadas a la realidad laboral, no se le ha dado la importancia que se debe, a pesar de que la salud es uno de los aspectos primordiales para la humanidad. Y más aún, lo es el reconocimiento de los psicostornos dentro del campo laboral y por la población en general, por lo que es necesario hacer conciencia de esta realidad que puede ser comprobada en el momento en que se lleven a cabo investigaciones que estudien de manera rigurosa la relación entre el trabajo y sus manifestaciones en la salud física e integridad mental del individuo.

EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

1.1. DIFERENTES CONCEPCIONES SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

El proceso salud-enfermedad ha sido un tema de gran interés y controversia a lo largo de la historia, ya que a través del tiempo se han tratado de conocer y explicar las causas de las enfermedades para poder erradicarlas, y con ello prevenir otras que suceden a las ya existentes, sin dejar de considerar, la influencia que tiene el medio ambiente, y el trabajo en la manifestación de las enfermedades; de ahí que exista una gran diversidad de concepciones y abordaje del proceso salud-enfermedad durante la formación histórica del individuo y la sociedad.

Para los griegos, la salud era la armonía, lo justo, lo equilibrado, lo limpio y lo puro, representado por una mitología de dioses. La enfermedad era vivida como castigo de los dioses. Cabe señalar que este simbolismo religioso ligado al proceso salud-enfermedad se manifestaba desde las más antiguas culturas, y que aún en nuestros días y por nuestra propia cultura, sigue teniendo influencia por la valorización religiosa de la enfermedad (Videla, 1991).

Estas concepciones de la enfermedad -castigo de Dios por transgresión de normas o posesión del sujeto por fuerzas extrañas- implica una ideología determinista de la patología, para lo cual el enfermo aparece como pasivo y sin posibilidades de defensa, dependiente para su curación del perdón de sus pecados, que lograría mediante ceremonias expiatorias (promesas, penitencias, confesión, etc.) o exorcistas, (Videla, 1991).

Las causas y las curaciones mágicas y religiosas de las enfermedades se mencionan también en la cultura egipcia, que codificó plantas y sustancias minerales, cuyo conocimiento provenía tradicionalmente de los hechiceros y las brujas de las culturas primitivas a las que Hipócrates renuncia explícitamente.

Por ello, es que en el desarrollo del proceso salud-enfermedad se asocia con la figura casi legendaria del médico Hipócrates de Cos, con los llamados escritos hipocráticos que forman un gran volumen de tratados médicos, redactados posiblemente entre los años de 450 a 350 a.n.e., cuyo tono es puramente clínico y en donde la medicina es considerada como el arte de curar a los pacientes y cada caso es considerado de acuerdo a sus condiciones, pero la opinión que sobre él se establece esta basada en la observación de los casos similares.

Más tarde, un discípulo de Pitágoras, Filolao formuló la doctrina de los tres espíritus o almas del hombre: espíritus vegetarianos, que el hombre comparte con todas las cosas que se desarrollan, ubicados en el ombligo; el espíritu animal, compartido únicamente con las bestias y que da la sensación y el movimiento, situado en el corazón y el espíritu racional, solo poseído por el hombre y alojado en el cerebro, (Bernal, 1989).

Sin embargo, más persistente fue la doctrina de los cuatro humores, que tuvo su primera formulación con Empédocles, quien concebía al hombre como un microcosmos, es decir como un mundo pequeño que conformaban al macrocosmos o mundo en grande. Posteriormente, los cuatro elementos del universo: fuego, aire, agua y tierra se equipararon a los cuatro humores del cuerpo humano «sangre, bilis amarilla, flema y bilis negra». También hubo cuatro colores sagrados en la alquimia: rojo, amarillo, blanco y negro, (Bernal, 1989). La enfermedad no existía por sí misma, y por lo tanto sólo había individuos enfermos. Por lo que se establece que estos juicios impedían clasificar las enfermedades en relación con su causalidad externa.

Galeno introducirá siete siglos más tarde, el concepto de "sufrimiento pasivo o padecimiento", de donde deriva "paciente", mientras Aristóteles insiste en la clasificación y ordenamiento de las "causas".

En el siglo XVI, Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus Von Hohenheim, conocido como Paracelso (1493-1541), basándose en su experiencia personal, concibió una nueva teoría de la enfermedad con una idea más ontológica y parasitaria, ya que rompió con estas concepciones; señalando que la enfermedad tenía un origen local y podía ser causada por agentes provenientes del exterior, teoría que más tarde fue desarrollada por Van Helmont (1579-1644).

Este cambio en el modo de pensar acerca de la enfermedad fue tan radical que modificó el pensamiento médico de los dieciséis siglos anteriores. A partir de estas nociones, se inició la búsqueda de remedios específicos a una determinada enfermedad y por consecuencia la aplicación de la química en la medicina, (Ortiz, 1982).

Francis Bacon (1561-1626), barón de Verulam, Vizconde de Albans, Lord Canciller de Jacobo I, abogado, estadista, poeta, filósofo, una de las mentes más sutiles y astutas de Inglaterra en que vivieron y coincidieron William Shakespeare, John Donne, Ben Johnson y William Harvey, estableció la idea de que el conocimiento tenía un fin utilitario y un sentido de progreso, conceptos nuevos para el siglo XVII, pues hasta entonces se había considerado el conocimiento como especulativo y filosófico y no como un medio de controlar la naturaleza. Estas concepciones nuevas apoyaron y fueron apoyadas por la naciente Revolución Industrial e influyeron en la práctica de la medicina, pues por un lado le encauzaron hacia la conservación y prolongación de la vida y por otro le confirieron una importancia secundaria a la prevención del daño y a la importancia social de la enfermedad, (Ortiz, 1982).

Pocos años después, en el siglo XVII, René Descartes (1596-1650), de acuerdo con las necesidades de su momento histórico, concibió el alma y el cuerpo como dos entidades separadas, concepción orientada por el cristianismo, que veía en el cuerpo un vehículo imperfecto del alma. El cristianismo permitió la disección del cuerpo humano a cambio de prohibir las investigaciones científicas del comportamiento y la mente del hombre, pues éstos eran terrenos de la Iglesia. Descartes planteó una interpretación mecánica para no intervenir con la Iglesia, en la que los cuerpos animales (incluido el hombre) eran máquinas, por lo que, apoyado por las teorías acerca de la circulación descritas por William Harvey, el pensador francés señala que ésta sigue un comportamiento: "según las reglas de la mecánica, que son las mismas que las de la naturaleza".

Desde la perspectiva de la medicina de fines del siglo XX, el haber postulado la existencia de dos entidades separadas en el mismo ser constituye una de las equivocaciones fundamentales de la mente humana. Para Descartes existían dos terrenos: uno el del sujeto, el alma (indivisible, incorpórea e inmortal); el otro, el objeto o sea la materia, el cuerpo (divisible, mortal y mecánico); y separó así en el individuo lo material de lo espiritual, el alma del cuerpo, la mente del cerebro. Sus innovaciones dejaron asentadas las bases filosóficas del modelo biomédico vigente, que terminó por explicar el fenómeno de salud-enfermedad con una idea mecanicista y dualista. De ahí que la medicina hegemónica interprete mecánicamente la enfermedad, pues la considera como tal, únicamente en tanto es susceptible de ser medida, y con estas concepciones

¹ ORTIZ QUESADA, F., "Descartes y el dualismo mente-cuerpo", Uno año uno, noviembre 8, 1982, p.19.

heredadas el médico moderno deja de lado aquellos aspectos intangibles del ser humano: el ámbito del alma, el espacio de lo subjetivo.

Una vez establecidas las ideas de Paracelso, Bacon, y Descartes, todos los estudios médicos conceptualizan el cuerpo del hombre como una máquina, y la enfermedad como lo que provocaba la alteración de esa máquina. La tarea de la medicina consistía entonces en reparar esa máquina humana cuando se encuentra descompuesta; dicha tarea era una práctica reparadora del daño, con el objeto de prolongar la vida.

Siglos más tarde, pensadores como Bernard, Cannon y Selye, introducirán sus conocidos conceptos sobre medio interno, "homeostasis" y "estrés" respectivamente, en los que la enfermedad aparece como una "lucha activa" del organismo viviente frente a estímulos que alteran su equilibrio, amenazan su autonomía y libertad.

Sin embargo, aún cuando existieron médicos que rechazaron el punto de vista cartesiano "el cuerpo como máquina", esta idea se afianzó y dio lugar al modelo médico hegemónico tal y como se conoce en la actualidad, es decir, aquel modelo reduccionista y ahistórico que considera que la enfermedad se deriva de un principio primario y único; que es ajena al hombre, pues acepta que tiene vida propia. Este modelo se caracteriza principalmente por un lenguaje físico-químico, al que considera suficiente para explicar el fenómeno biológico; este modelo acompañó históricamente a la Revolución Industrial y fue conformado por los mismos principios; ya que posee la misma visión mecánica de la vida y fue adoptado y desenvuelto dentro de la lógica de la producción.

La Revolución Industrial creó en Europa una situación completamente nueva. Las fábricas proporcionan empleos para los hombres, mujeres y niños inexpertos cuya única propiedad era su fuerza de trabajo. Los nuevos medios de transporte hicieron posible la importación de alimentos, de modo que la población se incrementó, sobrepasando las posibilidades de espacio. Grandes masas se hacinaban en los suburbios de las ciudades, donde vivían bajo salarios de hambre, en condiciones espantosas, trabajando interminables horas, desprotegidos ante los nuevos riesgos de la industria e incrementando sus enfermedades por las condiciones existentes.

Federich Engels,² en su estudio sobre las condiciones de la clase obrera en Inglaterra, publicado por primera vez en 1845, encontró que en la clase trabajadora de Londres, en la parroquia de St. John y St. Margaret, 5366 familias ó 26830 personas vivían en 5294 cuartos y en Little Ireland, un distrito de Manchester, había ya un baño por cada 120 habitantes.

En 1831, Turner Thackrah, en su libro clásico *On the Effect of Art, Trades and Professions and of the Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity*, llamó la atención sobre el informe de Edwin Chadwick³ con referencia a las espantosas condiciones creadas por las nuevas industrias. En 1844, un médico francés, Louis René Villermé, publicó un informe de dos volúmenes sobre las condiciones de los obreros en Francia, y mucho antes, en 1807, un francés

² *Ibid.*

³ Citado en SIGERIST, H., (1991) *Mitos en la Historia de la Salud Pública*, Siglo XXI Editores, México, p.p. 60-87.

⁴ *Ibid.*

prefecto de la policía, llamado Dubois, había expuesto las espantosas condiciones sanitarias de la población industrial. Con ello se establece ya la relación que existe entre las condiciones laborales y el estado de salud y enfermedad del individuo que actúa como trabajador, (Sigerist, 1981).

Sin embargo, aunque el proceso de industrialización en Alemania llegó mucho más tarde, hubo un poderoso movimiento de reforma médica, en los años en que precedieron a la revolución de 1848. El dirigente del movimiento fue Rudolf Virchow, quien llegó a ser un prominente patólogo y antropólogo alemán. "La Medicina es una ciencia social", escribió Virchow, y "la política no es más que la medicina en gran escala".

El programa de salud de 1848 de los médicos liberales alemanes fue admirable y parecía sumamente moderno. En él se reconocía el deber del Estado de velar por el bienestar físico de todos sus miembros, y en consecuencia su deber de adoptar provisiones para el fomento y conservación de la salud y para la normalización de las condiciones sanitarias alteradas.

Estos hallazgos europeos dieron lugar al avance de la ciencia en los siglos XIX y XX, como resultado del progreso técnico, la industrialización mundial y la sociedad asalariada cuya existencia depende del mercado laboral. La ciencia progresó y en consecuencia, también la medicina, que se tornó científica, altamente técnica y especializada. Es decir se desarrolla un nuevo tipo de medicina llamada a servir a un nuevo tipo de sociedad y esto reclama, obviamente a que se organicen y amplíen los modelos de atención médica.

Por lo que puede decirse que el desarrollo de la tecnología para la salud fue impulsado por el auge del capitalismo después de la Segunda Guerra Mundial en función de las necesidades del proceso productivo. Las nuevas condiciones del desarrollo económico exigían el crecimiento de las acciones de salud orientadas al beneficio de la producción y al mejoramiento de las condiciones del espacio urbano. Conforme avanza el capitalismo, la necesidad de aumentar la productividad mundial orienta la medicina a la investigación en fisiología, de la eficiencia corporal y la rápida recuperación de la fuerza de trabajo; en consecuencia las necesidades médicas adoptan un enfoque predominantemente individual y se ubican en hospitales, institutos de investigación y laboratorios, (Necesidades Esenciales de México, 1985).

Los descubrimientos realizados a lo largo del siglo XIX, como el que señala que los microorganismos son la causa de la enfermedad infecciosa; de la célula, como unidad anatómica fundamental, y los principios fisiológicos relacionados con el medio interno del cuerpo y el abandono de la teoría humoral de la enfermedad en favor de las teorías que ésta se encontraba localizada en los órganos del cuerpo, contribuyeron a acentuar las concepciones mecanicistas de la enfermedad.

A partir de la década de los treinta, la medicina adquirió el poder de curar infecciones, hasta entonces mortales. En 1936 se reportaron los resultados benéficos de las sulfonamidas en las infecciones estreptocócicas y meningocócicas; en 1941 Florey y Chain, basados en las investigaciones de Fleming, señalaron el potencial terapéutico de la penicilina. El 1944, Selman Waksman descubrió la estreptomycin. Poco a poco se sumaron otros medicamentos, cada vez más eficaces y específicos contra diversas infecciones.

² Die Medizinische Reform, p. 2. Citado en SIGERIST, H., (1981) Mitos en la Historia de la Salud Pública, Siglo XXI Editores, México, p.87.

A este respecto, algunos pensadores como Dubos (1975) y McKeown y Lowe (1981), afirman que los progresos de nuestra ciencia no han sido tan exitosos como suele asegurarse, ya que muchas enfermedades microbianas como la tuberculosis, la lepra, la peste y el tifo, estaban disminuyendo o habían sido erradicadas de Europa antes de que se formulara la teoría microbiana de la enfermedad y que se debió al mejoramiento de las condiciones de vida.

Sin embargo, las limitaciones de este modelo, con tantos éxitos en lo individual, se ponen en evidencia con la explicación del fenómeno salud-enfermedad, en sus dimensiones psicológicas y sociales; que ha dado lugar a establecer censuras en cuanto al Modelo Médico Hegemónico, como Petrarca, quién en su *Invectiva contra medicina* quedara, acusaba a los médicos contemporáneos por la muerte de su amada Laura, por "su servilismo ante la filosofía y su olvido de la observación y la práctica".

A la medicina se le reprocha el abandono del aspecto socioeconómico de la enfermedad. Entre los argumentos que se han emitido en torno a ello, se indica que la mortalidad, la morbilidad y la invalidez son indicadores de daño a la salud. Uno de los indicadores positivos en México es la esperanza de vida, que expresa la posibilidad de prolongar ésta o acortarla, sin considerar la calidad de la misma. La esperanza de vida se obtiene del análisis de la experiencia en mortalidad de todas las edades de la vida de una población determinada, unido a otros indicadores positivos como estudios de la capacidad física, intelectual de la población e incluso estudios de sensaciones subjetivas: bienestar, vitalidad, felicidad, etc., y de los que midan saneamiento del medio, calidad ecológica, condiciones materiales de vida y trabajo, que puedan en un futuro ofrecer una visión más aproximada y satisfactoria de la salud colectiva. En 1923, la esperanza de vida del mexicano era de 33 años, cifra que se ha ido mejorando paulatinamente ya que en el período comprendido entre 1985 y 1990 el promedio de vida es de 66 años, (las mujeres con un promedio de 72.28 y los hombres con 65.72); es decir, se ha duplicado y se espera un futuro prometedor para mejorar esa cifra. Sin embargo, cabe señalar que en el Sexto Informe de Gobierno, Carlos Salinas de Gortari (1994) indicó que la población había aumentado su promedio de vida a 74.6 años para la mujer y 68.7 para el hombre.

Considerando que la esperanza de vida se obtiene del análisis de la mortalidad de la población en general, en el Cuadro I se muestran las principales causas de mortalidad en México entre las cuales se encuentran las enfermedades del corazón, los tumores malignos y los accidentes.

* Citado en LAÍN ENTRALGO, (1972) *Historia Universal de la Medicina*. Salvat Editores, S.A. México, Tomo III.

7 SWAROOP, S., (1964) *Estadística Sanitaria*, Fondo de Cultura Económica, México.

8 SAN MARTÍN, H., (1988) *Salud y Enfermedad*. La Prensa Médica Mexicana, México. d.p. 9-10.

9 Datos obtenidos según el *Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud 1987*, México.

CUADRO I

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1992.

CAUSA	DEFUNCIONES	TASA POR 100,000
TOTAL	409,814	4,723
<i>Enfermedades del Corazón</i>	<i>55,606</i>	<i>641</i>
-Isquémica	32,154	371
<i>Tumores Malignos</i>	<i>43,692</i>	<i>504</i>
-De la tráquea, bronquios y pulmón	5,450	63
-Del estómago	4,521	52
-Del cuello del útero	4,346	50
<i>Accidentes</i>	<i>39,246</i>	<i>441</i>
-De tráfico de vehículos de motor	13,947	161
<i>Diabetes Mellitus</i>	<i>29,304</i>	<i>326</i>
<i>Ciertas Afecciones Perinatales</i>	<i>21,759</i>	<i>251</i>
-Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto	13,102	151
<i>Enfermedad Cerebrovascular</i>	<i>21 429</i>	<i>247</i>
<i>Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado</i>	<i>19,105</i>	<i>220</i>
<i>Neumonía e Influenza</i>	<i>18,688</i>	<i>215</i>
<i>Homicidio y lesiones infringidas por otra persona</i>	<i>16,596</i>	<i>191</i>
<i>Enfermedades infecciosas e intestinales</i>	<i>14,191</i>	<i>164</i>
<i>Deficiencias de la Nutrición</i>	<i>10,238</i>	<i>118</i>
<i>Nefritis, Sx. Nefrótico y Nefrosis</i>	<i>9,157</i>	<i>106</i>
<i>Anomalías Congénitas</i>	<i>8,750</i>	<i>101</i>
<i>Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma</i>	<i>8,297</i>	<i>96</i>
<i>Tuberculosis Pulmonar</i>	<i>4,486</i>	<i>52</i>
<i>Anemias</i>	<i>4,091</i>	<i>47</i>
<i>Úlceras Gástrica y Duodenal</i>	<i>3,062</i>	<i>35</i>
<i>Sx de Dependencia de Alcohol</i>	<i>2,629</i>	<i>30</i>
<i>SIDA</i>	<i>2,554</i>	<i>29</i>
<i>Septicemia</i>	<i>2,418</i>	<i>28</i>
<i>Disritmia Cardíaca</i>	<i>6,039</i>	<i>70</i>
<i>Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos</i>	<i>8,383</i>	<i>97</i>
<i>Las demás causas</i>	<i>62,094</i>	<i>716</i>

Fuente: Indicadores y Noticias de Salud. Mortalidad 1992. Salud Pública de México, Enero-Febrero de 1991, Vol.36, No.1

A este respecto, Roberto Tapia Conyer, encargado de la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud (SSA) afirmó que en la actualidad México presenta una mezcla de padecimientos, entre las cuales se puede ubicar a las enfermedades propias de los países subdesarrollados, como lo son las diarreas, y males infecciosos en general y otras más, que caracterizan de las naciones

plenamente desarrolladas, como el cáncer, la diabetes o la hipertensión arterial.¹⁰

En el plano de su acción sobre el individuo enfermo, se suele criticar a los médicos el hecho de que se encarguen exclusivamente de problemas biológicos susceptibles de medición, y que en la interpretación de la enfermedad rechacen los factores psicológicos que se relacionan con ella, ya que aún cuando llegan a aceptar la existencia de estos elementos se les concede muy poca atención y el aspecto psicológico de los enfermos es manejado como algo secundario y no con la importancia y científicidad que se requiere. Razón por la cual se critica una medicina que, como complejo teórico-práctico, no acepta como su responsabilidad la solución de estos problemas. Sin embargo, diversos reportes informan que los padecimientos psíquicos relacionados con la enfermedad se observan en el 60 por ciento de los pacientes,¹¹ y que en el 30 por ciento de la población de un país industrializado se acusan alteraciones patológicas de conducta.¹² El Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos reportó que el 25 por ciento del total de su población sufre durante su vida un cuadro de depresión que requiere ayuda médica.¹³ En el terreno de la enfermedad orgánica, hay una evidencia creciente de que diversos padecimientos físicos pueden aparecer en momentos de tensión psicológica. Entre éstos se han reportado el cáncer y la hipertensión, las enfermedades coronarias y las gastrointestinales, así como muchas otras de aparición frecuente.¹⁴ Sin embargo, estos hallazgos, que suponen una estrecha relación mente-cuerpo, suelen ser objeto de repudio por muchos profesionales de la medicina, repudio explicable en parte porque la enseñanza médica recibida ha sido con base en un modelo que pone énfasis en lo biológico y no en lo social en el organismo humano, representados por el soma y la psique.¹⁵

A este respecto, Sigerist en 1962 ya mencionaba que debido a que lo más sustancial es el soma (el cuerpo humano); la ciencia hizo énfasis sobre él, limitando el concepto de salud y oponiendo el de enfermedad. Desde entonces, se consideraba a la salud como una consecuencia de los esfuerzos de la ciencia médica en contra de las enfermedades. La salud era ausencia de enfermedad y ésta era considerada como el proceso biológico, es decir, "la suma total de

¹⁰ CARDENAS, A. (1994) "Enfermedades Crónicas en la Población Mexicana" *Salud al Día. Suplemento Mensual del Periódico El Día*. Año 1, Vol.1, No.7, p.17.

¹¹ JORES, A. (1967) *La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo* Siglo XXI Editores, México, p.25.

¹² "Riesgos de Trabajo, tiempos modernos", Le Nouvel Observateur Citado en: ORTIZ, QUESADA, F., (1983) "Aspectos Psicológicos de la Enfermedad Orgánica", *Revista Médico Moderno*, Vol. XII, No.9, México

¹³ KDLATA, G.B. (1981) "Clinical trial of psychotherapies is under way". Citado en: ORTIZ QUESADA, F., (1983) "Aspectos Psicológicos de la Enfermedad Orgánica", *Revista Médico Moderno*, Vol. XII, No.9, México.

¹⁴ ORTIZ QUESADA, F. (1983) "Aspectos Psicológicos de la Enfermedad Orgánica". *Revista Médico Moderno*, Vol. XII, No.9, México.

¹⁵ ALEJAJINA, R.L. "La categoría de la esencia y el problema de la enfermedad". Citada en: ALBURQUEQUE CORDEIRO, H. (1974). "Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad. Medicina, economía, y política". *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

reacciones anormales del organismo o de sus partes a estímulos anormales".¹⁶

Laurell, por su parte menciona que la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en un caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos, por lo que la mejor forma de comprobar el carácter histórico de la enfermedad está dada en la colectividad humana y no en el estudio de la apariencia en los individuos. En este sentido debería ser posible comprobar diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como el resultado de las transformaciones de la sociedad. Asimismo las sociedades se distinguen de su grado de desarrollo y de organización social, por lo que exhiben una patología colectiva diferente, ya que dentro de una misma sociedad las clases que la componen mostrarán condiciones de salud distintas.¹⁷

Lo anterior ha llevado a la confrontación de dos posiciones que pueden catalogarse como ideológicas y radicales: una que le concede a la medicina el carácter de ciencia destacada del siglo XX, otra que se lo niega. Por una lado se asegura un progreso constante que terminará por vencer, como lo hizo en el pasado con las infecciones, a la vejez y al cáncer, y por otro se le pronostica su desaparición como disciplina independiente y su incorporación en otras áreas de conocimiento, como sería el caso de la medicina orgánica a las ciencias básicas, el de las afecciones psicológicas a la psicología o al psicoanálisis y el de las que conciernen a la sociedad, a la sociología.¹⁸

A todo esto Ortiz Quesada no se encuentra muy de acuerdo, ya que para él la medicina no está en crisis, lo que necesita ser modificado es el modelo médico que permanece institucionalizado.

Hasta ahora el enfoque médico pone el acento en lo individual y curativo, a pesar de que la definición de la medicina es la ciencia y arte de prevenir y curar las enfermedades.¹⁹ Motivo por el cuál, el enfoque tendía que dirigirse hacia los aspectos subjetivos que inciden sobre la enfermedad y hacia los hechos sociales que la determinan, para lograr la concepción de totalidad de la unidad bio-psico-social y con ello definir también el proceso salud-enfermedad de acuerdo con la realidad histórico-social del país.

Ortiz Quesada señala que el objetivo principal para analizar el proceso salud-enfermedad es construir un modelo nuevo, estudiar sus propiedades y las diferentes maneras en que reaccionan en el laboratorio, para aplicar enseguida esas observaciones a la interpretación de lo que sucede empíricamente, requiriendo necesariamente de la valoración de conceptos anteriores, auxiliándose de algunas ciencias de la naturaleza como la genética, la física, la bioquímica, entre otras, y también las ciencias del hombre como sociología, la filosofía y la economía; ya que es necesario lograr la integración de las ciencias naturales con las ciencias del hombre para crear una nueva ciencia al

¹⁶ SINGERIST, H. (1962) "Civilization and Disease" Citado en: COHEN, S., (1963) La Psicología en la Salud Pública, Textos Extemporáneos, México, p.15.

¹⁷ LAURELL, C. (1982) "La salud-enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud 2, Editorial Nueva Imagen, México, p.9

¹⁸ ATALLI, J., (1981) "El orden canibal", En: Vida y Muerte de la Medicina Editorial Planeta, S.A., Barcelona.

¹⁹ Diccionario de la lengua española. (1970) Decimonovena edición, Editorial Calpe, S.A. Madrid.

servicio del hombre, bajo nuevos paradigmas.

Por todo esto, cabe señalar que los modelos de salud-enfermedad como discursos ideológicos y teóricos organizadores y orientadores de una determinada práctica médica no se deben perder de vista, ya que permiten establecer que por una parte el asunto de la salud-enfermedad es una cuestión teórica metodológica, pero además es también una cuestión práctica; sin embargo, también es necesario considerar la perspectiva de las clases trabajadoras y de sus luchas de clase, para poder obtener un conocimiento científico del proceso salud-enfermedad y un mejoramiento en las condiciones de vida de las clases trabajadoras y, a fin de cuentas, de la sociedad en su conjunto.

1.2 LA DETERMINACION HISTORICO-SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

La salud es una de las necesidades principales, y a través de la historia es la que más ha preocupado al hombre, ya que es una condición necesaria en la producción y reproducción de la sociedad. De acuerdo a lo revisado en el apartado anterior se puede afirmar que a lo largo de la historia de la humanidad el proceso salud-enfermedad se ha conceptualizado de diversas formas, según las condiciones materiales de trabajo y de vida y los marcos culturales e ideológicos propios de cada grupo social, todo lo cuál es una expresión concreta del modo de producción dominante en las distintas formaciones sociales.

Todo grupo social posee un sistema de ideas que conducen a clasificar su ausencia de enfermedad, interpretar sus causas y ejecutar prácticas destinadas a restaurar la salud, cuando ésta se pierde, por medio de especialistas adiestrados en diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Algunas sociedades tienen o tuvieron ideas similares sobre salud y enfermedad; sin embargo pueden encontrarse grupos humanos cuya interpretación no tiene puntos en común y hasta resulta opuesta a la expresada por otros conglomerados humanos (Rojas, 1985). Las enfermedades siempre han desempeñado un papel sumamente importante dentro de la historia de la humanidad destacando que, debido a ellas, se han derrumbado imperios, han fracasado ejércitos completos e incluso han desaparecido razas y civilizaciones enteras (Ceserman, 1968).

El proceso salud-enfermedad presenta grandes dificultades para su comprensión y análisis objetivo, debido principalmente a la diversidad de modelos, perspectivas y disciplinas que abordan dicho proceso como objeto de estudio.

A este respecto, Tecla (1982) establece que estos modelos, en cuanto a sus rasgos esenciales se pueden reducir en dos: el modelo biólogo-ecologista y el modelo social, encontrándose algunas diferencias importantes entre estos, que se mencionarán a lo largo de la revisión de este apartado.

Los modelos biólogos hacen abstracción de los aspectos físicos de la enfermedad omitiendo los aspectos sociales, dando pie a los principios básicos de lo que Menéndez (1990) llama Modelo Médico Hegemónico (M.M.H.); definiendo a éste como: "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, la cuál desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar subalternos al conjunto de prácticas saberes e ideologías que dominaban en sus conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimidad, tanto por criterios científicos como

por el Estado'.²⁰ Para Menéndez, el M.M.H. es una construcción que supone el reconocimiento de tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: a) biologismo; b) concepción teórica evolucionista-positivista; c) ahistoricidad; d) asocialidad; e) individualismo; f) eficacia pragmática; g) la salud-enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); h) orientación básicamente curativa; i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; j) práctica curativa basada en la eliminación del sintoma; k) relación médico-paciente asimétrica, l) relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; n) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los "consumidores de acción de salud"; p) producción de acciones que tienden a excluir al "consumidor" del saber médico; q) prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de la exclusión de otros modelos; u) tendencia a la medicalización de los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica médica de la investigación médica.²¹

Por lo que es un enfoque que disuelve las cualidades del conjunto al convertirlo en un conjunto 'natural' (biológico), que excluye los caracteres sociales. Más aún cuando lo 'social' disrumpa en los periodos de crisis del modelo, lo psicológico emergerá como factor explicativo funcionando de hecho como contenedor de lo social y disolviéndolo nuevamente, o mejor dicho secundarizando su importancia. (Basaglia, 1976); de este modo la etiología de la enfermedad se limita a hacer sólo una descripción de sus características. El hombre es considerado como un cuerpo enfermo sobre el cual actúan exclusivamente procesos físicos-químicos o biológicos; se le aísla de su contexto social y en la práctica derivada de esta concepción se le somete a un papel pasivo y subordinado.

Los ecologistas ofrecen un esquema más dinámico a través de la llamada triada ecológica: agente-huésped-medio ambiente. Sin embargo, al igual que el modelo biologista, establece el mecanismo de la interpretación de la enfermedad, ya que en primer lugar no puede emitir una conceptualización objetiva del término agente; el término huésped, sólo es visto de manera unilateral, reduccionista y, en forma ahistórica; mientras que el medio ambiente es considerado únicamente en sus aspectos físicos, y no como la práctica social objetivada (Tecla, 1982).

En modelo biologista y desde el punto de vista fisiológico, la salud se traduce como el funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo. Es decir, como el "medio interno" o "fisiológico" que regula la complejidad de los fenómenos físico-químicos que se generan en el organismo

²⁰ MENENDEZ, E., (1990) *Morir de Alcohol: Saber y Hegeemonía Médica*. Alianza Editorial Mexicana / Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, p.87.

²¹ *Ibid.*

como respuesta a los estímulos del "medio externo" lográndose así: mantener un equilibrio (Vega, 1992).

Perkins en 1938 señaló que: "la salud es un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, la cual resulta del adecuado ajuste dinámico del organismo con las fuentes que tienden a alterarlo. No es pues una pasiva interrelación entre las sustancias que integran al organismo, y los factores que pretenden romper la armonía, sino una respuesta activa de las fuerzas corporales que funcionan estableciendo un ajuste".²²

La Organización Mundial de la Salud define salud como: "... un completo estado de bienestar físico, mental y social y no simplemente como la ausencia de afecciones o enfermedades".²³ Este aspecto de bienestar se manifiesta por el desarrollo equilibrado de las funciones fisiológicas, que a su vez se expresan por el ejercicio normal de la interrelación e independencia biológica, psicológica y social del hombre con su ambiente, es decir con una orientación ecológica. En cuanto a ésta, se encuentra dirigida hacia la concepción que, además, interpreta la enfermedad como "una desarmonía funcional del hombre con su ambiente, que se expresa con alteraciones fisiológicas y por cambios en la interrelación e interdependencia con otros seres".²⁴

Rojas Soriano (1965) por su parte señala que en el aspecto operativo el manejo de los conceptos 'bienestar físico' y 'mental' representa serias dificultades, ya que aún cuando existen indicadores para medir estas dos primeras dimensiones del bienestar, tienen que ajustarse a la realidad objeto de estudio, careciéndose de indicadores adecuados para medir la tercera dimensión del bienestar, a sea, la social, tal como lo ha expresado la Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, la Epidemiología Médica explica los problemas de salud o enfermedad como fenómenos de población, que traducen el tipo de relación entre el hombre y su medio externo, considerando a la enfermedad como una desarmonía funcional del hombre con su ambiente, expresada por alteraciones fisiológicas y por cambios en la interrelación e interdependencia con otros seres (Vega, 1992).

Por ello, el proceso salud-enfermedad desde el punto de vista epidemiológico es considerado como la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, las cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud. Por lo que la calidad de vida a la que está expuesto cada grupo socio-económico es diferente a su exposición a procesos de riesgo, que provocan la aparición de enfermedades y formas de muerte específicas, así como su acceso a procesos beneficiosos o potenciadores de la salud y la vida, (Brailh, 1989).

²² PERKINS, W.H., (1936) "Cause and prevention of disease". Citado en VEGA, L., y GARCIA, H., (1992) **Bases Esenciales de la Salud Pública**, La Prensa Médica Mexicana, México, p.2

²³ Citado en COHEN N., y GUTIERREZ, S., (1981) **Trabajadores y Seguridad Social en América Latina**, Instituto del Seguro Social, México, p.27.

²⁴ VEGA, L., y GARCIA, H., (1992) **Bases Esenciales de la Salud Pública**, La Prensa Médica Mexicana, México, p.p. 2-3

Hasta el momento cabe señalar que las definiciones sobre el proceso salud-enfermedad tienen elementos en común, como el que los organismos mantienen en acción diversos mecanismos que aseguran un balance positivo entre las fuerzas que generan la enfermedad (medio externo) y las que condicionan el equilibrio físico, mental y social del mismo (medio interno). Sin embargo, es importante señalar que si bien el proceso salud-enfermedad se determina de acuerdo a cada individuo y al contexto social y económico al cual pertenece, también se han logrado establecer, algunas generalidades sobre el proceso salud-enfermedad por comunidades, sectores y estratos sociales.

Por su parte, San Martín (1968) considera que establecer que la salud es un estado biológico y social estático no es realista, ya que tanto la noción de salud como la de enfermedad implican ideas de variación y de adaptación y desadaptación continuas respectivamente, por lo que señala que entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación con estados intermedios que van desde la adaptación perfecta hasta la desadaptación llamada enfermedad, motivo por el cual considera que la salud y la enfermedad como grados de variación biológica son la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física y mentalmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Por tanto, el individuo sano es "aquel que muestra y demuestra armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo".²⁵

Dentro del estado de equilibrio que existe entre el individuo y su medio interno y externo se manifiestan situaciones y determinaciones biológicas que hacen que el individuo sea un ser natural y único, destacando la presencia genética que da lugar a las diferencias biológicas entre los individuos sin dejar de mencionar el aspecto social, que se define a partir del estado capital al que pertenezca y que determina su interacción interpersonal, su desarrollo laboral y su forma de vida y, por tanto, su nivel de desarrollo físico, mental y social.

El profesor Lambert, Subdirector del Laboratorio de Antropología Física de París, estableció que "toda definición de salud debe tener en cuenta la facultad de adaptación humana".²⁶ De acuerdo con lo anterior, el ecologista francés R. Dubos define salud como "el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio".

Milton Terris, del New York Medical College, dice que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a "sentirse bien" y el otro objetivo que implica "capacidad para la función", modificando con ello la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en la forma siguiente: "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de la capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad o invalidez".²⁷ A este respecto la O.M.S. enfatiza que el término salud requiere más que una definición biológica, ya que se deben considerar los factores que intervienen en su determinación y variación entre los cuáles se encuentra la ecología, el ambiente, la sociedad, la cultura, etc., que hacen del hombre un ente bio-psico-social, pero principalmente social.

²⁵ SAN MARTÍN, H., (1968) *Salud y Enfermedad*. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V., México, D.F.

²⁶ Citado en: SAN MARTÍN, H., (1968) *Salud y Enfermedad*. La Prensa Médica Mexicana, México D.F., 11, 12.

²⁷ *Ibid.*

El profesor Cornillo, decano de la Facultad de Medicina de Bobigny pensó que la ambigüedad de la noción de salud impide formular una definición absoluta evaluable por criterios objetivos. Ya que para él, la salud es: "una noción perfectamente subjetiva; la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica y social, fuera del cual toda situación es percibida como enfermedad".⁹

Es por ello que algunos países del Tercer Mundo, han propuesto la llamada "definición estratégica de la salud", que estipula que "el mejor estado de salud de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo y de la población y los medios existentes de la colectividad para controlar éstos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población".¹⁰

Existe la necesidad de vincular a la enfermedad con elementos que conforman el medio interno y externo del individuo, entre los que destacan: los elementos físicos del medio (la atmósfera, el clima, las estaciones, la geografía y la estructura geológica, etc); los elementos químicos que se encuentran en forma natural en el ambiente como algunas toxinas de hongos o diversas plantas que pueden ser útiles o nocivas, o las aflatoxinas, que ocasionan deterioro y peligrosidad a los alimentos, y los elementos químicos producidos por la industrialización urbana y otros compuestos como el dióxido de carbono, ozono, óxido de azufre, hidrocarburos y partículas, que si rebasan ciertos límites son nocivos para la salud. Los factores biológicos, (bacterias, virus, parásitos, etc) son agentes específicos de muchas enfermedades. Los factores psicológicos, culturales y sociales relacionados con la salud y la enfermedad, aunque son conocidos, son menospreciados con frecuencia, a pesar de las consecuencias que producen: la pobreza, la incultura, la ignorancia y la urbanización e industrialización que causan trastornos físicos y mentales importantes tales como la fatiga, la neurosis, conductas antisociales, etcétera.

En este sentido, Alvarez Alva (1971) señala que siendo numerosos los factores que intervienen en la salud y en la enfermedad y tan variadas las respuestas del organismo, no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Premisa que dio lugar al establecimiento del Principio de Multicausalidad que no tiene solamente un valor teórico o académico, sino que se orienta para actuar, tanto sobre los factores específicos, como sobre los predisponentes, a fin de promover la salud y evitar la enfermedad.

La definición concibe también a la salud como un estado, lo que implica considerarla como un fenómeno estático y separarla de la enfermedad cuando la realidad demuestra que "la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos en un mismo fenómeno, puesto que entre ellos se establece una relación en constante cambio".¹⁰

Por otra parte "el esquema de la unidad bio-psico-social del hombre, tras la aparente visión integradora, esconde el desconocimiento de las relaciones entre los componentes biológicos, mentales y sociales y los yuxtapone de manera

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ SAN MARTIN, M., (1968) *Salud y Enfermedad*, La Prensa Médica Mexicana, México, p.12.

¹⁰ LAUREL, G., (1975) "Medicina y capitalismo en México". Citado en Sandoval, J., (1996) *Psicotrastornos Asociados al Proceso de Trabajo* (Tesis) UNAM, México, p.12

subjetiva".³¹ Estableciéndose que el ser humano es un ser biológico que a través de su evolución y creación de su propio psiquismo ha establecido el factor social como producto de esa transformación, y que determina ahora su forma de vida y estado de salud-enfermedad.

En 1974, Luis Peregrina Pellón, Director de la Escuela de Salud Pública de la S.S.A. estableció que lo que condiciona a la salud que se produce en el individuo radica en parte en el grupo social y debido a ello, se puede hablar ecológicamente de salud y enfermedad. Sin embargo dijo: "cada quien juzga la salud de acuerdo a sus posibilidades de introspección, lo que permite establecer si alguien está enfermo o no lo está".

Es importante señalar que el concepto "social" será utilizado para definir la articulación de los ámbitos Económico, Ideológico, Ético/Jurídico, Estético y Gráfico, ámbitos que son convenciones no arbitrarias, establecidas y modificadas por los hombres a lo largo de la historia. Tales ámbitos quedan entendidos bajo estas definiciones:

1) El ámbito económico. Actividades que regulan y originan a los bienes de uso, tanto su producción como su circulación y consumo. En el modo de producción actual, toda actividad directamente ligada a la estructura monetaria, así como a los llamados 3 sectores productivos: el agrario, el industrial y el comercial.

2) El ámbito ideológico. La constelación de actitudes que expresan y recogen intereses de clase, y fracciones de ellas. A nivel de clases, se reconocen dos principales ideologías: la empresarial o burguesa, y la asalariada, proletaria o popular. De modo que cuando se reconocen las ideologías de otros niveles de productividad, se hace referencia a ellas, según se adscriben o extraen de las ideologías principales.

3) El ámbito político. La estructura de agrupamientos (organismos formalizados o no) que se dirimen cuotas de poder, tales como partidos, asociaciones, comités, federaciones, uniones, sindicatos y hasta clubes. Asimismo forman parte de tal estructura aquellas instituciones como las cámaras de representación, presidencias, asambleas, delegaciones o jefaturas.

4) El ámbito gráfico. El conjunto de modelos interpretativos sobre el universo y la existencia humana en particular. Los sistemas filosóficos que explican problemas generales como vida/muerte, materia/idea, felicidad/desdicha, destino/origen, y desde los cuales se entienden y reconstruyen intelectualmente los hechos. Tales modelos son los sistemas genéricos de ideas, de alto nivel de abstracción, que organizan la existencia de los hombres, tanto en su diario acontecer como a futuro. Una expresión específica de tal ámbito lo constituye la estructura científica.

5) El ámbito ético o moral. Las normas específicas que regulan la convivencia, según criterios de "buen" o "mal" comportamiento. La estructura que condensa tales normatividades es la jurídico/legal.

6) El ámbito estético. Los preceptos que recogen y expresan los criterios

³¹ BREILH, J. "Notas acerca de salud y enfermedad". Citado en LAURELL, C., (1982) "La Salud y Enfermedad como Proceso Social" *Revista Latinoamericana de Salud* 2, Editorial Nueva Imagen, México, p.22.

³² Mesa Redonda "Historia Natural de la Enfermedad". Facultad de Medicina, 1974. *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol.17, No.1, 1974, p.p.5-33.

de belleza/fealdad.³³

Este punto de vista nos permite sostener que no existe comportamiento o pensamiento que, influido por determinado ámbito de los social, se encuentre libre del influjo de los demás.

Mientras más se avanza en el desarrollo socioeconómico y en las doctrinas filosóficas de la seguridad social, de la salud y el bienestar, nuevas corrientes de pensamiento pretenden ir más allá de las concepciones que hasta hace poco se consideraban difíciles de superar (Rojas, 1985).

Una de ellas es la Medicina Social que intenta eliminar o controlar los factores físicos y biológicos y los de índole psicológico y social, que actúan como predisponentes o mantenedores de la enfermedad, es decir, detectar y actuar sobre el desencadenante (ya sea de índole biológico, psicológico o social) que propicie el surgimiento de la enfermedad. Son numerosos los factores sociales a considerar en la salud y en la enfermedad, ya que están relacionados con la cultura, la ocupación, la vivienda, las características de la familia, y la organización social. Los factores culturales son los más numerosos: costumbres y hábitos, criterios religiosos, hábitos de alimentación, niveles de educación, barreras del idioma; características de la familia: tamaño, organización y relaciones internas, sitio e influencia sobre el grupo social. Los relacionados con la ocupación y actividad en general, son: la profesión o tipo de trabajo; el salario o ingreso económico, el empleo y el desempleo; las condiciones o los riesgos en el sitio de trabajo; los hábitos de actividad física, reposo, recreación y esparcimiento, etc. Las condiciones generales de la vivienda, la disponibilidad de agua y servicios sanitarios, su ubicación, son también circunstancias que influyen favorable o desfavorablemente en el estado de salud y enfermedad de un individuo, (Alvarez, 1991).

A este respecto, Pérez Tamayo en 1974 estableció que los agentes productores de enfermedad se habían dividido en tres grupos: físicos, químicos y biológicos; sin embargo, para que la clasificación sea completa, valdría agregar los agentes psicológicos y sociales. En este mismo año, Warman establece que esos agentes sociales que se asocian a enfermedad pueden dividirse en dos grupos. En primer lugar se encuentran los múltiples agentes condicionantes, por ejemplo la desnutrición y la aglomeración. La vida social sí es un factor condicionante. En segundo lugar, los agentes causales que son todos los que incluye la clasificación mencionada por Pérez Tamayo; por ejemplo el alcohol y el tabaco, los agentes químicos, etc. De la Fuente (1974), menciona que es necesario tomar en cuenta los agentes psicológicos que causan patologías; los conflictos y las frustraciones humanas y las emociones que les acompañan: cólera, miedo, angustia, que son patognomónicos, sobre todo cuando son sostenidos o recurrentes y se ven interferidos por su expresión.

La organización social, política y económica, constituye otro importante factor en el proceso salud-enfermedad: la distribución equitativa de la riqueza nacional, el costo de la vida, la existencia de grupos desadaptados o marginados, etc, por lo que se puede decir que la urbanización y la industrialización agravan con frecuencia muchas de las condiciones señaladas. La ignorancia frecuentemente acompañada de la pobreza, tiene un severo impacto en la salud y en la enfermedad: tabúes, prejuicios, desempleo, subempleo, baja o nula productividad, etc. Las condiciones sociales apuntadas, en especial, la pobreza,

³³ GÓMEZ, G., 'Lo Social', Mecanografía, Febrero de 1955, México.

la ignorancia, la urbanización y la industrialización generan, como lo señala Álvarez Alva (1991), problemas psicológicos en los individuos, las familias y en la sociedad; neurosis, depresión, agresividad, violencia, etcétera.

En este sentido, René Dubos señala: que "la clase de salud que el hombre más desea no es necesariamente el estado en que experimentaría vigor físico y sensación de bienestar, ni siquiera aquel que le permitiera la longevidad. Lo que en lugar de esto quiere, es aquella condición más adecuada para alcanzar las metas que cada individuo se propone para sí".³⁴

Posteriormente, en 1980, Timio señala que la enfermedad es expresión de una triple situación etiológica: física, social y cultural. De los tres factores, el más reconocido, tanto en su definición como en su análisis, ha sido el físico-biológico porque no ha considerado al hombre enfermo como sujeto de funciones socioculturales, es decir, como una persona integral cuya condición biológica es solo uno de sus componentes. A este respecto, Freyre en 1975, había establecido que en la medida en que se logra superar el umbral de lo puramente biológico, el individuo descubre su dependencia de la comunidad de la cual es miembro de la cultura en la que tienen mayor o menor actividad.

Por otra parte, Noriega (1988) menciona tres niveles por los cuales se puede abordar el proceso de salud en el individuo. El primero es el nivel biológico u orgánico; en el cual se establece que la salud "es un estado de equilibrio interno de cualquier organismo vivo (llamado también homeostasis), es decir que involucra la participación activa de todas las células, tejidos y sistemas del organismo y de una gran cantidad de energía. El desequilibrio en las fuerzas del organismo puede dar lugar a la aparición de ciertas enfermedades sin embargo, esto no quiere decir que desequilibrio sea un sinónimo de enfermedad".³⁵

En el nivel individual humano o biopsíquico maneja que resulta difícil establecer los límites precisos de cada persona para determinar su estado de salud y enfermedad, sin embargo dice: "es posible deducir si una persona está sana o enferma por lo que ella misma expresa y siente".³⁶

Por último, en el nivel colectivo o grupal, señala que el proceso salud-enfermedad "es el resultado o la síntesis de ciertas características que posee cada grupo o una sociedad específica, es decir como elementos que en conjunto, expresan condiciones en las que viven y trabajan grupos humanos que conforman la sociedad".³⁷

Cuando se presenta una apropiación insuficiente, desigual o inadecuada de la naturaleza, se manifiesta en el individuo, según Rojas Soriano (1985) un proceso "determinado socialmente" que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de los individuos pertenecientes al proletariado para satisfacer sus necesidades materiales de existencia, así como desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etc, en una formación históricamente determinada (enfermedad). Por tanto la salud, podría definirse como "una apropiación

³⁴ DUBOS, R., (1975). *El Espejismo de la Salud*, Fondo de Cultura Económica, México, p.13.

³⁵ NORIEGA, M., (1988) "El Trabajo, sus Riesgos y la Salud" NORIEGA, M., (Coordinador) *En Defensa de la Salud en el Trabajo*. SITUA, México, p.p.10-12.

³⁶ *Ibid.*

³⁷ *Ibídem.*

suficiente, igual o adecuada de la naturaleza que se manifiesta en el individuo como un proceso, socialmente determinado, que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de los individuos pertenecientes al proletariado para satisfacer sus necesidades básicas, así como desarrollar sus capacidades artísticas e intelectuales: "esto último cuando las condiciones de trabajo y de vida lo permitan en una formación social históricamente determinada".³⁰

En relación a la salud de los trabajadores, Barbosa (1982) menciona que el estudio de la salud debe hacerse a partir de categorías como lucha de clases, proceso de trabajo y modo de vida. Estas categorías forman la estructura básica de un modelo médico social, que Barbosa denomina así por contemplar las relaciones sociales y económicas para caracterizar el proceso salud-enfermedad de una clase social o un sector de clase.³¹

Para Rosen (1985) el término salud, ya sea buena o mala, designa un estado dinámico de un organismo que resulta de la interacción de factores internos y ambientales que operan en un espacio-tiempo determinado. Neumann en 1847 estableció algunos principios fundamentales dentro del proceso salud-enfermedad: el primero de ellos es que la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad. La sociedad tiene la obligación de asegurar la salud de sus miembros.³² El segundo principio contenido es la idea de que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica.³³

Carcavallo y Plencovich, (1973) plantean que el hombre, además del aspecto biológico que como animal posee, se diferencia del resto de las especies del reino a que pertenece por su racionalidad. Es el único ser capaz de tener conciencia de sí mismo, así como de criticar y autocontrolarse; por lo que el concepto de salud debiera adquirir una significación muy amplia que implique todos los aspectos que caracterizan a la humanidad. Ya que la salud del hombre depende no sólo de las relaciones armónicas de sus órganos y de su cuerpo (constitución genética, fisiológica, etc), sino más bien en su adaptación a la organización social a la que pertenece, hábitos, costumbres, sanciones y tabúes; la naturaleza de su trabajo, sus relaciones personales con aquellos que lo rodean, sus hobbies, sus objetivos y creencias o la ausencia de ellos pueden ser todos potentes factores que afectan la salud; por lo que establecen que la salud es en cierto modo, una abstracción más que una realidad, tiene importantes argumentos en su favor, puesto que ese "estado de bienestar" resulta difícil porque no es perceptible.

Todo este análisis llevo a Carcavallo y a Plencovich a considerar que salud "es el estado del individuo y de la comunidad de respuestas adecuadas a los estímulos del medio, permitiendo la correcta adaptación a las

³⁰ ROJAS, R., (1985) *Capitalismo y Enfermedad*. Folio Ediciones, México.

³¹ BARBOSA J., (1982) "Enfermedades Profesionales" TECLA, A., Coordinador, *Enfermedad y Clase Obrera* Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Enfermería y Obstetricia, México, p.120.

³² NEUMANN, S., (1847) "Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum". Citado en: ROSEN, S., (1985) *De la Política Médica a la Medicina Social*, Siglo XXI Editores, México, p.p.80-92

³³ *Ibid.*

circunstancias, la permanente relación de defensa contra las agresiones ambientales, la convivencia armónica, el lícito afán de superación del nivel socio-económico-cultural, los sentimientos de solidaridad, el deseo de luchar por la libertad y la justicia. Su efecto es la vida, la ausencia de malestares prolongados, la progenie física, psíquica y socialmente integrada, la sociedad en continuo progreso y un adecuado nivel económico y cultural⁴².

En 1976 Laurell señaló que el divorcio entre la creciente sofisticación de la medicina y el decreciente impacto sobre las condiciones colectivas de salud, revela que la curación o la paliación de la enfermedad en su forma actual puede ser relevante para el individuo pero carece de efecto sobre la colectividad. El descubrimiento de que el crecimiento económico no ha dado lugar automáticamente a mejoras en la salud, o incluso ha provocado que ésta empeore, no es más que la explicación en el campo médico del fracaso del modelo desarrollista de crecimiento.

En primer lugar explica la necesidad de considerar la salud-enfermedad, no como un problema de individuo sino de la colectividad. Esto no parece ser un descubrimiento particularmente novedoso, dado que ha sido sostenido por la epidemiología durante mucho tiempo.^{43,44} Para la mayoría de los epidemiólogos, no obstante el concepto salud-enfermedad colectiva no difiere en algún aspecto importante de la definición tradicional biológica e individual, porque para ellos el fenómeno colectivo no es más que la suma de los fenómenos individuales.

Esto quiere decir que, su objeto de estudio está definido por sus características biológicas y no por las sociales. Por lo que para Laurell, la enfermedad es un fenómeno colectivo, lo que significa que es un hecho social y que debe ser manejado como tal tanto en términos teóricos como metodológicos. Esto sugiere que el concepto de salud-enfermedad colectiva no es reducible al fenómeno biológico individual, aunque es la expresión concreta del primero.

Para Laurell, la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno y que entre ellas se establece una relación en constante cambio. La enfermedad provoca en el organismo una respuesta biológica tendiente a la salud, que además en muchos casos implica mayor resistencia posterior a esas enfermedades dado que muchas veces no se trata más que de un desequilibrio en los procesos sanos, por lo que la enfermedad no es el resultado de procesos en el organismo individual aislado, sino la respuesta biológica a impulsos exteriores que actúan sobre éste. El

⁴² CARCAVALLO, R.V., y FLENCOVICH, A., 1973) *Ecología y Salud Humana*, Editorial Intermedica, Argentina, p.3.

⁴³ POI J., HALL, C., ELVEBACH, L., (1970) "Epidemiologic man and disease". Citado en: LAURELL, C., (1976) "Algunos Problemas Teóricos y Conceptuales de la Epidemiología Social" *Debates en Medicina Social*, OPS-ALAMES, Ecuador, 1991, p.79.

⁴⁴ SÜSSEK, P. (1973) Causal Thinking in the health services. Citado en: LAURELL, C., (1976) "Algunos Problemas Teóricos y Conceptuales de la Epidemiología Social" *Debates en Medicina Social*, OPS-ALAMES, Ecuador, 1991, p.80

⁴⁵ VASCO URIBE, A., (1973) Salud, Medicina y Clases Sociales. Citado en LAURELL, C. (1976) "Algunos Problemas Teóricos y Conceptuales de la Epidemiología Social" *Debates en Medicina Social*, OPS-ALAMES, Ecuador, 1991, p.80.

hombre no se enferma solo, sino en interacción con los demás hombres y con la naturaleza.

A nivel más general, tanto la salud como la enfermedad son producto de la relación que el hombre establece con la naturaleza. Esto es depende de como se la apropia, y como en este proceso la transforma.

Por todo esto, Laurell (1982) menciona que la corriente que sostiene que la enfermedad puede ser analizada fecundamente como un proceso social está en la obligación de comprobar su planteamiento y su utilidad en la práctica.

La primera tarea, entonces, es demostrar que la enfermedad efectivamente tiene carácter histórico y social. Por lo que habría que distinguir dos problemas que subyacen a esta cuestión. Por una parte, tenemos el concepto de salud, que expresa cómo se conceptualiza y define socialmente a determinado fenómeno. Por otra parte, se esconde atrás de la palabra "enfermedad" un proceso biológico que se da en la población independientemente de lo que se piensa respecto a él. Por lo que habría que comprobar entonces, el carácter social de ambas.

Una segunda tarea de la corriente médico-social es definir el objeto de estudio que permita profundizar en la comprensión del proceso salud-enfermedad como proceso social.

El último problema que se necesita abordar para formular los planteamientos respecto a la enfermedad se refiere al modo de conceptualizar la causalidad, o mejor dicho, la determinación. Esto resulta necesario porque plantearse el estudio del proceso salud-enfermedad como un proceso social no se refiere solamente a una exploración de su carácter, sino que plantea de inmediato el problema de su articulación con otros procesos sociales, lo que se remite necesariamente al problema de sus determinaciones.

Posteriormente, Laurell (1986) establece que uno de los lineamientos más urgentes que requiere de una construcción teórica, dentro del proceso salud-enfermedad, es la relación entre el proceso de producción y las formas de (re)producción de la clase obrera, ya que sin una comprensión más clara de este problema resulta incompleto el análisis de los procesos de desgaste-reproducción-bio-psíquicos obreros. Considerando al proceso de desgaste-reproducción obrero como el modo psicobiológico de "andar en vida", como hecho fundamental de la existencia obrera, ya que viene a ser la manifestación cotidiana y corporal de la explotación.

Una segunda cuestión prioritaria por llevarse acabo dentro de la construcción teórica se refiere a las formas históricas del proceso biológico humano. La resolución de este problema, que se vincula al de la producción social de la naturaleza y de la subsunción de lo biológico por lo social, sería un repensamiento de los procesos fisiológicos y patológicos, desde una perspectiva distinta a la que generalmente se les da. Por lo que el problema clave según Laurell, parece ser lograr plantear los problemas de tal modo que el pensamiento no quede atrapado en la premisa del carácter histórico de los procesos biológicos, sino que pueda plantearse cómo dentro de un marco biológico dado,

²⁰ LAURELL, A., (1975) "Medicina y Capitalismo". Citado en SANDOVAL, J., (1990) Psicostresores Asociados al Proceso de Trabajo. Tesis de Lic. en Psicología, E.N.E.F. Irapuato, Mexico, p.17.

²¹ TAMBELLINI AROUCA, A., (1972), Contribución a análisis epidemiológica de accidentes de tránsito. Tesis de Doctorado, Campinas. Citado en BREIL, J., (1989) Epidemiología: Economía, Epidemiología y Política. Editorial Universitaria, Quito, p.p. 92-94.

asumiendo formas distintas y específicas, como el resultado de determinados procesos sociales.

Para Breilh (1989), cada grupo social lleva inscrito en su condición de vida y en su correspondiente perfil de salud-enfermedad, una compleja trama de procesos y formas de determinación que se deben separar y ordenar mediante dimensiones:

a. Existe una dimensión estructural formada por lo procesos de desarrollo de la capacidad productiva y de relaciones sociales que operan en el contexto donde ha aparecido un cierto problema epidemiológico. El estudio de este tipo de procesos explica cuáles son las tendencias sociales más importantes y las formas principales de la organización colectiva.

b. La dimensión particular, que está formada por los procesos llamados de reproducción social, es decir, por aquellos que se establecen en relación a la manera especial de producir y consumir que realiza cada grupo socio-económico. Su investigación es un elemento interpretativo de enlace entre los hechos y cambios estructurales y sus consecuencias individuales de salud-enfermedad; constituye un nivel intermedio del estudio que explica el patrón de vida del grupo como base para explicar hallazgos empíricos de enfermedades o salud en los individuos que lo componen.

c. La dimensión individual, formada por los procesos que en última instancia llevan a enfermar o morir, o que por el contrario, sostienen la normalidad y desarrollo somáticos y psíquicos.

Por todo esto, es necesario señalar que el hombre tiene que ser comprendido en su medio a través de su evolución histórica. La satisfacción e insatisfacción de las necesidades de salud, depende de la relación del medio ambiente físico y social, y del funcionamiento de los mecanismos psicosomáticos con los que cuenta cada individuo, por lo que puede decirse que el hombre es más bien producto de su medio que de su dotación biológica, que a través de su evolución ha estado condicionada por el ambiente, (Sánchez, 1991).

En general, cabe señalar que definir el proceso salud-enfermedad en términos universales y abstractos no es una tarea fácil, ya que se encuentra en constante evolución, a la par con las mismas circunstancias que forman la evolución de hombre y de las sociedades en general; en este sentido, Tecla (1982) establece que: "para aproximarse al problema salud-enfermedad es necesario tomar en consideración el carácter histórico de los fenómenos sociales, lo que llevaría a determinar su carácter absoluto (principios generales que rigen cualquier sociedad humana), y relativo (leyes específicas que rigen cada sistema social para cada formación económica completa)".

Cabe destacar que el proceso salud-enfermedad involucra una serie de fenómenos tanto objetivos como subjetivos que lo hacen ser uno de los procesos de mayor controversia dentro del campo científico, debido principalmente a la diversidad de manifestaciones y al cambio constante de las agentes productoras de la enfermedad (virus, bacterias, etc) dando lugar al desequilibrio del estado de salud del individuo y de la humanidad entera.

Razón por lo cual se hace necesario abordar este proceso desde las diferentes disciplinas que se encargan del estudio del hombre como producto y

** TECLA, A. (1982) "La Formación Económica Social y la Enfermedad" TECLA, A., (Coordinador) *Enfermedad y Clase Obrera*, Secretaría Académica, Dirección de Graduados e Investigación y Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, I.F.N., México, p.13.

productor de la naturaleza, de la sociedad y de lo psicológico.

Onegro Basaglia (1992), señala que existen una gran variedad de elementos en torno al concepto multidimensional de salud, pero que es de suma importancia conocer los elementos que la constituyen para poder intervenir en la prevención y lograr erradicar enfermedades. Además de la intervención de varios elementos como el médico, el conductual y el aspecto social que se encuentran en correlación dentro del estudio del proceso salud-enfermedad. Sin embargo para poder lograr la reconstrucción de un proceso como éste, es necesario la producción de una nueva cultura en relación a la salud-enfermedad que involucra a los trabajadores, la población en general y la administración política.

Por lo que puede decirse que el proceso salud-enfermedad se encuentra determinado por el desarrollo histórico-social, que ha dado lugar al establecimiento de normas y leyes que regulen su funcionamiento, así como a la manipulación de dicho proceso por parte del Estado para beneficio del sistema capitalista.

1.3 EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y LAS POLÍTICAS SANITARIAS EN MÉXICO

Debido a los cambios sociales y económicos que se han suscitado a lo largo de la historia, se han modificado tanto las concepciones del proceso salud-enfermedad como los agentes causantes de la alteración de éste proceso, ya que se investigan causas y evolución de enfermedades para erradicarlas, pero al mismo tiempo aparecen otras que suceden a las ya existentes o que simplemente son desconocidas o de nueva procreación, para su regulación y relación con el individuo y la vida en sociedad. Ello hace necesario la creación de políticas que regulen el cumplimiento profesional, el político y la asignación económica para la seguridad social y el sistema de salud.

La salud de la población es una variable que depende del desarrollo socioeconómico, ya que el Sistema de Salud se encuentra condicionado por las fuerzas sociales que determinan su estructura. "El subdesarrollo económico y social condiciona el subdesarrollo de la salud".

Múltiples estudios han demostrado que las causas que originan las diferencias en el nivel de salud entre las poblaciones de distintos países y entre los diferentes grupos de un mismo país, son las mismas causas que producen las diferencias entre el nivel de desarrollo socioeconómico.

En México, la medicina resulta ser un fiel reflejo de las contradicciones de nuestro tiempo, ya que los procesos históricos, económicos, políticos y culturales inciden directamente sobre ésta, definiendo su contenido. Por lo que es posible referirse a la medicina del capitalismo, de la industrialización, y por ello es válido hablar de una organización de la medicina cuyos propósitos sirven al capital, factor cuyos intereses influyen de modo decisivo en el estudio del origen y desarrollo de las instituciones médicas.

Las formas predominantes de abordar el estudio del papel del Estado en el área del bienestar social en general y de la salud en particular, se pueden agrupar en dos grandes categorías: la primera, parte de la constatación de la tendencia a nivel mundial de incrementar la intervención estatal, en sus diversas modalidades, en el área de servicios de salud como resultado del aumento de la

²⁰ SÁNCHEZ, N., (1991) Elementos de Salud Pública, Editorial Méndez Cervantes, México, p.25.

responsabilidad general que se reconoce al Estado.⁸⁰ La segunda categoría, más reciente, recurre a la teoría de los sistemas y los enfoques funcionalistas. Según la cual, debe ponerse más énfasis a la dimensión racionalizadora de la gestión estatal, mediante la integración del discurso institucional médico al del desarrollo económico,⁸¹ cuya actitud tiene por objeto, tanto destacar los problemas relativos a la coordinación interinstitucional, como los provenientes de la necesidad de incrementar la productividad y eficiencia en la producción de servicios; es decir, un procedimiento que busca establecer la congruencia y el equilibrio necesarios entre el sistema de salud y un determinado modelo de organización y funcionamiento del sistema general del desarrollo económico social.

Por lo que resulta válido hablar de una medicina cuyos propósitos sirven al capital; cuyos intereses influyen de manera decisiva en el conocimiento y la práctica médica, que para lograrlo se vale de los aparatos ideológicos, de la organización del trabajo médico y del desarrollo científico moderno.⁸²

Existe un cúmulo de documentos oficiales en los que se describen, con cierto grado de detalle, la evolución de las diversas instituciones de atención médica en el país. En tales documentos se destaca sobre todo el papel de diversos agentes (médicos y/o políticos), en la consecución de determinados logros y avances, ya sea en el control de las enfermedades, o en la propuesta en marcha de programas e instituciones.⁸³

En la intervención del Estado en el campo de la salud, se distinguen dos subperíodos. El primero se destaca porque durante su transcurso se utiliza la atención médica como factor coadyuvante para modificar las formas y relaciones de producción en el campo, y lograr modificaciones en la concepción del papel de Estado ante la salud de la población mexicana. El segundo subperíodo se tipifica porque durante él se consolida la atención médica como una modalidad hegemónica de la intervención del Estado en el ámbito de la salud, puesto que se orienta básicamente a mantener y recuperar la fuerza de trabajo para la industria, mediante la elaboración y propuesta de proyectos destinados a ello.

La concentración acelerada del ingreso y la disminución de los incrementos del producto per capita, propiciaron la desaparición y/o absorción de gran cantidad de empresas pequeñas y medianas, fortaleciendo el proceso de oligopolización. En los años 1958-1959, se desataron confrontaciones violentas entre movimientos populares de protesta y el aparato represivo del Estado, ocasionadas por el deterioro de las condiciones generales de vida. Entre los primeros tres lustros de este lapso, el sector salud recibe muy poca prioridad por parte del Estado; esto se refleja en las reducidas proporciones del gasto público que se le destinan. Posteriormente, el patrón de crecimiento de las

⁸⁰ DONNANGELO, N. (1975) "Medicine e Sociedade". Citado en: ORTIZ, QUESADA, F., (1982) *Vida y Muerte del Mexicano*, Tomo II, Folios Editores, México, p.49.

⁸¹ LUZ, M., (1975) "As Institucões Medicas no Brasil: Institucõe e estrategias de hegemonia". Citado en: ORTIZ, F., (1982) *Vida y Muerte del Mexicano*, Tomo II, Folios Ediciones, México, p.49.

⁸² ORTIZ, F., (1982) *Vida y Muerte del Mexicano II*, Folios Ediciones, México, p.50.

⁸³ ALVÁREZ, A., BUSTAMANTE N., LÓPEZ A., FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, F., (1960) *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, S.S.A. México, p.p. 141-142.

instituciones de atención médica difiere totalmente, ya que se incrementan de manera considerable la capacidad instalada y la cobertura de asistencia pública y seguridad social, además de establecerse una distinción clara entre ambas, en términos de sus ámbitos geográficos de actividad. Esto ocurre simultáneamente y en gran medida como respuesta a la modificación en las relaciones de Estados Unidos y América Latina. A través de la Alianza para el Progreso, México fue uno de los países que recibieron más fondos,⁵⁶ lo que le permitió la expansión de sus servicios estatales de salud y los seguros sociales.

Durante la Administración de Cárdenas, en la intervención estatal en el campo de la atención médica se observan tres hechos fundamentales: la creación de la Secretaría de la Asistencia Pública, el establecimiento de los servicios médicos cooperativos y la elaboración de varios anteproyectos de la ley de seguridad social, que ciertamente no llegaron a promulgarse.

La creación de la Secretaría de Asistencia Pública, puntualiza el viraje definitivo de la concepción acerca de las gestiones del Estado en materia de salud, así como el concepto de beneficencia al de asistencia pública.⁵⁷ Se reconoce así la necesidad de que el aparato estatal intervenga en la atención y el mantenimiento de aquel sector del proletariado, fundamentalmente urbano, que en situación permanente de subempleo o desempleo, representa capacidad de trabajo disponible, cuyo volumen fluctúa según las exigencias de la acumulación capitalista, pero que no es absorbido por el mercado de trabajo.

La intervención del Estado en la atención médica, curativa e individual, incorpora al consumo de los servicios médicos a grupos de trabajadores ejidatarios agrícolas que, como sujetos de crédito, están obligados a conservar y/o recuperar la capacidad de trabajo.⁵⁸

El concepto de salud en estas circunstancias se emplea como sinónimo de medicalización y lo reduce a la ausencia relativa de enfermedad, a programas médicos curativos, a la posibilidad del trabajador de mantenerse en pie en el desempeño de sus labores, por lo que elude el referirse a las condiciones globales de existencia vigentes en las formaciones sociales capitalistas, a cuyos cuestionamientos conduce irremisiblemente la adopción de un concepto apropiado de salud,⁵⁹ como los revisados en el apartado anterior. Por todo esto, se hace necesario satisfacer esta necesidad por órganos específicos responsables como las instituciones de crédito estatales o privadas, mas preclaras en ese sentido, que se adelantan y fundan "sin la intervención de Salubridad, centros médicos ejidales, muchos de los cuales se han transformado

⁵⁶ DE LA PENA S., (1979): 'Acumulación y Capitalismo Monopolista de Estado, en Seis Aspectos del México Real. Citado en ORTIZ, F., (1962) *Vida y Muerte del Mexicano, Tomo II*, Folios Ediciones, México, p.53.

⁵⁷ GARCÍA, J., 'La medicina estatal en América Latina'. Citado en BLANCO, J., CORDOVA, G., EIBENSCHUTZ, C., ARELLANO, C., y LOPEZ, J., *Política Sanitaria Mexicana en los Ochenta*, Fin de Siglo Editores, y Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria, A.C., México, p.11.

⁵⁸ ALVAZAR, A., ...Op. Cit.

⁵⁹ LUZ M.,... Op. Cit.

en servicios de higiene rural y medicina social".⁵⁰

Acerca de la creación de los servicios médicos ejidales cooperativos, se debe señalar su ubicación administrativa como parte del Departamento de Salubridad, al cual pertenecen adscritas después aún la creada Secretaría de Asistencia Pública. Creado en 1917, el Departamento de Salubridad Pública ratifica su injerencia a nivel nacional, jurisdicción que se reconoce en el Código Sanitario de 1934 cuando se declaran de interés público, para la salubridad general de la República, la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios, y se lo faculta para suscribir convenios con las autoridades estatales y municipales, en los casos en que estos tengan por objeto, entre otros, el de aplicar una política sanitaria general en el país, asegurar la observancia de principios técnicos uniformes y unificar procedimientos. Mientras tanto, el conjunto de organismos estatales que constituían la beneficencia pública, y posteriormente, en 1938 la Secretaría de Asistencia Pública, y su ámbito de acción se reduce casi a la ciudad de México.

Evidentemente, el proceso para consolidar las medidas propuestas en tal sentido, había sido lento y difícil de adaptarse a la burocracia federal, pues había tropezado con la oposición de firmes gobiernos estatales, los cuales eran renuentes a permitir la intromisión dentro de las esferas de poder y de las autoridades sanitarias que habría de designar directamente en el gobierno central.⁵¹

Sin embargo, a pesar de las promesas presidenciales reiteradas, y de la "elaboración en 1938 en uno de los anteproyectos de ley más completos ... que incluía protección contra todos los riesgos, incluso desempleo"⁵² no se haya promulgado ninguna ley sobre seguridad social en México, durante este periodo. Aún cuando establecer un seguro contra el "riesgo estrictamente proletario", el desempleo, tendría sentido en el contexto de una política económica de expansión del mercado interno, sus posibles efectos inflacionarios y el incremento de la deuda pública que agrava la situación con respecto a la crisis inflacionaria acentuada en el periodo Cardenista y que persiste hasta la actualidad con algunas modificaciones por las circunstancias y cambios que ha sufrido el país durante los últimos años.

Cabe señalar que desde la Constitución de 1917, fueron inscritas en su Artículo 123 algunas fracciones relacionadas con el establecimiento de una ley de seguro social y las garantías y el derecho a la salud de todos los ciudadanos en el Artículo 4. Pero no fue sino hasta 1943, que se instituyó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la fusión del antiguo Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia Pública, de más reciente creación. Posteriormente se elabora y se pone en marcha un Plan Nacional de Hospitales, con el propósito de emprender "un vasto programa de construcción de hospitales en la República".⁵³

⁵⁰ ALVAREZ, A.Op. Cit.

⁵¹ * Hasta 1950 se logra establecer un convenio con el único estado faltante:ucatán.

⁵² MESO C., (1978) "Social Security in Latin America". Citado en ORTIZ, F., (1982) *Vida y Muerte del Mexicano*, Tomo II, Folios Ediciones, México, p.59.

⁵³ ALVAREZ, A.Op. Cit.

Posteriormente el gobierno cardenista (1934-1940) generó modelos innovadores de atención médica para la población campesina, decretó el servicio social obligatorio para los pasantes de medicina, estableció las leyes de la industrialización y consecuentemente, las bases de seguridad social.

La Ley del Seguro Social fue promulgada en enero de 1943. En ella se incluyeron además de los delegados estatales, representantes obreros provenientes de importantes centrales sindicales como la Confederación de Trabajadores de México (CTM) y la Federación de Trabajadores del Servicio del Estado, así como de algunos sindicatos de la industria más poderosos: electricistas, mineros, petroleros, ferrocarrileros y textiles.

Después de los primeros años de los sesenta y hasta finales de esa década, la economía mexicana crece en forma rápida y sostenida, superando el crecimiento de los periodos anteriores y con un grado mayor de estabilidad. A partir del convenio de Facilidades Ampliadas que suscribió México con el Fondo Monetario Internacional en noviembre de 1976, el gobierno mexicano se comprometió a implementar una política económica de corte monetarista, que se ve caracterizada por la restricción del gasto social y la racionalización de la administración pública.⁵³ La crisis económica, a la cual los convenios con el FMI pretenden ofrecer una salida, está acompañada por una crisis política, que abre fisuras profundas en el sistema de dominación mexicano, las cuales llegan en momentos a cuestionar la legitimidad del Estado. En interrelación directa con los cambios económicos, se presenta un desarrollo cuantitativo y cualitativo de las clases sociales, las luchas se multiplican y cobran nuevo contenido; destacan entre ellas el movimiento médico 1964-65, el estudiantil de 1968, del periodo de 1972 a 1976, caracterizado por la Insurgencia Sindical y un sin número de luchas en el campo y en las colonias populares de las zonas urbanas, son causa y consecuencia de esta lucha política, y apuntan a una redefinición en la relación de la fuerza entre las clases dominantes y el Estado, lo que abre el campo de las reivindicaciones entre las cuales se ubican los servicios de salud.⁵⁴

La atención médica estatal no evoluciona durante este periodo de la misma manera que la economía. Por lo que algunas instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), atraviesan crisis financieras, que además de obstaculizar su desarrollo, genera una serie de reflexiones y propuestas por parte de la tecnoburocracia nacional e internacional acerca del papel de la seguridad social en el desarrollo socioeconómico del país (Ortiz Quesada, 1982).

La política sanitaria genera una cantidad considerable de instituciones de atención a la salud para los diferentes grupos de la población, entre los cuales se encuentran: la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), El Instituto

⁵³ HERNÁNDEZ, H., (1965): "Historia de la Participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México, 1935-1980". En: ORTIZ, F., (Coordinador) *Vida y Muerte del Mexicano*, Tomo II, Folios Editores, México, p.p. 49-56.

⁵⁴ SERRANO, P., (1977) "Algunas implicaciones del Crédito del FMI en México". Citado en LAURELL, C., y ENRIQUÉZ, E., (1980) "La Política de Salud en la Crisis Económica: 1976-1978" *Territorios*, No.2, UAN-Isochimilco, México, p.2

⁵⁵ HOLINA, D., (1977) "La política laboral y el movimiento obrero". Citado en LAURELL, C., y ENRIQUÉZ, E., (1980) "La Política de Salud en la Crisis Económica: 1976-1978" *Territorios*, No.2, UAN-Isochimilco, México, p.2.

Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Defensa Nacional, del Departamento del Distrito Federal, el Sistema del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y otros de menor importancia. Cada uno de ellos, con su legislación y funciones propias, dirigidos a grupos específicos de la población, algunos exclusivamente para la atención médica y otros con el componente de Seguridad Social, conservando y desarrollando paralelamente los servicios médicos privados. (Blanco y Cols. y Moreno y Cols., 1982).

Las luchas obreras se intensifican y se manifiestan de diversas maneras en sus esfuerzos por disminuir los efectos regresivos que ocasionaba la crisis económica a sus condiciones de vida. La evolución de las instituciones de atención médica se ve seriamente afectada. La crisis financiera del Estado impide materializar proyectos de expansión de coberturas, tanto de la asistencia pública como de la asistencia social (Ortiz Quesada, 1982).

A fines de los años setenta, los servicios de salud constituyen un mosaico institucional con duplicaciones, insuficiencia y contradicciones que son interpretadas por el Estado como manifestaciones de ineficiencia e irracionalidad. Los intentos de coordinar y unificar las diversas instituciones de salud constituyeron un propósito explícito de la política sanitaria de los setenta, pero no consiguieron avanzar significativamente. En esta situación el país entra en la década de los ochenta, caracterizada por una profundización de la crisis económica que se había logrado sortear con el "boom" petrolero de fines de la década anterior (Blanco y Cols.).

Posteriormente, al entrar en crisis el modelo de acumulación del país, la política social y la política sanitaria del Estado Mexicano se han debatido en la contradicción entre la eficiencia económica y la eficiencia política, una de cuya manifestación era la legitimidad ideológica. Para la solución de la misma, la cuestión de la cobertura ha tenido un singular significado, de la importancia que la población le asigna a la presencia física de las instalaciones de salud, que cumplen con una función real y otras de carácter ideológico.

La ampliación de la cobertura se ha transformado hacia fines de los setenta y principalmente en la presente década, en el propulsor de la política sanitaria estatal. De esta manera, en 1979 se puso en marcha el Convenio IMSS-COPLAMAR, "que incide sobre los problemas de salud de 11.8 millones de personas".⁴³ Más tarde se expresó en la conformación de un sistema estructurado en tres niveles de atención, con énfasis en actividades preventivas, basado en una "adecuada coordinación institucional en los niveles local y regional, a través de convenios de subrogación, a fin de evitar duplicidades y lograr un mejor aprovechamiento de los recursos".⁴⁴

En su forma más acabada, la extensión de los servicios alentó el proyecto del Sistema Nacional de Salud, que en una primera etapa se visualizó como la integración gradual del Sector Salud, para dar paso posteriormente a la integración pragmática o funcional que "no requiere de modificaciones estructurales, sino de normas comunes y de un compromiso institucional para

⁴³ PODER EJECUTIVO FEDERAL (1980). 'Política de Salud y Seguridad Social' Plan Global de Desarrollo, 1980-1982, Secretaría de Programación y Presupuesto México, 1980.

⁴⁴ *Ibid.*

cumplir los objetivos de los programas".⁸⁷

En 1981 se crea la Coordinación de Servicios de Salud dependiente de la Presidencia de la República con la finalidad de realizar estudios tendientes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud. Un año más tarde se agrega al Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, un párrafo en cuyo inicio dice: "Toda persona tendrá derecho a la protección de salud ..." Así mismo se reformaron los artículos 12 y 13 del Código Sanitario, la primera enmienda responsabilizando a la Secretaría de Salubridad y Asistencia de que las dependencias y entidades federales se coordinen para el establecimiento del Sistema Nacional de Salud y la segunda enmienda facultándola para celebrar convenios con los gobiernos de los Estados y del Distrito Federal, con el propósito de establecer los servicios coordinados de salud pública. Así mismo fueron reformadas las Leyes del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para que el Secretario de Salubridad y Asistencia forme parte del Consejo Técnico del IMSS y la Junta de Gobierno del ISSSTE.

En las correspondientes exposiciones de motivos se señala que el Sistema Nacional de Salud no es "un aparato burocrático nuevo, sino de un sistema conducido por la autoridad sanitaria en que las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonio propios y de su autonomía paraestatal, se integren y coordinen funcionalmente ..." Una modificación legal importante porque puede interpretarse como un retroceso en la lucha que inició la SSA contra los factores condicionantes de los problemas de salud en México, lo constituye el decreto del 29 de Diciembre de 1982 que reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en cuyo artículo 39 dice a la letra:

"A la Secretaría de Salubridad y Asistencia corresponde el despacho de los siguientes asuntos: establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción del saneamiento del ambiente..."

Las características neoliberales del modelo económico adoptado explícitamente desde 1982, han profundizado la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo de grandes grupos de población, incrementando la desigualdad.

El viraje neoliberal de la política social se expresa en la modificación de las relaciones Estado-sociedad. Se recorta el gasto social, se desplaza la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (educación, salud, empleo, etc.) hacia diversos grupos, y se plantea el desmantelamiento de la vertiente de "bienestar" que el Estado mexicano había desarrollado en las décadas anteriores.⁸⁸

López (1992) señala que el tránsito de la política social del bienestar hacia una política social neo-beneficencia, redefine las características de los sistemas de protección social, fortaleciendo con ello las formas autoritarias y clientelistas de prestación de servicios, se favorece la exclusión de grandes grupos sociales y se profundiza la inequidad existente.

⁸⁷ PODER EJECUTIVO FEDERAL. (1982) *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, Presidencia de la República. Coordinación General de Salud, México.

⁸⁸ LÓPEZ, D., "La Política de Salud en México: Un Ejemplo de Liberalismo Social?", LAURELL, E. (Coordinadora), (1992) *Estado y Políticas Sociales en el Liberalismo*, Fundación Friedrich Ebert Stiftung, México, p.125

La política sanitaria es modelada por la disminución del presupuesto destinado al sector salud, la descentralización vertical y sin recursos, la privatización selectiva de la producción de los servicios médicos, el traslado del costo de los servicios a los usuarios, la atención focalizada, el fomento del autocuidado y la insistencia en la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad. Estos rasgos de la política sanitaria conducen al deterioro de los servicios públicos de atención médica, producen el desmantelamiento de los programas de control de enfermedades, reducen la limitada eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales y potencian la regresión sanitaria como producto de estrategias neoliberales para remontar la crisis económica, (López, 1992).

En mayo de 1983 se emite el Plan Nacional de Desarrollo que, con base en un diagnóstico, señala propósitos, lineamientos de estrategia y líneas generales de acción en materia de salud, a través de la asistencia pública y social de la seguridad social.

En febrero de 1984 se publica la Ley General de Salud que define la naturaleza del derecho a la protección de la salud y establece las bases legales del Sistema Nacional de Salud. Este documento derogó al Código Sanitario vigente. El 7 de Agosto de ese mismo año se expide el decreto que aprueba el Programa Nacional de Salud 1984-1986, que recoge la política de salud del Plan Nacional de Desarrollo. Posteriormente en 1986, se hace el cambio de nombre de la SSA por el de Secretaría de Salud, (González, 1988).

El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 establece como propósitos para su vigencia:

- a) Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país.
- b) Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados.
- c) Contribuir a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país.
- d) Promover la protección social de la población de escasos recursos.

Para el cumplimiento de esas prioridades señala cinco áreas de política:

- a) Impulso a acciones preventivas.
- b) Reorganización y modernización de los servicios a través de la Integración del Sistema Nacional de Salud, que articule pragmáticamente sus actividades en una estructura de atención en tres niveles.
- c) La consolidación del Sistema Nacional de Salud mediante la integración pragmática sectorial, descentralizado de las entidades federativas del primero y segundo niveles de atención a los servicios proporcionados a la población abierta.
- d) La reorganización del Sistema Social, coordinando los servicios del sector público y concertando las de los sectores privado y social.
- e) El incremento de la eficacia y de la productividad de los servicios a través de la mejora de la formación y capacitación de los recursos humanos y el impulso de la investigación

biomédica y sociomédica y de los servicios de salud.⁶⁶

El Programa Nacional de Salud 1990-1994 plantea, como propósito básico, mejorar el nivel de salud de la población, procurando tender a la cobertura total con servicios de calidad básica homogénea, y fortaleciendo las acciones dirigidas a grupos más desfavorecidos, así como promover la protección social de los desamparados. La consecución de este propósito se sustenta en la consolidación del Sistema Nacional de Salud estructurado en tres niveles de atención y en una regionalización. En él participan todas las instituciones que prestan sus servicios de salud, los gobiernos estatales y municipales y los sectores social y privado, articulados a través del Programa Sectorial de Salud, que pretende garantizar los mecanismos "para hacer operativo el derecho a la protección a la salud".⁶⁷

El Sistema Nacional de Salud tiene como propósito general, tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad y una mejora en el nivel de salud de la población.⁶⁸ Para avanzar en este objetivo se realiza una intensa actividad legislativa, cuyo punto de partida es la modificación del Artículo 4o. que eleva a rango constitucional el derecho a la protección de la salud⁶⁹ y al aprobación de la Ley General de Salud que entró en vigor en julio de 1984.

El Sistema Nacional de Salud enfatiza el fortalecimiento de la atención primaria, básicamente en tareas preventivas, educativas y asistenciales; en mecanismos de coordinación intersectorial; en el mayor aprovechamiento de los recursos disponibles, y en lograr una participación activa de la comunidad.

Para complementar los propósitos sectoriales, del Plan de Desarrollo y atender las materias de salubridad general contenidas en la Ley General de Salud, se definen seis objetivos generales:

- a) Atención Médica.
- b) Prevención y control de enfermedades y accidentes;
- c) Promoción de la salud;
- d) Control Sanitario y Ambiental;
- e) Planificación Familiar y
- f) Asistencia Social.⁷⁰

⁶⁶ PODER EJECUTIVO FEDERAL, (1983) "Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988". Citado en GONZALEZ, E., (1988) *Biométrico de la Salud en México*, Trillas, México, p.104.

⁶⁷ VALDEZ, C., (1988) *Sistema Nacional de Salud, Avances y Perspectivas*. Cuadernos de la SSA, No.7, México, p.46

⁶⁸ SOBERON, A., y KUMATE, J., (Coord). "La Salud en México: Testimonios 1988". Citado en: LOPEZ, O., (1992) *La Política de Salud en México: ¿Un Ejemplo de Liberalismo Social?*, LAURELL, C., (Coordinadora) *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*. Fundación Friederich Ebert Stiftung, México, p.170

⁶⁹ SECRETARÍA DE SALUD, (1982) "Las Reformas Jurídicas para el Sistema Nacional de Salud". Citado en LOPEZ, O., (1992) *Una Política de Salud en México: ¿Un Ejemplo de Liberalismo Social?* LAURELL, C., (Coordinadora) *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*, Fundación Friederich Ebert Stiftung, México, p.170.

⁷⁰ PODER EJECUTIVO FEDERAL, (1984) "Programa Nacional de Salud 1984-1988". México. Citado en GONZALEZ E., (1988) *Biométrico de la Salud en México*, Trillas, México, c.105

Mientras los principales objetivos de los Programas Nacionales de Salud 1984-1988 y 1990-1994 son: ampliar la cobertura de los servicios de salud dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos más desprotegidos; homogenizar y elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud, atendiendo sobre todo problemas prioritarios y con especial énfasis en las acciones preventivas⁷⁴ e impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de las condiciones de bienestar social,⁷⁵ los recursos financieros gastados en su consecución, muestran la otra cara de la modernización sanitaria.

En el periodo 1980-1988, la participación del gasto de salud y seguridad social como proporción del Producto Interno Bruto (PIB) disminuye del 2.5% al 1.3%,⁷⁶ para ubicarse en 1990 en 1.7%.⁷⁷ También disminuye la participación del gasto público en salud del 6.2% al 2.5% del total del financiamiento del sector público, lo que significa un retroceso de casi el 60% en el periodo. Se reduce el presupuesto destinado a financiar los sistemas de atención a la población abierta y decrecen los recursos públicos para apoyar el segundo y tercer nivel de atención, que sobrepasa el 53.9% del gasto destinado a los servicios de atención curativa.⁷⁸

El impacto diferencial de la disminución del financiamiento sobre los distintos subsistemas del sector salud, en lugar de favorecer la homogeneización en la calidad de los servicios, profundiza la desigual atención que recibe la población que acude a las instituciones de seguridad social y aquella que es atendida en el subsector dirigido a la población no derechohabiente. (López y Blanco, 1992).

A todo esto, Ortiz Gussada manifestó la necesidad de revisar el modelo de salud actualmente imperante, a fin de modernizarlo. Reconociendo que un factor importante son los bajos salarios que perciben los trabajadores de este sector.

Así, Ernesto Zedillo, candidato del PRI a la Presidencia de México, propuso ante el gremio médico y enfermeras, un programa de 10 puntos, cuyo objetivo es renovar el sistema de salud del país, actualmente con profundas carencias y rezagos. Estos diez puntos del programa a plantear en materia de salud son:

1. Orientar el sistema de salud hacia una operación horizontal, a fin de que la prestación de servicios se realice de manera integral y coordinada.

⁷⁴ PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Plan Nacional de Salud, 1984-1988*. México, 1984.

⁷⁵ SECRETARÍA DE SALUD. *Plan Nacional de Salud, 1990-1994*. México, 1990.

⁷⁶ VÁSQUEZ, S., (1988) "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto oragrántico ejercido por las instituciones que conforman el sector salud, 1987-1990". *Revista Salud-Problemas*, No.15, UAN-Isochimilco, México, p.37-46

⁷⁷ SALINAS DE GORTARI, C., (1991) III Informe de Gobierno. Citado en LÓPEZ, G., y BLANCO, J., (1992) *La Modernización Neoliberal en Salud, México en los Ochoenta*. UAN-Isochimilco, México, p.171.

⁷⁸ LÓPEZ, G., y BLANCO, J., (1992) *La Modernización Neoliberal en salud, México en los Ochoenta*. UAN-Isochimilco, México, p.171.

2. Crear un programa emergente para dar atención a los grupos más vulnerables: niños, mujeres, ancianos, indígenas y discapacitados.
3. Reforzar el gasto en el fomento de la salud, en medicina preventiva y en la provisión de un paquete básico de servicios para combatir las enfermedades más comunes.
4. Atender los factores que inhiben la formación de un mercado más amplio de servicios médicos.
5. Profundizar con rapidez y eficiencia en la descentralización de los servicios de salud.
6. Hacer realidad plena el derecho a la salud.
7. Garantizar un nivel óptimo en la preparación de quienes prestan los servicios de salud.
8. Mejorar las condiciones salariales de médicos, enfermeras y personal paramédico.
9. Acabar con el burocratismo en los servicios de salud.
10. Canalizar mayores recursos a la investigación científica, la innovación tecnológica y el desarrollo de los recursos humanos."

Por su parte, el Partido Democrático Nacional (PRD) considera a la salud una necesidad humana, básica y elemento central en la defensa de la vida, por lo que establece que la promoción y preservación de la salud, tiene alta prioridad ética y política. Estableciendo como principios básicos de la política de salud:

1. La salud es un derecho social.

Sosteniendo como principio básico que la salud es un derecho social y es considerada un bien público que la sociedad tiene la responsabilidad de garantizar a todos a través del Estado. Esto significa que se tienen el compromiso de avanzar en la construcción de un Servicio Único de Salud (SUS) universal y público, es decir, accesible para todos los mexicanos con independencia de su condición económica, género e identidad cultural. Su constitución y la garantía de los requeridos forman parte del compromiso de una distribución más equitativa de la riqueza social.

2. Fortalecimiento y transformación democrática de las instituciones públicas.

Las instituciones públicas de salud son patrimonio del pueblo mexicano y resultado de su esfuerzo. A pesar de su deterioro siguen desempeñando el papel central en la atención a la salud en nuestro país. Sólo a partir de ellas es posible garantizar, en un lapso razonable, el derecho efectivo a la protección de la salud. Condición de ello es, sin embargo, fortalecerlas, transformarlas y democratizar su adecuación a los problemas de salud, la calidad técnica y humana de los servicios y el manejo eficiente y transparente de los recursos.

3. La salud requiere de condiciones de vida y trabajo dignas.

Se parte del hecho de que la salud de la población depende de sus

¹⁹ RIOS, A., "La práctica de la Medicina Social: vital para impulsar el bienestar colectivo" La República. Órgano de Difusión del Partido Revolucionario Institucional. Año XLV, Número 516, 15-VI-1974, p.10.

condiciones de vida y de trabajo. En esta perspectiva el acceso universal a los servicios de salud no garantiza por sí mismo la realización plena del derecho a la salud. El compromiso con la salud implica, por ello, el mejoramiento de la calidad de vida. Por la misma razón debe contemplarse como un elemento básico del desarrollo sustentable el impacto de todas las políticas públicas sobre la salud individual y la colectiva.⁸⁰

Kirchner González (1993) señala que el proceso de atención a la salud, ha sido objeto de transformaciones motivadas por circunstancias económicas, políticas, económicas y sociales, incidiendo de manera particular en sus subsistemas humano-social, tecnológico-administrativo. Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla establece que la aplicación del Modelo Moderno de Atención a la Salud lleva implícita la participación de todo el personal, desde las autoridades más altas, hasta, lógicamente, el personal operativo en sus diferentes puestos, lo cual es posible en la medida en que la dirección sea más democrática, promueva el trabajo en equipo, la toma de decisiones grupales, favorecido por una comunicación efectiva en todos los niveles logrando con ello cumplir aparentemente con todas las necesidades en materia de salud de la población delegacional.⁸¹

Sin embargo, al hablar de la integridad psíquica del individuo, el programa de salud se modifica, ya que en la Secretaría de Salud específicamente, los hospitales psiquiátricos presentan más que otras instituciones de salud, deficiencias en la presupuestación y a dificultades para conocer los costos de operación, en relación con los servicios que prestan, dada la naturaleza de los padecimientos que ahí se atienden, por lo que el conocimiento de su dinámica es aún menor.

Eduardo De Gortari, Elizabeth Castro y Francisco Fernández (1993), señalan que "no es fácil lograr que las unidades psiquiátricas cuenten con recursos necesarios suficientes para proporcionar una atención digna y con alta calidad, sin embargo, es posible dar un primer paso para conocer los recursos con que operan actualmente y los costos que genera dicha operación, con la finalidad de contar con datos específicos que permitan realizar una presupuestación más cercana a las necesidades de las unidades psiquiátricas".⁸²

Aunque el enfermo mental esté sujeto a "etiquetación" y marginación por parte de la sociedad, las instituciones psiquiátricas no lo estarán por parte del Sistema Nacional de Salud.⁸³ Así mismo se relaciona con el incremento de las fases de estos padecimientos que se asocian, sobre todo, a los cambios de la

⁸⁰ LAURELL, C., LEPE, J., SARDOYO, M.A., SCHLAPPEF, L., NORIEGA, M., VILLEGAS, J., RIVERA, J., y PEREZ, S., "Reforma de las Políticas de Salud en Defensa de la Vida" *Coyuntura, Análisis y Debate de la Revolución Democrática*, Núm. 50/51 Tercera Época, Julio-Agosto de 1994, p.26.

⁸¹ GRUPO DE TRABAJO DE LA JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS MEDICOS EN PUEBLA, Instituto Mexicano del Seguro Social. "La Administración del Modelo Moderno de Atención a la Salud en las Delegaciones", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Volumen 31, Núm. 3-6, 1993, p.p.331-332.

⁸² DE GORTARI, E., CASTRO, E., y FERNANDEZ, J.F. (1993) "Costos de Operación de hospitales Psiquiátricos de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal" *Salud Pública de México*, Noviembre-Diciembre, Vol. 35, No.5, México, p.554

⁸³ *Ibid.*

dinámica de la población que tiene que ver con la distribución espacial de la misma y que según las tendencias, es posible que sigan en aumento, significando con ello un aumento de necesidades de salud y de recursos, tanto para la prevención, como para la curación y la rehabilitación, por lo que se trata entonces de aplicar la teoría económica para significar los establecimientos de atención a enfermos mentales, el personal de salud y, lo más importante, la atención que se brinda a este tipo de pacientes.

Uno de los estudios que muestra una importante evidencia de que la atención a la salud mental no se contempla en ninguna de las políticas sanitarias establecidas en México para cubrir las necesidades de salud, es el realizado por De Gortari, Castro y Fernández en 1992, en el que al hacer un análisis de los costos de operación del Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno, que asila pacientes psiquiátricos adultos con problemas crónicos, el Hospital Fray Bernardino Álvarez, que atiende pacientes adultos con problemas psiquiátricos agudos y el Hospital Juan N. Navarro que atiende a pacientes pediátricos con problemas mentales agudos y crónicos, en donde los costos de los hospitales deben ser absorbidos por los propios pacientes, con su trabajo o por medio de donativos, ya que la cantidad presupuestal asignada por su sostenimiento es insuficiente. Por eso, es necesario establecer que al realizar las políticas de salud en México, hay que realizar una planeación estratégica que asegure al individuo y a la sociedad una atención de la patología mental digna, profesional, moderna, ya que el área de la salud mental no debe caminar al margen del derecho constitucional de la atención a la salud.

Aspecto que señala Ongaro (1992) al mencionar que se requiere de una política de salud mental, con un nivel nacional e internacional, que establezca flexibilidad en las estructuras y servicios con los que cuenta la comunidad en apoyo familiar y cuidado de grupos. Por lo que se hace necesario un concepto normativo en relación a la salud mental, pero que dependerá en gran parte de la economía del Estado.⁸⁸

Analizar la historia política y legal de la "salud mental" como producto de las interacciones sociopolíticas podría facilitar la emancipación de su dependencia y abrir nuevas formas de identidad como disciplina; estableciendo con ello que el potencial práctico de la integridad psíquica se desarrolle y extienda, logrando con ello ser una de las prioridades sociales y formar parte de las políticas de salud, (Jablensky, 1992).

Ya que, mientras los principales objetivos de los Programas de Salud 1984-1988 y 1990-1994 son: ampliar la cobertura de los servicios de salud dando prioridad a los núcleos rurales y urbanos desprotegidos; homogenizar y elevar la calidad de la prestación de los servicios de salud, atendiendo sobre todo a problemas prioritarios y con especial énfasis en las acciones preventivas⁸⁹ e impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios coadyuvan efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social,⁹⁰ los recursos financieros

⁸⁸ ONGARO, F. (1992) "Politics and Mental Health II" *The Journal of Socia Psychiatry*. Vol.38, No.1, p.p.36-39.

⁸⁹ PODER EJECUTIVO FEDERAL *Programa Nacional de Salud, 1984-1988*. Mexico, 1984.

⁹⁰ SECRETARÍA DE SALUD *Programa Nacional de Salud, 1990-1994*. Mexico, 1990

gastados para su mantenimiento, muestran la otra cara de la modernidad sanitaria.

López Arellano (1992), menciona que el tránsito hacia esta política de salud significa un Estado que no garantiza ni un mínimo de servicios, destinados fundamentalmente a los grupos de mayor marginación en el país, sino que se propician formas de producción de servicios que suponen una mayor rentabilidad económica y se plantea una regulación a través de las fuerzas del mercado.

Por todo lo expuesto anteriormente, no es difícil darse cuenta del escaso reconocimiento que tiene la integridad psíquica dentro de las políticas sanitarias de nuestro país, ya que en ninguna se hace referencia explícitamente sobre la atención y/o prevención de la integridad psíquica de la población, y el no existir reconocimiento de ésta por parte del Estado, da como consecuencia la baja presupuestal para las instituciones médicas que prestan atención a la salud mental y un incremento en los trastornos psicológicos que sufre la población en general.

EL TRABAJO Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

2.1. EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y TRABAJO

Como se mencionó con anterioridad, los miembros de la especie humana son de naturaleza eminentemente social y se encuentran en constante relación con otras personas, siendo esta la condición necesaria para hacer posible la vocación a transformar y dominar la naturaleza, produciendo bienes y servicios indispensables para satisfacer los requerimientos de conservación y reproducción de la especie.

En la historia de la humanidad el hombre se ha apropiado y transformado a la naturaleza de diferentes maneras, ha trabajado de distintas formas, pero en todas ellas siempre han existido tres elementos dentro del proceso de trabajo: el propio trabajo, el objeto y sus medios.⁸⁷

El trabajo como actividad propia del hombre requiere la intervención no sólo del esfuerzo físico, sino también de la racionalidad y de la libertad humana para orientarse hacia la consecución de ciertos objetivos, pues el trabajo no es un fin en sí mismo, (Neffa, 1981).

A este respecto, Carlos Marx (1975) señala que el trabajo es en primer lugar "un proceso entre el hombre y la naturaleza, un proceso en el que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza. El hombre se enfrenta a la materia natural misma como un poder natural. Pone en movimientos las fuerzas naturales que pertenecen a su corporeidad, brazos y piernas, cabeza y manos, a fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza bajo una forma útil para su propia vida. Al operar por medio de ese movimiento sobre la naturaleza exterior a él y transformarla, transforma a su vez su propia naturaleza".⁸⁸

Al igual que Marx, Noriega (1989) menciona que el trabajo es un proceso en el cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformarla y transformarse y obtener así los satisfactores básicos para su supervivencia, por lo que Noriega define al trabajo como "el medio por el cual el hombre produce bienes para satisfacer necesidades. El hombre se crea, se produce y se reproduce a través del trabajo, puesto que su desarrollo sólo es posible en la medida que elabora sus propios instrumentos y transforma los objetos existentes en la naturaleza por medio de su actividad".⁸⁹

La aparición de la servidumbre y de los esclavos significó un incremento de la fuerza de trabajo disponible, con destino a la producción, consumo doméstico y a la guerra, al mismo tiempo que se introduce una forma de división del trabajo según especialidades y profesiones con mayor habilidad entre los diversos pueblos y grupos étnicos. Por lo que es conveniente analizar la división y organización del trabajo, así como las características de la tecnología con respecto a los distintos procesos laborales.

⁸⁷ MARX, C. (1975) *El Capital*, Tomo I, Volumen I, Siglo XXI Editores, México, p.p. 441-442.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ NORIEGA M., (1989) "El Trabajo, sus Riesgos y la Salud". NORIEGA, M., (Coordinador) *De Defensa de la Salud en el Trabajo*. SITVAN, México, p.5

Por todo esto, puede decirse que el objetivo principal del trabajo es la satisfacción de las necesidades humanas que van desde la producción de bienes industriales o agropecuarios, hasta la producción de servicios, de ideas o de cualquier otro elemento que satisfaga al hombre. En general, el trabajo es una actividad fundamental del ser humano, ya que hasta la forma de su cuerpo es producto de su propio trabajo, le permite más que otra actividad, el desarrollo de sus capacidades, incluyendo las imaginativas y creativas (Noriega, 1999).

El dominio de la naturaleza que comenzó por el desarrollo de la mano como la primera herramienta de trabajo del hombre, la oposición del dedo pulgar; la formación de la laringe por la necesidad de comunicarse unos a otros, poco desarrollada en el mono, pero que fue transformándose en hombre logrando emitir modulaciones simples que producían a su vez modulaciones más perfectas que dieron lugar a la formación de la palabra articulada, y ésta a su vez dio lugar al lenguaje. Todos estos cambios producen en el hombre modificaciones y creación de estructuras anatómicas, políticas y sociales.

El trabajo comienza con la elaboración de instrumentos de caza y pesca; los primeros utilizados también como armas, pero la caza y la pesca suponen el tránsito de la alimentación exclusivamente vegetal a la alimentación mixta, lo que significa un nuevo paso de suma importancia en la transformación del mono en hombre. El consumo de la carne, el uso del fuego y la domesticación de animales significaron nuevos avances de importancia decisiva.

Es por ello que el uso de los órganos del lenguaje, la utilización de la mano y del cerebro no sólo del hombre como individuo, sino también como parte de una sociedad, fue determinante para que los hombres fueran aprendiendo a ejecutar operaciones cada vez más complicadas, a plantearse y a alcanzar objetivos cada vez más elevados. El trabajo mismo se diversificaba y perfeccionaba de generación en generación extendiéndose cada vez más a nuevas actividades.

En la Edad Media, los trabajadores que afluan a la ciudad, no podía establecerse en ella como una fuerza, ya que si su trabajo era un trabajo gremial que tuviera que aprenderse, los maestros de los gremios se apoderaban de ello y los organizaban de acuerdo a sus intereses. La división del trabajo en los distintos gremios existentes era primitiva e incipiente, ya que entre los gremios no existía nada que diferenciara a los diferentes trabajadores pues cada uno de éstos tenía que hallarse dentro de una serie de trabajos y hacer cuanto sus herramientas les permitiera.⁹⁰ Posteriormente se relacionan las ciudades y se realiza un intercambio de productos, e instrumentos, que dan lugar a una nueva división de la producción.

Durante varios siglos, desde inicio de la Edad Media, hasta fines del siglo XVIII la forma dominante de organización productiva urbana fue el taller artesanal, que perduró y culminó en las "Corporaciones de Oficio". El desarrollo del intercambio mercantil de productos tanto interno como el comercio internacional, que contribuyeron a que el modo de producción basado en la esclavitud diera paso a diversas formas de alquiler de la fuerza de trabajo en las distintas profesiones.

Sin embargo, antes de iniciarse la época de las corporaciones de oficio, el proceso de trabajo permitía a los "trabajadores libres" un cierto control sobre la utilización de su propia fuerza de trabajo, la adecuación del ritmo y de la

⁹⁰ BARR, C. Op. Cit.

duración de la jornada de trabajo a la fatiga física y mental experimentada, la identificación con el producto final dado que no había una profunda división técnica del trabajo al realizar las diversas tareas requeridas para elaborar el producto final. Todo esto dio lugar a la separación del trabajo en las ciudades y en el campo y en consecuencia a la formación de nuevas formas de administración por la concentración de la población, y por la instrumentación de producción de capital, a diferencia del campo que queda en total aislamiento. La separación entre la ciudad y el campo sólo se puede dar en la propiedad privada, que da lugar por lo tanto a la expresión del sometimiento del individuo a la división del trabajo, logrando con ello reiterar el poder que tiene el trabajo sobre los individuos.

Es por ello que la separación entre la ciudad y el campo pueden concebirse también como la separación entre el capital y la propiedad sobre la tierra como el comienzo de una existencia y de un desarrollo del capital independiente de la propiedad territorial, es decir de una propiedad basada solamente en el trabajo y en el intercambio.

La primera forma de organización del trabajo dentro del sistema capitalista es La Cooperación Simple, basada en el oficio, lo que significa una división incipiente del trabajo en el taller. El obrero realiza tareas variadas que corresponden a las del artesano y las hace utilizando las herramientas de éste. Esto indica que mantiene un control grande sobre la manera de realizar su trabajo y desoliga un saber-hacer amplio. El control del capitalista sobre el proceso laboral en este caso no está dado por la apropiación del saber obrero ni por su materialización en los instrumentos rudimentarios de trabajo, sino que se basa exclusivamente en la relación de propiedad, es decir la propiedad de los medios de producción da la facultad legal al dueño de disponer del producto y utilizar y dirigir a la fuerza de trabajo comprada por él (Laurell y Márquez, 1983).

En el periodo de transición que transcurre entre la disolución de las corporaciones de oficio y desarrollo de la manufactura, los países desarrollados de la época, vieron nacer el "putting out system", basado en el trabajo a domicilio. En un primer tiempo los campesinos acudían a las ciudades, donde habitaban los comerciantes, con sus tejidos y demás objetos fabricados por ellos mismos en sus domicilios y recibían un precio por los productos que eran considerados de calidad aceptable; posteriormente los artesanos van a habitar en la ciudades y disponen de los útiles e instrumentos simples de trabajo, efectuando las labores en sus domicilios, trabajando para un empresario que les proporcionara la materia prima y que les pagara una remuneración de acuerdo al trabajo realizado.

Es así como los antiguos artesanos darán lugar a los nuevos obreros, los que en lugar de producir directamente para el mercado, lo hacen para satisfacer una demanda de un comerciante que hace de intermediario entre ellos y el mercado apropiador de un margen de beneficios.

Aun así, la perseveración de la unidad entre la concepción y la ejecución del trabajo salva al obrero de la realización de un trabajo monótono y descalificado, lo que permite un esfuerzo psíquico equilibrado con cierta integración entre trabajo manual e intelectual (Laurell y Márquez, 1983).

²¹ M&T, I, (1982) Manuscritos Económico-Filosóficos de 1844, Clásicos del Marxismo. Editorial Grijalbo, México, p.6, 52-76.

La división del trabajo entre las diferentes ciudades trajo como consecuencia inmediata el nacimiento de la manufactura como rama de producción, y en donde el capital empieza a reunirse en pocas manos. A lo que puede decirse que ahora el trabajo como se presuponia inicialmente ya no es sólo un medio para satisfacer las necesidades del hombre, sino que es un medio por el cual se obtiene el poder y la riqueza.

La Manufactura comparte una serie de características con la corporación simple, pero se distingue fundamentalmente por una nueva división del trabajo dentro del taller.⁹² La base técnica de este proceso laboral todavía viene presentada en la producción artesanal y está en su conjunto organizada en torno al oficio. Sin embargo, éste se descompone en diversas actividades que se reorganizan dando por resultado que cada obrero realice tareas parciales. Lo que trajo como consecuencia una actitud distinta del trabajador ante el patrón; ya que la vieja relación patriarcal entre oficiales y maestros fue sustituida por la relación monetaria entre el trabajador y el capitalista (Marx, 1961).

Los cambios en la organización del proceso de trabajo y de la producción son la causa de la concentración de la fuerza de trabajo y del contenido de la cooperación y de una sistemática división del trabajo. La manufactura se caracteriza por haber dado lugar a la cooperación entre los trabajadores. Esta cooperación se manifiesta entre los artesanos de un mismo oficio en un mismo local bajo la autoridad de un dueño del capital. Los artesanos van progresivamente siendo desposeídos de sus bienes de producción pero pueden aún controlar sus propios procesos de trabajo y modificarlos. Sin embargo el margen de su autonomía es más reducido que antes, porque ahora el capitalista decide acerca del producto a fabricar y su destino, sobre las tareas a realizar y sobre la distribución de sus excedentes.

La manufactura puede definirse entonces como "la organización productiva basada en la división del trabajo y en la combinación de operaciones diferentes o heterogéneas que son el resultado de una actividad artesanal y que se designaba de manera permanente a obreros individuales".⁹³

Esta parcelación del trabajo permite incrementar la intensidad del trabajo, y por tanto la productividad, ya que la descomposición, sercuización y reorganización admiten disminuir los tiempos muertos y combinar los trabajos individuales de tal modo que como trabajo colectivo consume menos tiempo.⁹⁴

La base esencial entre la cooperación simple y la manufactura, reside entonces, en una primera ruptura entre la concepción y ejecución del trabajo. Esto significa un incremento del control del capital sobre el proceso laboral, por una parte, y el inicio de la constitución del obrero colectivo, por la otra. La consecuencia necesaria de esta división del trabajo es la creciente descalificación de la mayoría de los obreros y la sobredescalificación de unos cuantos, (Laurell y Márquez, 1983).

En los procesos de manufactura y cooperación simple, el patrón de desgaste consiste básicamente en la fatiga, alto consumo calórico y descanso

⁹² FREYSSINET, H., (1974) "Le Processus de déqualification-surqualification de la force de travail". Citado en: TIMO H., (1980) *Clases Sociales y Enfermedad*. Editorial Nueva Imagen, Mexico, p.17

⁹³ MARX, C., (1961) *El Capital* Tomo II. Fondo de Cultura Económica, Mexico, p.:215-241.

⁹⁴ PALLOIX, C., (1980) *Proceso de Producción y Crisis del Capitalismo*. Ed. Blue, Madrid, p.154-163.

deficiente. En la manufactura se inicia la tensión del trabajador junto con la exigencia de una mayor velocidad de trabajo, aunque su mayor influencia es lo orgánico. (Pérez, 1988)

En el Maquinismo las herramientas artesanales son sustituidas por la máquina-herramienta con motor e impulsión mecánica. Es decir, la fuente energética deja de ser la fuerza humana.⁵⁵ Al mismo tiempo significa una nueva división del trabajo que profundiza la separación entre la concepción y la ejecución del trabajo, dando lugar a la construcción definitiva del obrero colectivo. Esto es así porque el proceso laboral queda subdividido en fases sucesivas, determinadas por las operaciones de las máquinas, que al obrero se le presentan como tareas aisladas y que dificultan la comprensión del conjunto del proceso de transformación del objeto en producto (Laurell, y Márquez, 1983).

El maquinismo es la forma de organización de la producción correspondiente a la fase industrial del desarrollo capitalista. Puede definirse "como el conjunto complejo de fuerzas productivas basadas en la generalización del uso de máquinas y herramientas puestas en movimiento de manera sincronizada por una potencia mecánica, el motor a través de los mecanismos de transmisión".⁵⁶ La máquina-herramienta una vez puesta en movimiento, ejecuta con sus instrumentos las mismas operaciones que efectuaban anteriormente los trabajadores con sus útiles individuales. El cambio fundamental consiste en que ahora el instrumento o el útil de trabajo se ha incorporado a la máquina y es manejado por ella y en que los trabajadores se ven progresivamente reducidos a la tarea de alimentar a las máquinas con materias primas, recoger el producto, vigilarlas y controlarlas. Surge así: una nueva especialización, pero ahora al servicio de las máquinas.

Durante el periodo de predominio de la manufactura, la coordinación dependía de las levas técnicas ya mencionadas, las cuales debían considerar las capacidades personales; la división del trabajo consideraba sin embargo, varios márgenes de libertad gracias al avance artesanal de la cooperación. Pero en las fábricas, por el contrario, la coordinación del proceso de trabajo está garantizado por la existencia misma de las máquinas, el trabajo adquiere entonces un carácter eminentemente social. A este respecto, Adam Smith estableció que: "Los mayores adelantos de las facultades o principios productivos del trabajo, y la pericia, destreza y acierto con que éste se aplica y dirige en la sociedad, no parecen efectos de otra causa que de la misma división del trabajo".⁵⁷

Sin embargo, mientras que la manufactura la división del trabajo no afectó las condiciones técnicas de la producción, sino que se expresó como una fragmentación del oficio artesanal antes asegurado por un solo hombre, en la fábrica por el contrario, la división del trabajo consistió en la descomposición de las tareas, basadas en la identificación de las unidades simples sobre las cuales se estructuraba el proceso global. La suma de los trabajos parciales nuevamente

⁵⁵ *ibid.*

⁵⁶ LAFÉ, A., *The Philosophy of Manufactures*, traducción francesa de 1930. Citado en: NEFFA, J., (1981) *Proceso de Trabajo, División del Trabajo y las Nuevas Formas de Organización del Trabajo*. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto de Estudios del Trabajo, CONACYT, Septiembre, México, p.34.

⁵⁷ SMITH, A., (1776) *La Riqueza de las Naciones*, Citado en: NEFFA, J., (1981) *Proceso de Trabajo, División del Trabajo y las Nuevas Formas de Organización del Trabajo*. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto de Estudios del Trabajo, CONACYT, Septiembre, México, p.32.

agregados reconstruye de alguna manera el oficio, pero éste aparece con una nueva fisonomía. El maquinismo, se desarrolla precisamente porque la división manufacturera del trabajo llegó a un grado en que el proceso de producción estaba suficientemente descompuesto como para que la máquina de herramientas sustituyera al obrero paralizado.

El maquinismo permite escapar al principio subjetivo de la división del trabajo, es decir, a la adecuación previa entre el obrero y su tarea, y al aislamiento de cada operación. Es la fábrica la que va a permitir la sustitución de la continuidad anterior del proceso de trabajo: "Si el principio de la manufactura es el aislamiento de los procesos particulares por la división del trabajo, el proceso de la fábrica no es por el contrario, la continuidad no interrumpida de ese mismo proceso".¹⁶

En cierto sentido, la evolución del conocimiento y el desarrollo de la fuerza motriz, se desenvuelven paralelamente, impulsados por las influencias internas separadas, pero que producen reacciones mutuas, particularmente en los períodos de mayor rapidez en el avance. Hacia finales del siglo XVII se hizo sentir un factor de índole económica, la expresión del capitalismo en la manufactura. Este factor permite explicar la transición de la ciencia matemática- astronómica y médica del siglo XVII, a la ciencia química, térmica y eléctrica del siglo XVIII (Bernal, 1990). Logrando con ello reducir el trabajo de los operarios a un simple ejercicio de vigilancia y de destreza.

La Revolución Industrial dio lugar a la obtención de una gran producción mediante la utilización de costosas maquinarias, la concentración y movilización forzada de la fuerza de trabajo y el empleo intensivo de nuevas y potentes fuentes de energía. El centro del proceso productivo, el agente activo, pasa a ser la máquina y el trabajador viene a ser un complemento de la misma, debiendo adaptarse a su ritmo de actividad y a sus requerimientos. El alto costo de las máquinas y sus dimensiones y requerimientos en materia de energía las puso fuera del alcance de los trabajadores artesanos e hizo imposible que los talleres artesanales sobrevivieran y las manufacturas compitieran con las nuevas fábricas. Es precisamente la utilización sistemática de las máquinas en la producción industrial lo que da lugar al inicio del período de madurez del modo de producción capitalista. En esas condiciones hasta los niños podían ejecutarlo y muchas veces de manera muy conveniente. El costo de la producción se redujo gracias a la sustitución de los trabajadores calificados por trabajadores semicalificados encargados de la vigilancia y del mantenimiento de las máquinas. El ritmo de trabajo y su intensidad aumentan, incluso cuando comienza a disminuir la duración de la jornada de trabajo como fruto de la reivindicación obrera.

Sin embargo, a pesar de que el maquinismo había logrado multiplicar rápida y substancialmente la productividad del trabajo industrial, la productividad era insuficiente para cubrir la demanda interna y las posibles exportaciones, por lo que la fuerza de trabajo era escasa y había que sustituirla de alguna manera: todo esto dio lugar a que los empresarios empezaran a estudiar más de cerca las maneras en que se podría economizar fuerza de trabajo, fijarla dentro de sus puestos en los establecimientos industriales y reducir el costo y el tiempo de formación profesional. Era menester que la mano de obra nuevamente incorporada se adaptara a las tareas industriales para lo cual debían ser simplificadas y de

¹⁶ *Ibid.*, t. I, p. 111.

esta manera obtener los siguientes objetivos: economizar capital en la fábrica; evitar el mal uso de máquinas e instrumentos, así como el derroche de materia prima, y reducir al mínimo el número de horas de trabajo necesarias.

En relación con la patología presentada, el maquinismo se caracteriza por la ligera reducción del consumo calórico y la fatiga muscular, pero se agrega la presión por producir una carga de trabajo, por no accidentarse, por monotonía, también se suma la alteración de los ritmos de sueño vigilia y convivencia familiar (Pérez, 1988).

A esto debe agregarse los daños orgánicos ambientales que aparecen en este proceso.

El maquinismo, sin embargo llega a su maduración con el Taylorismo y el Fordismo, que conllevan no sólo un cambio en la base técnica del proceso laboral, sino sobre todo una división extrema del trabajo dentro de la fábrica, lo que permite la organización profunda del trabajo que materializa el anhelo del capital: convertir al obrero en un objeto de la producción y no su sujeto, asumiendo el control total sobre el proceso laboral (Laurell y Márquez, 1983).

El Taylorismo, u organización científica del trabajo, es definido por Taylor como "el conjunto de relaciones de producción internas del proceso de trabajo basado en el estudio organizado del trabajo, el análisis del trabajo en sus elementos más simples y el mejoramiento sistemático de la actuación del obrero en cada uno de los elementos".

Según Taylor todo el conocimiento práctico estaba en manos de los obreros: La mayoría de los obreros son intelectualmente tan capaces como los representantes de la Dirección. La división de funciones se impone porque ellos no tienen ni el tiempo, ni los medios financieros, ni sobre todo el interés de divulgar sus secretos. Por ello la determinación de los métodos de trabajo es una operación muy complicada para ser dejada a la discreción de los obreros. Los obreros, decía: "están controlados tan sólo por ordenes y disciplinas generales, no lo están adecuadamente, debido a que mantienen su iniciativa en el proceso de trabajo. Mientras controlen el proceso mismo de trabajo, ellos impedirán los esfuerzos para realizar al máximo el potencial inherente a su fuerza de trabajo. Para cambiar esa situación, el control del proceso de trabajo debe pasar por las manos de la gerencia, y no sólo en el sentido formal, sino a través del control de cada paso del proceso, incluyendo su modo de ejecución".

El sistema salarial es otro de los factores que Taylor consideró de gran importancia dentro del proceso de trabajo, ya que es el instrumento patronal que sirve para estimular e incitar el trabajo, por lo cual propone salarios diferenciales según el rendimiento. Como el salario depende en esas condiciones de la cantidad de piezas producidas, por ese medio se incitaba a los trabajadores a renunciar a la vagancia y al ocio dentro de la fábrica y a reducir la importancia de las organizaciones sindicales y de sus Cajas de Seguro.

Según Taylor, los trabajadores debían hacer una "jornada leal de trabajo", es decir, "proporcionar todo el trabajo que los obreros pueden rendir sin

⁹⁹ Coras de Taylor traducidas por NEFFA, J., en 1981, a partir de la edición francesa: La Direction Scientifique des Entreprises, Ed. Marabout, Paris.

¹⁰⁰ Citado en: NEFFA, C., (1961) Proceso de Trabajo, División del Trabajo y las Nuevas Formas de Organización del Trabajo, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto Nacional de Estudios del Trabajo y CONACYT, México, p.48.

perjudicar su salud y a un ritmo que pudiera ser sostenido durante su vida de trabajo. Para ello utilizó sus conocimientos de fisiología del Trabajo, estudiando y manipulando el cuerpo humano como un útil productivo. De esta manera la selección y el despido pueden hacerse en función de los requerimientos del puesto de trabajo, es decir de las necesidades del capital para su valorización, con lo cual se puede mantener en promedio una elevada cantidad de piezas por unidad de tiempo, y se homogeniza la fuerza de trabajo facilitando así su obediencia, movilidad e intercambiabilidad.

Con todo esto, cabe señalar que la base de la taylorización del trabajo consiste en el análisis pormenorizado de las tareas realizadas a lo largo del proceso laboral y su fraccionamiento en trabajos simples que, en los casos extremos, implican sólo unos cuantos movimientos que, a su vez, pueden ser analizados para encontrar la forma óptima de ejecutarlos, acortando los tiempos al mínimo (Laurell y Márquez, 1983).

Sin embargo, a pesar del rápido crecimiento de la productividad logrado mediante la producción fabril y la "organización científica del trabajo" a comienzos del siglo XX, el sistema productivo de los países capitalistas no estaba aún en condiciones de producir masivamente grandes series de bienes para satisfacer una demanda de expansión.

En las fábricas existía aún y en gran proporción, los obreros de oficio, que poseían una sabiduría práctica y monopolizaban ese secreto de producción. Como éstos estaban fuertemente sindicalizados, podían resistir a la intensificación del proceso de trabajo y obtener así altos salarios. Pero a medida que se generaliza la inducción del taylorismo, los obreros calificados se van de los talleres, afectando la fuerza de trabajo restante, lo cual provoca interrupciones en el proceso productivo ante las dificultades para sustituirla o reemplazarla rápidamente.

Por todo esto, Ford afirmaba que "los trabajadores mal dirigidos pasan tiempo corriendo detrás de los materiales y de las herramientas en el trabajo y perciben un salario bajo, porque el andar no es una ocupación remuneradora".¹⁰¹ Dando lugar al Fordismo, que introdujo como principal innovación la línea de montaje y la cinta transportadora que permitió la instauración del trabajo en cadena, con un flujo continuo. Estas innovaciones comenzaron con la industria del automóvil, ya que antes de 1914, cada auto era montado en un lugar fijo por parte de un grupo de obreros mecánicos calificados, entre quienes se había establecido una clara división técnica del trabajo, posteriormente los obreros se desplazaron dentro de la fábrica para seguir realizando las operaciones del montaje. Ford al darse cuenta de esto, crea la cadena de montaje que consiste en la utilización del maquinismo como medio para la intensificación del trabajo y de subordinación del proceso de trabajo a la lógica de valorizar el capital.¹⁰² La cadena de montaje permite la circulación de las materias primas bajo la forma de piezas auxiliares, delante de los obreros que permanecen fijos en sus puestos de trabajo. La cadencia de trabajo puede ser así regulada de manera exterior al

¹⁰¹ Citado en: DE PALMA, A. (1977) La División Capitalista del Trabajo. Cuadernos de Pasado y Presente No. 22, México.

¹⁰² Citado en: NEFFA, J. (1951) Proceso de Trabajo, División del Trabajo y los Nuevos Formos de Organización del Trabajo. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto Nacional de Estudios del Trabajo y CENAT, México. 1950-51

obrero y sin recurrir constantemente al control y a la vigilancia del capataz.

La cadena y la línea de montaje permitieron una considerable reducción del tiempo de trabajo para realizar cada operación, y de los desplazamientos excesivos de materias primas y de trabajadores. También aceleran el ciclo de rotación del capital al mismo tiempo que reduce la capacidad de los obreros para frenar su ritmo de trabajo. Las piezas llegan al lugar de ensamble en el orden exacto en que deben ser montadas, por lo cual, los obreros no pueden perder ese tiempo. Los obreros son establecidos en un lugar fijo y no tienen que desplazarse, ni buscar carga y transportar sus objetos de trabajo. Su margen de autonomía es aún más reducido que en el periodo taylorista.

En el Taylorismo y Fordismo se incrementa la tensión por alcanzar el ritmo impuesto por la banda o cadena, por la restricción de la movilidad, creciendo los daños por elementos ambientales (Pérez, 1988).

La sociedad capitalista y los diversos procesos de trabajo que se desarrollan en las industrias, están encaminadas a la creación de la plusvalía generada por el incremento de la productividad a través de la intensificación del trabajo y la inclusión de la tecnología.

Es importante mencionar que plusvalía es un concepto al que Marx (1975) hace referencia su libro *El Capital* "... El capitalista quiere producir un valor de uso que tenga valor de cambio, un artículo destinado a la venta, una mercancía cuyo valor sea mayor que la suma de los valores de las mercancías requeridas para su producción, de los medios de producción y de la fuerza de trabajo por los cuales él adelantó su dinero constante y sonante en el mercado..." La plusvalía es el valor que se agrega al valor que tiene un producto por ser elaborado en un tiempo socialmente necesario, es decir, es el proceso de valorización aunado al proceso de formación de valor logrado a costa de la intensificación del trabajo, reduciendo el tiempo de trabajo socialmente requerido sin ser remunerado al trabajador.

Por todo esto, las exigencias de este modo de producción obligan al proletariado a vender su fuerza de trabajo al capitalista, a cambio de un salario que le permite cubrir únicamente los requerimientos indispensables para su reproducción inmediata como fuerza de trabajo que el mismo demanda. El capitalista busca que la fuerza de trabajo produzca al máximo para obtener mayor ganancia, imponiendo para ello una forma específica al proporcionarle los medios de trabajo que determinan el ritmo del mismo y limitan su poder de decisión sobre el control de dichos medios.

La tecnología más compleja implica una exposición a mayores riesgos y accidentes, debido al incremento tanto de la productividad como intensidad, provocando alteraciones patológicas a corto o largo plazo.

Por lo que puede decirse que la tecnología y el desarrollo del trabajo no sólo dieron como resultado un incremento de capital y un aumento de producción, sino que también produjo en el trabajador un deterioro en su estado de salud que fue acentuándose cada vez más a la par con el trabajo, además de constituir lo que Gramsci denominó un nuevo nexo físico-psíquico, el cual ha transformado profundamente la vida obrera.¹⁰³ Una de las manifestaciones es el incremento en las enfermedades cardiovasculares y psicosomáticas, la fatiga patológica, la

¹⁰³ GRAMSCI, A., (1975) "Fordismo y Americanismo". Citado en: LAUFER, C. y MARQUEZ, M., (1985): *El Desgaste Obrero en México. Proceso de Producción y Salud*. Ediciones Era, México, p.20.

depresión y la mortalidad.¹⁰⁰

A este respecto, Papiros Egipcios contiene descripciones de como sufrían los trabajadores o esclavos. Hace 23 siglos, Hipócrates mencionaba los efectos nocivos que acusaban los trabajadores que se exponían al plomo; Plinio, el Viejo, hace 19 siglos relataba el uso de vejigas que a manera de mascarilla de protección personal se ponían los trabajadores expuestos al mineral de mercurio para evitar su inhalación y sus efectos nocivos. Galeno, Celso Eliboog, Dioscórides, Paracelso y otros observadores hicieron menciones diversas sobre ocupaciones y su relación como causas de daño. (Márquez, 1982).

Una obra importante y extensa sobre salud ocupacional es la escrita por Bernardino Ramazzini titulada "De morbis artificum diatriba" (Discusión de las enfermedades de los trabajadores). En esta obra se estudian y describen con mucho acierto muchas enfermedades ocupacionales y se sugiere, por primera vez, que en el interrogatorio médico se investigue acerca de la ocupación que desempeñan los individuos.

Ramazzini muere en 1714 y 67 años mas tarde se concede patente a James Watt de una máquina de vapor que, junto con un regulador automático de velocidad que se patentó en 1785, permite disponer de energía abundante a bajo precio, y sobre todo, tener control sobre los mismos, dando lugar a la Revolución Industrial con serias repercusiones políticas, económicas, sociales y morales. Sin embargo, todo el desarrollo industrial que devinó después de la Revolución Industrial repercutió negativamente en los trabajadores, ya que tuvieron que soportar condiciones no sólo insalubres, como ya se mencionó anteriormente, sino también condiciones inhumanas por jornadas exhaustivas, quedando además expuestos a múltiples riesgos de accidentes y enfermedades ocupacionales. La mano de obra resultó abundante y barata como reemplazo inmediato de las interminables y constantes bajas (Márquez, 1982).

Las consecuencias de esta situación fueron los sentimientos de repulsa e indignación que pugnaban por un cambio de las condiciones existentes. La modernización y evolución de la industria requirió mano de obra especializada que no se conseguía fácil y oportunamente, lo que redundaba en las fuertes pérdidas de producción y, por lo tanto de ganancias al empresario; éste entonces, aquilato la conveniencia de elaborar programas y prevenir daños a su maquinaria más valiosas: el trabajador.

Es así como han surgido nuevos modos de producción que buscaba el efecto útil del trabajo en su forma más directa e inmediata; resultando como consecuencia el desarrollo de la división del trabajo, la ciudad y el campo. Así, la división del trabajo determina las relaciones de los individuos entre sí, la elaboración de herramientas, del producto de trabajo y de las manifestaciones fisiológicas y psicológicas en el trabajador.

El anhelo de todos los países es la superación y el progreso en todos los órdenes de la actividad humana. En el aspecto industrial, el mínimo avance es notorio. Cada día surgen nuevas industrias o se extienden las existentes con el objeto de aumentar su producción, tendencia loable y merecedora de apoyo, pero que debe considerar la prevención y el control de los riesgos que dañan la salud de los trabajadores y producen daños a la comunidad.

¹⁰⁰ GARDELL, B. (1982) "Scandinavian research on stress in working life". Citado en LAURELL, C., y MARQUEZ, M. (1983) *El Dignato Obrero en México. Proceso de Producción y Salud*, Ediciones Era, México. p.31.

A este respecto, Adolfo Bohorquez López (1993) establece que la competitividad de las naciones, se constituye en una de las preocupaciones centrales de los sectores público, social y privado, la competitividad es apreciada por algunos como un fenómeno macroeconómico, por otros en función de la mano de obra barata y abundante y cada vez se suman mayor número de adeptos al argumento de que la competitividad es influida en forma determinante por los sistemas de política gubernamental.

El mundo contemporáneo reconoce que en la esfera internacional las diversas empresas compiten por estrategias globales que afectan tanto al comercio como a la inversión extranjera. El proceso tecnológico es creado y se mantiene en donde se localizan las empresas más productivas. El concepto moderno implica que la estimación de costos y la explicación del por qué las empresas de algunas naciones son mejores que otras, se demuestra en el hecho del interés de la producción basada en la calidad.

Por lo que puede decirse que la Salud en el Trabajo forma parte inherente de la capacidad de respuesta competitiva de los países y no, como en forma frecuente se ha considerado, una carga a la organización empresarial.

La calidad determinada por la satisfacción del usuario implica, necesariamente, calidad de vida en el trabajo y así como debe haber usuarios satisfechos, debe haber productores satisfechos.

La evolución tecnológica, junto con los hechos históricos y sociales, dentro de la competitividad ha generado transformaciones en el trabajo, convirtiéndose en un sistema complejo de comunicación y organización. El hombre encuentra en el trabajo su desarrollo personal, como expresión del esfuerzo físico, intelectual y signo patente del interés creativo que modifica al medio natural y así mismo.

Es evidente que el trabajo representa un factor de repercusiones negativas al individuo y a la colectividad, pero también es un elemento que propone un estado de salud. El desarrollo, la productividad y la estabilidad de los países, depende de la disponibilidad de los medios de producción, del bienestar de cada trabajador y de las características del equilibrio del medio ambiente en que se desempeña el trabajo. En consecuencia el bienestar del trabajador es la manifestación resultante de la participación de todos los sectores; la salud debe trasladarse de la minoría poseedora, a la masa que vive del producto de su trabajo (Bohorquez, 1993).

La Salud en el Trabajo no sólo abarca al hombre como una máquina viva o como un ser individual en el que se da un equilibrio, sino que considera a las expresiones colectivas. Para pretender coadyuvar en el logro de la salud de los trabajadores, debe pasar de su carácter estático a nuevos anhelos del hombre, lo que originan nuevos problemas que exijan soluciones específicas. Lo cual da lugar a establecer que el proceso de cambio es la dinámica laboral en su evolución tecnológica y sus implicaciones de carácter económico, político, social y cultural, (Bohorquez, 1993).

Las relaciones entre el nivel de salud y el nivel de vida, expresión del grado de desarrollo económico-social que muestra el paralelismo que existe entre el desarrollo económico del país y el estado de salud de la población (Sonia, 1976). En los países en vías de desarrollo, particularmente de América Latina, han fluido los efectos de las crisis económicas que los afectaron seriamente en la década anterior y cuyos efectos no están totalmente superados, ya que se observa un deterioro evidente de los servicios de salud (Ruelas, 1992). Sin embargo, los países latinoamericanos en sus intentos por industrializar y revitalizar sus economías está presente la influencia de los problemas históricos

y sociales que afectan el ambiente de trabajo y modifican los valores atribuidos a los métodos convencionales desarrollados para lograr la industrialización y mejorar la calidad de vida. Entre estos problemas deben mencionarse: altos niveles de analfabetismo y pobreza, sistemas sociales determinados por pocas instituciones, poca movilidad entre los diferentes estratos sociales, baja productividad, bajas inversiones y desarrollo, tasas galopantes de inflación, alto desempleo y subempleo, alta dependencia del capital y la tecnología extranjeras y baja calificación de mano de obra, (Selas y Glickman, 1991).

Por lo que no resulta difícil determinar que en las zonas en las que la mayoría de los habitantes disponen de ingresos bajos, habitan en viviendas precarias en un medio insalubre, no poseen alimentos suficientes y cuyo nivel educativo es bajo, no pueden gozar de un nivel de salud similar al registrado en áreas cuyas condiciones de vida sean superiores, debido al modo de producción que determina el nivel de vida por el tipo y grado de actividad laboral que realiza la población. A este respecto, Navarro establece que todos los países latinoamericanos (con excepción de Cuba) presentan ciertas estructuras económicas, sociales, políticas y de comportamiento que, en el contexto de la distribución de los recursos son más parecidas que distintas, "lo que justifica que en este trabajo los diversos países aparezcan tratados como un todo".¹⁰⁵

En el marco de este proceso de producción, la tecnología y sus requisitos no determinan la división jerárquica del trabajo, sino que ésta es la que determina el tipo de tecnología que se emplee en el proceso. Así pues, la tecnología viene a reforzar algo que ya existe: la división jerárquica y fragmentaria del trabajo. Dicha jerarquización se ve determinada principalmente por los papeles que las clases y los sexos desempeñan en nuestras sociedades (Navarro, 1979).

Retomando lo que Marx ya había hablado de esta circunstancia cuando dice:

"Las ideas de la clase gobernante son en toda época las ideas que gobiernan; es decir, la clase que constituye la fuerza material que gobierna a la sociedad es también la fuerza intelectual que la rige. La clase que dispone de los medios de producción material controla al mismo tiempo los medios de producción mental".¹⁰⁶

Por otra parte, la intervención del Estado reproduce la ideología de la medicina que complementa a la del capitalismo en vez de chocar con ella. La ideología capitalista, así como la ideología de la medicina cobran dos formas que se relacionan dialécticamente, no sólo de forma recíproca, sino también con la ideología del capitalismo. Una de estas formas, es la concepción mecanicista de la medicina, que a lo largo del trabajo hemos venido mencionando, en la que se da por sentado que la enfermedad es el desequilibrio de los componentes de la máquina-cuerpo. La segunda forma, derivada de la primera, es que la causa de la enfermedad es sobre todo individual, por lo que la respuesta terapéutica ante la misma, está orientada hacia el individuo también.

¹⁰⁵ NAVARRO V., (1979) *La Medicina Bajo el Capitalismo* Editorial Critica, Grupo Editorial Grijalbo, Barcelona. p.28.

¹⁰⁶ MARX, C., (1962) "La Ideología Alemana". Citado en: NAVARRO, V., (1979) *La Medicina Bajo el Capitalismo*. Editorial Critica, Grupo Editorial Grijalbo, México. p.p.253-254.

En los momentos en que la mayor parte de las enfermedades eran determinadas socialmente por las condiciones del capitalismo naciente,¹⁸⁷ una ideología que echaba la culpa de la enfermedad al individuo y que ponía de relieve la respuesta terapéutica individual, misma que representaba claramente la absolución del ambiente económico político como responsable de la enfermedad. Al mismo tiempo, canalizaba hacia un nivel individual y, por ende, menos amenazador, la respuesta, la rebelión potenciales contra el ambiente.

Por todo esto, Navarro menciona que los principales problemas de salud que aquejan a las actuales sociedades capitalistas son: a) la alienación del individuo en la sociedad, que es la responsable de la mayoría de las dolencias psicosomáticas que tratan los médicos, y que se debe en gran parte a que los ciudadanos se dan cuenta de que carecen de control sobre su propio trabajo y sobre las instituciones sociales;¹⁸⁸ b) las enfermedades laborales, cuya etiología obedece en gran parte al control del proceso laboral, por parte del capital y no del trabajo, por lo que la consecución de beneficios goza de prioridad sobre la seguridad en el trabajo y la satisfacción del obrero.¹⁸⁹

Sin embargo, como era de esperarse, la respuesta de los poderosos de la sociedad consiste en negar o en oscurecer esta realidad. En lugar de reconocerlo, se dice que la causa del problema es individual, por lo que la naturaleza de la intervención va orientada hacia el individuo por medio de la educación sanitaria para la prevención y la medicina clínica para la curación. Por consiguiente, las políticas sanitarias van orientadas como ya se mencionó anteriormente a ocasionar cambios en el individuo en vez de efectuarlos en el ambiente económico o político.

2.2. LOS RIESGOS, CONDICIONES DE TRABAJO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE

La importancia que ha tenido para el desarrollo de la humanidad el trabajo desempeñado por el hombre se hace evidente, ya que se ha visto a través de la revisión realizada en los apartados anteriores, la influencia que ha tenido tanto individual como colectivamente, conduciendo esto a la observación de las manifestaciones del esfuerzo físico e intelectual que el hombre realiza a través de su trabajo, la transformación de los recursos naturales hasta llegar a la construcción de ciudades, el otorgamiento de bienes y servicios favoreciendo con ello la existencia del propio ser humano, sin embargo todos estos beneficios afectan también el valor máspreciado del hombre, su salud.

El hombre de las cavernas que, utilizando instrumentos rudimentarios para trabajar la piedra, padecía artritis de uso desde edades cercanas a los treinta años, estaba sufriendo una enfermedad laboral, lo mismo sucedía a la mujer que, encucillada, vivía lavando sus enseres y preparando los alimentos, en tanto día

¹⁸⁷ ENGELS F., "La situación de la clase obrera en Inglaterra". Citado en: NAVARRO, V., (1979) *La Medicina Bajo el Capitalismo*, Editorial Crítica, Grupo Editorial Grijalbo, México, p. 256.

¹⁸⁸ NAVARRO, V., (1976) "The Underdevelopment of Health of Working America: Causes, Consequences and Possible Solutions". Citado en NAVARRO, V., (1979) *La Medicina Bajo el Capitalismo*, Editorial Crítica, Grupo Editorial Grijalbo, México, p. 256.

¹⁸⁹ *Ibid.*

a día se iba dañando, por ejemplo, su articulación de la cadera.¹¹⁰

Jenofonte (Siglo V a. de C.) en su *Oeconómicos*, pone en boca de Sócrates las siguientes palabras: "Las llamadas artes mecánicas llevan consigo un estigma social y son deshonrosas en nuestras ciudades, pues tales artes, dañan el cuerpo de quienes las ejercen y hasta quienes las vigilan, al obligar a los operarios a una vida sedentaria y encerrada, y al obligarlos, en algunos casos, a pasar el día entero junto al fuego".¹¹¹

En el siglo I a. de C., durante la expansión del Imperio Romano, se encontraron los siguientes datos, que consigna Dídoro Siculo, en donde se menciona la relación directa entre el trabajo y la enfermedad en un sentido menos abstracto, ya que en una observación describe las condiciones en que explotaban las minas en Egipto y España. Además del hecho de considerar las heridas y traumatismos de guerra como "patología profesional" de los soldados durante el Imperio Romano, ya en el siglo XVII.

Más tarde, con la aparición del maquinismo, aumentaron considerablemente los riesgos de trabajo, en virtud de la utilización de fuerzas ajenas a la muscular y el desconocimiento e inexperience de los que las utilizaban, por lo que los accidentes y las enfermedades se multiplicaron, hasta volver insuficiente la producción de la asistencia social, fomentando con ello la holgazanería, los vicios y la indigencia.

A finales del siglo XVIII, con la existencia por una parte de la producción en masa y, por otra de la propagación de los accidentes y de las enfermedades producidas en el desempeño del trabajo, se inició la preocupación del Estado para solucionar el problema y se dictaron una serie de normas contra los riesgos provenientes del uso de motores, engranajes, poleas, cuchillas, etc., preocupándose sólo por la técnica y en producir máquinas que ofrecieran mayor seguridad en su uso.¹¹²

Al mecanizarse la producción durante la Revolución Industrial, se incrementaron aún más los accidentes de trabajo; con la introducción de nuevos energéticos, el maquinismo y la producción en masa hacían que el problema de los accidentes laborales adquiriera perfiles de diferentes magnitudes, tanto desde el punto de vista humano como en sus consecuencias económicas (Ruiz, 1987).

Todo este desarrollo industrial, como es lógico, requiere previamente de un notable aumento en el número de instalaciones, que cada vez son más potentes, emplean mayores velocidades y son de mayor capacidad de producción; aumenta el consumo y con ello, el número de riesgos en el trabajo se incrementa (Franco, 1990).

Sin embargo, las primeras ideas de Riesgo Profesional, se empiezan a dilucidar a finales del siglo XIX en Europa en la Conferencia de Berlín, celebrada en el año de 1890, que dirigió sus recomendaciones sobre el trabajo que se desarrollaba en las minas. Iniciando con ello, la protección de los trabajadores

¹¹⁰ BROTHWELL, D., y SANDISON. (1977) Disease in antiquity. Citado en: VIESCA, C., (1968) 'Antecedentes Históricos de la Salud en el Trabajo, en el Mundo y en México' MARTÍNEZ, F., (Coordinador) *La Salud en el Trabajo* LITORTE. Nueva Corporativo. México. p.1

¹¹¹ FARRINGTON, B., (1974) *Museo y Cerebro en la Grecia Antigua*. Editorial Ayuso, Madrid. p.p. 73-74

¹¹² MARC, J., (1971) "Los Riesgos de Trabajo". Citado en: KAYE, D., (1985) *Los Riesgos de Trabajo*. Trillas, México. p.18

desde el punto de vista legal, así como la inversión empresarial orientada hacia la prevención social, para modificar las condiciones de trabajo al implantarse los primeros sistemas de seguridad industrial, y bajar los costos de producción al elevarse la productividad de mano de obra en los países desarrollados de la época.

Pero no es sino a partir de la Segunda Guerra Mundial, en pleno siglo XX, que los grandes científicos se empezaron a interesar por la salud de los trabajadores las 24 horas de la vida diaria, y no las ocho horas de su vida laboral, reconociendo con esto que el ser humano es un ser indisoluble.¹¹³

A este respecto, Laurell y Noriega (1989) mencionan que de la necesidad compartida por el capital y el trabajo de modificar las condiciones creadas por la industrialización surgieron medidas que fueron homogeneizadas finalmente por la burguesía, con el fin de parcializar la problemática de la salud obrera enmarcándola en dos vertientes: la de la atención médica y la de los riesgos de trabajo; hecho que fue sustentado principalmente en los postulados del conocido Modelo Médico hegemónico,¹¹⁴ en el cual se identifica a la enfermedad como resultado de la acción de agentes específicos «los riesgos» y la solución de los mismos, en la acción curativa.

Al plantearse en América Latina el estudio del impacto del trabajo en la salud salta a la vista el profundo desconocimiento respecto a los llamados riesgos ocupacionales presentes en los centros de trabajo. Incluso los propios obreros muestran desconocimiento de los riesgos implicados en los distintos procesos laborales. Por lo que el trabajo desde esta perspectiva, no se concibe como la actividad humana básica que asume formas específicas como expresión de las relaciones sociales bajo las cuales se realiza, sino como un ambiente de trabajo donde los hombres entran en contacto con determinados riesgos (Laurell y Noriega, 1989).

En México durante el último decenio del siglo XIX y el primero del actual, se cobra plena conciencia de las ventajas que representaba la industrialización, así como de algunos riesgos, como era el de crear esa nueva clase pobre urbana y obrera que se agregaba (Viesca, 1988). En 1904 Vicente Villada, gobernador del Estado de México, promulgó con la autorización del cuerpo legislativo del estado, un conjunto de leyes acerca de los accidentes de trabajo, ejemplo que sirvió para que los demás estados realizaran la misma acción y las leyes se establecieran a nivel nacional con el manejo legal de los accidentes de trabajo en el derecho civil (Alvarez y Cols, 1960).

En el período que siguió inmediatamente a la revolución de 1910 los planes políticos y de gobierno pusieron atención a las condiciones laborales. Sin embargo las disposiciones vigentes hasta la fecha datan de la Constitución de 1917 (Joval, 1993).

Para Mariano Noriega (1989), hablar de los riesgos y las exigencias laborales es referirse al conjunto de elementos resultantes del proceso de trabajo, de su organización y decisión técnica que determina la nocividad laboral.

¹¹³ REYES, C., (1982) "Los accidentes en el Trabajo". Gaceta Médica de México. 5:172. Citado en: COLUNGA, J.M. (1993) "Servicios Médicos en Empresas de Cancún, con alto índice de Accidentes de Trabajo" *Boletín Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social*. México, Vol.31, Num. 5-6 p.396.

¹¹⁴ LAURELL, C. y NORIEGA, M., (1969) *La Salud en la Fábrica. Estudios sobre la Industria Siderúrgica en México* Ediciones Era, México, p 17.

Los riesgos de trabajo puede entenderse de dos formas distintas. Por una lado, puede definirse como "aquellos elementos físicos, químicos o mecánicos, presentes en el ambiente laboral" (lo que otros autores llaman factores o agentes); y por el otro, el riesgo puede entenderse como la posibilidad o probabilidad de ser lesionado, afectado, dañado por uno de esos agentes.¹¹⁵ Las exigencias laborales son aquellas derivadas de la organización y división técnica del trabajo, necesarias o establecidas para el desarrollo de la actividad dentro de la lógica de la producción capitalista. Se materializan en el propio trabajador, para que éste pueda desempeñar su trabajo y reunir ciertas características y habilidades (Noriega, 1993).

En la práctica se han establecido dos clases de riesgos profesionales, la enfermedad profesional que debe entenderse como "todo estado patológico que sobreviene por una causa repetida por largo tiempo, en relación con la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o el medio en que se ve obligado a trabajar, y que provoca en el organismo una lesión o perturbación funcional permanente o transitoria con etiología física, química o biológica".¹¹⁶ En cambio el accidente de trabajo es "toda lesión, perturbación funcional o psíquica, transitoria o permanente producida por la acción repentina de una causa exterior que sobreviene durante la labor que realiza un trabajador".¹¹⁷ Cabe señalar que últimamente se ha considerado como riesgo de trabajo, dentro de las legislaciones de seguridad social a aquel accidente de tránsito que ocurre al trabajador en el trayecto de su domicilio a su centro de trabajo y viceversa.

La definición legal de riesgos de trabajo se encuentra estipulada en el artículo 473 de la Ley Federal del Trabajo, y en el cual se señala que "son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de trabajo". En el artículo 474, el accidente de trabajo se define como "toda lesión orgánica o perturbación funcional inmediata o posterior o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo de trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se presente".¹¹⁸

Los accidentes de trabajo son "un suceso inesperado y no planeado, que interrumpe el proceso ordenado de las actividades y que puede o no causar lesiones personales y daños materiales, o ambas cosas".¹¹⁹ Los accidentes de trabajo tienen su origen en "causas básicas" y "causas inmediatas", las cuales determinan que los agentes nocivos actúen en el hombre y los elementos de trabajo provocan las "consecuencias" (Acosta, 1993).

Las causas básicas, corresponden a factores personales tales como problemas físicos o mentales, motivación inadecuada y falta de conocimiento o capacidad de los trabajadores. Así como a los factores del trabajo, entre los

¹¹⁵ NORIEGA, N. (1989) 'El Trabajo, sus Riesgos, y la Salud' En: NORIEGA, N. (Coordinador) *En Defensa de la Salud en el Trabajo*. SITUAM, México. p.9.

¹¹⁶ BARQUIN, N. (1961) *Medicina Social*. Librería de Medicina, México. p.p.101-102.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *Ley Federal del Trabajo*, Editorial Alco, México, 1993. p.132.

¹¹⁹ ACOSTA, J. (1993) Seguridad e Higiene. *Memorias del Primer Congreso de Almacenes e Inventarios*. Departamento del Distrito Federal, Enero, México. p.p.1-22.

que pueden citarse: el uso y desgaste normal de los elementos de trabajo, el uso anormal, diseño o mantenimiento inadecuados, hábitos de trabajo incorrectos, normas de trabajo y normas de compra inapropiadas entre otros.

Las causas inmediatas derivan de las causas básicas y son las responsables de la existencia de a) condiciones inseguras o peligrosas, y b) actos inseguros (Acosta, 1993).

Sin embargo, Barquin (1981) señala que los accidentes de trabajo se presentan en la mayor parte de los casos, sin poder identificar cuál fue el acto inseguro que cometió el trabajador, cuando realizan actos inseguros en orden decreciente de frecuencia se presentan las siguientes causas: por falta de atención a la base de sustentación a su alrededor, por no usar equipo de protección, por sujetar objetos en forma insegura, por colocar en forma insegura materiales, herramientas, desperdicios, por falta de prevención al asegurar diversos objetos que desencadenan el accidente.

Por lo que la seguridad social nació como consecuencia de todos los riesgos mencionados con anterioridad, aunque posteriormente haya ampliado su protección en algunos países como el nuestro, a otros riesgos a los que está expuesta la salud del ser humano en su triple aspecto: biológico, psíquico y social (Legaspí, 1988).

Es cierto que el desarrollo industrial nos ha proporcionado materiales que aligeran la vida y pueden hacerla más placentera, pero este proceso plausible y meritorio, que pone a prueba el genio del hombre para la creación de nuevos recursos y técnicas de producción se ha revertido como nunca antes en males físicos y psíquicos para el trabajador.

Acosta Castillo, que en la producción de los accidentes de trabajo intervienen una serie de hechos a los cuales se les conoce como "factores de accidente", éstos son: el agente de accidente, la parte agente, la condición insegura o peligrosa y el acto inseguro.

El agente, es el objeto o sustancia que entra en contacto directo con el trabajador al producirse el accidente. Ejemplos de agentes pueden ser: tornos, taladros, esmeriles, herramientas manuales, montacargas, grúas, sustancias químicas, etcétera.

Parte del agente es la parte o porción del objeto o sustancia estrechamente relacionada con la lesión. Por ejemplo, en un taladro de columna, la parte agente podría ser el portabrocas, la broca, la mesa, la banda, los engranes.

Condición insegura, es la característica del objeto, o de las condiciones del medio ambiente de trabajo que pueden producir el accidente. Por ejemplo:

- + Estructuras o instalaciones del edificio impropiaamente diseñadas, construidas o ya deterioradas.
- + Sitios mal ventilados e iluminados
- + Instalaciones de maquinaria o equipo impropiaamente diseñadas, armadas o en mal estado de mantenimiento.
- + Maquinaria o herramienta defectuosa o inadecuada
- + Protección inadecuada, deficiente, inexistente en la maquinaria, en el equipo o en las instalaciones eléctricas.
- + Fuentes de ignición y calentamiento cerca de materiales inflamables.
- + Fueros de lubricantes, agua, sustancias químicas, etcétera.
- + Falta de orden y limpieza en los lugares de trabajo. Mala distribución de la maquinaria, de equipos o de trabajadores.

Acto Inseguro, son las acciones de los trabajadores que pueden contribuir a un accidente o ser causa del mismo. Corresponden violaciones de las reglas o normas de seguridad previamente establecidas. Los actos inseguros más frecuentes son:

- + Realizar operaciones sin previo adiestramiento.
- + Operar equipo sin autorización.
- + Ejecutar el trabajo a velocidad no indicada.
- + Viajar sin autorización en vehículos o mecanismos.
- + Transitar en áreas peligrosas.
- + Sobrecargar plataformas, etcétera.

Por lo que cabe señalar que aunque en cualquier sitio de trabajo puede suscitarse un accidente, indudablemente que la industria es la que mayor importancia tiene (Sánchez, 1991).

Los accidentes de trabajo son considerados como "eventos producto de la relación hombre-trabajo, presentan una serie de condiciones que van de físicas y humanas hasta las aleatorias".¹³⁹

Dentro de las causas determinantes de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, Casalet (1982) señala:

- 1) La tarea realmente ejecutada y los medios de producción a través de los cuales actúa el trabajador.
- 2) Las condiciones de ejecución de la tarea.
- 3) Del estado en que se encuentra el trabajador, el cual depende de su formación, de su experiencia, de sus características socioeconómicas, además de su estado físico y psíquico.

En los accidentes de la industria, como en los de otros sitios, debe tenerse en cuenta el trabajador, la maquinaria y el medio de trabajo. Por la frecuencia y gravedad de los accidentes que ahí se presentan, y desde el punto de vista de los riesgos profesionales, las industrias se clasifican en: escaso, mediano y alto riesgo.

Ricchi (1981) señala que la división artificiosa entre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por una parte y enfermedades comunes por la otra, influye negativamente sobre la conciencia objetiva del fenómeno, no sólo por la falta de reconocimiento de la naturaleza profesional de muchos sucesos patológicos, sino también en consideración a la indudable influencia que sobre las causas, sobre la frecuencia, la gravedad y sobre la duración de una enfermedad pueden tener las condiciones insalubres del trabajo.

Por lo que puede decirse que tanto las enfermedades como los accidentes de trabajo, están derivados del desempeño de una ocupación y pueden ser producidos por una gran variedad de procesos industriales.

Para poder estudiar las enfermedades de trabajo es necesario obtener información relativa a las condiciones de trabajo y el estado de salud de los trabajadores, lo que permitirá establecer la relación entre los factores causales y las alteraciones detectadas en los trabajadores.

A este respecto, Julio Neffa, señala que las condiciones de trabajo son: "Las causas y resultados de la acción del trabajador, de un conjunto variable que a nivel de la sociedad en su conjunto, del establecimiento y del taller que de

¹³⁹ CERVERA, N. (1991) Accidentes de Trabajo. STPS-CONIET. Citado en CASALET. (1982) *Salud y Bienestar en la Fuerza de Trabajo. Estudio de Caso: Automotriz y Petroquímica*. Cuadernos INET, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto Nacional del Trabajo. México. p.40

manera directa e indirecta fijan la duración del tiempo de trabajo, configuran el proceso de trabajo, así como sus formas de organización y división del trabajo correspondiente y determina: el ambiente físico y social del trabajo, la naturaleza, el contenido y la significación del trabajo, el ritmo, la cadencia, la carga física, psíquica y mental del trabajo. Todos estos factores repercuten finalmente sobre la salud, vida personal y social de los trabajadores en función de sus respectivas capacidades de adaptación, y resistencia a los factores de riesgo".¹³¹

Esto significa que al considerar las condiciones y el medio ambiente de trabajo no debe perderse de vista el contexto "macrod", es decir económico, social, político, cultural, dentro del cual se desarrollan las actividades de las unidades de producción de bienes o de servicios. Las condiciones y medio de trabajo implica tomar en cuenta el colectivo de trabajo para su análisis, con lo cual "en lugar de procurar aislar cada trabajador de sus riesgos, lo que se busca es la eliminación de los mismos, porque atentan contra todos los trabajadores".¹³² En el preámbulo de la Constitución de la OIT se habla de "condiciones de trabajo que entrañan tal grado de injusticia, miseria y privaciones para gran número de seres humanos, que el descontento causado constituye una amenaza para la paz y armonía universales" (OIT, 1983).

Las condiciones de trabajo no son factores exteriores al trabajo, sino están intrínsecamente unidas a la relación trabajador-lugar de trabajo.¹³³

Es importante señalar que las enfermedades profesionales son las que adquiere el trabajador como consecuencia del trabajo en sí, por el lugar donde trabaja o por las sustancias, herramientas o maquinaria que manipula.

Para el estudio de los riesgos derivados de los medios de producción, Alvear y Villegas (1989) los dividen en tres grandes grupos: a) Riesgos derivados de la utilización de los instrumentos de trabajo que modifican las características del medio ambiente b) Riesgos que se desprenden de los objetos de trabajo y su transformación, es decir, las materias brutas y de las materias primas principales y auxiliares y c) Riesgos que en sí mismos representan los medios de trabajo: máquinas, herramientas e instalaciones.

Sánchez (1991), y Acosta (1993), establecen que los agentes causales de los riesgos de trabajo y las enfermedades profesionales son:

I. Químicos:

- a) Polvos, como de plomo y arsénico,
- b) Gases como el monóxido y dióxido de carbono, ácido sulfhídrico y óxido nítrico
- c) Vapores como los del benzal, tetracloruro de carbono y thiner

¹³¹ Memorias del Curso de Diplomado en Salud y Seguridad en el Trabajo, Impartido por el IMSS, abril-junio, 1993. s.p. Citado en: ROJAS, L. (1994) *Prevención y Atención de Riesgos en la Industria a través de los Programas de Capacitación e Higiene y Seguridad Industrial* (Tesis). F.E.S. Zaragoza, México. p.53

¹³² NEFFA, J. (s.f.) *Que son las Condiciones y Medio ambiente de Trabajo?* Editorial Humanitas, Buenos Aires. p.28.

¹³³ CASALET, M. (1982) *Salud y Bienestar de la Puesta de Trabajo. Estudio de Caso: Automotriz y Petroquímica*. Cuadernos INET, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto Nacional del Trabajo, México. p.43.

- d) Humos como los del plomo y zinc
 - e) Bruma, como las sustancias que se expulsan con atomizador.
2. Físicos:
- a) Polvo (actuando mecánicamente o químicamente) como el silicio
 - b) Presión, en trabajadores que laboran al baja presión como mineros o bajo presión como buzos y aviadores
 - c) Temperatura, en situaciones de calor o frío intenso
 - d) Humedad, como los trabajadores que tienen que laborar dentro del agua o ambientes con mayor humedad que la ordinaria
 - e) Ruido, lo más frecuente es que los medios fabriles tengan un nivel de ruido por arriba de los 80 decibeles, con lo cual son fuerte el daño auditivo e incluso el nervioso
 - f) Radiación, cuando se recibe una cantidad mayor de radiación que la que se considera inocua, sea por manejo de sustancias o aparatos radioactivos, rayos infrarrojos y rayos láser
 - g) Iluminación Defectuosa
 - h) Vibraciones, Trepidaciones y Fricciones.

3. Biológicos:

- a) Bacterias: carbunco, brucelosis, leptospirosis, muermo, tuberculosis, tétanos
- b) Hongos: actinomicosis
- c) Parásitos: anquilostomiasis, leishmaniasis.

4. Psicosociales:

No hay una definición establecida para este grupo, pero si un criterio para identificarlo. La interacción conductual del hombre con sus semejantes, de manera individual o en forma colectiva, dentro de la organización social en la que vive genera respuestas psicológicas. Estas respuestas en el ambiente laboral, ocurren en el trabajador como resultado de la estimulación psicológica y social derivada de la interrelación con sus compañeros de igual categoría, con sus jefes, con sus subordinados.

Sin embargo, Noriega (1993) no se encuentra muy de acuerdo con esta clasificación y establece que los riesgos y las exigencias laborales se estudian en cinco grupos, ya que al igual que en el modelo anterior se señala que para tener una idea adecuada de la nocividad laboral es preciso analizarlos desde su conjunto y no de manera aislada. Por lo que Noriega señala cinco grupo:

- a) GRUPO I. Riesgos derivados de los medios de trabajo: Ruido, vibraciones, temperatura (calor o frío), humedad, ventilación, radiaciones. Estos riesgos conforman el denominado ambiente laboral y tradicionalmente son analizados como factores o agentes físicos.
- b) GRUPO II. Riesgos resultantes de los objetos de trabajo y sus transformaciones. Son de carácter químico o biológico. Entre ellos están los polvos, gases, humos, vapores, líquidos, bacterias, virus.
- c) GRUPO III Exigencias laborales de la actividad física. Incluyen la intensidad de trabajo (trabajo pesado, sedentarismo) y las posiciones incómodas
- d) GRUPO IV. Exigencias laborales de la organización y división del trabajo. En ella se analizan los aspectos que tienen que ver con la jornada de trabajo (duración, rotación, turnos); formas de pago salarial; ritmo, control, peligrosidad y monotonía del trabajo y supervisión.

e) GRUPO V. Riesgos que los medios de trabajo representan en sí mismos. Incluyen los riesgos que representan la maquinaria y herramientas como las propias instalaciones.

Con todo esto puede afirmarse que estos riesgos laborales influyen desfavorablemente sobre la salud del trabajador por la presencia de numerosos factores insalubres.

Cabe señalar también que tanto los riesgos de trabajo como las enfermedades ocupacionales varía según el tipo de trabajo, dependiendo de la maquinaria que se emplea, de los productos que se manejan y de las condiciones generales y de saneamiento del lugar. Hay tipos de trabajo más peligrosos para la salud y la vida que otros, y dentro de un mismo sitio de trabajo hay áreas de mayor riesgo que otras.

Estas condiciones de trabajo desfavorables al trabajador permanecen intactas o a lo sumo se adjudica el accidente a la imprudencia, la distracción, pero jamás a la organización misma del trabajo.

Colunga (1993) por su parte, señala que el trabajador se encuentra igualmente expuesto a sufrir algún tipo de lesión por causa de su actividad de trabajo independientemente del giro de su empresa, por lo que el trabajador en último caso es el más desprotegido ante los accidentes de trabajo.

De acuerdo con las características del centro laboral se consideran las medidas de saneamiento y seguridad de los trabajadores, de promoción y de mejoramiento del ambiente.

Dentro de la Salud Ocupacional llama la atención el hecho de preservar la salud del trabajador en relación a los riesgos potenciales de las sustancias, maquinaria y herramientas que manejan, en las medidas y equipos de seguridad, del funcionamiento, que son responsabilidad de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene. Sin dejar de mencionar la orientación que debe ser proporcionada a los trabajadores en relación a los equipos de seguridad necesarios y los sitios de trabajo adecuados.

Por todo esto, las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene de cada empresa debe establecer las medidas de seguridad adecuadas para evitar accidentes y enfermedades laborales, así como diseñar los programas de capacitación y adiestramiento adecuados para la empresa de acuerdo a las necesidades de la misma.

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social y las autoridades de los Estados son los encargados de promover la integración de Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en los centros de trabajo.

En el Reglamento General de Seguridad e Higiene derivado del Artículo 123 de la Ley Federal del Trabajo, se establecen las medidas u observaciones para prevenir accidentes y enfermedades, y para asegurar que el trabajo se preste en condiciones que aseguren la vida y la salud de los trabajadores.

Dicho reglamento se compone de una serie de títulos que contienen medidas específicas para la observación de la Seguridad e Higiene tanto de los locales como de los materiales que se usan en los centros de trabajo; medidas de protección general y personal, aspectos del ambiente de trabajo y de los medios de producción. Se hace referencia también a la conformación y funcionamiento de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene.

Estas Comisiones estarán integradas por igual número de representantes obreros, patronales y su función será permanente.

Se establece también que el número de Comisiones de Seguridad e Higiene dependerá de los siguientes factores:

- a. Número de trabajadores.
- b. Peligrosidad de las labores.
- c. Ubicación del centro de trabajo.
- d. Las divisiones, plantas o unidades de que se componga la empresa.
- e. Las formas o procesos de trabajo.
- f. El número de turnos de trabajo.

Entre las funciones asignadas a estas Comisiones se encuentra la investigación de las causas de accidentes y enfermedades de trabajo y la promoción de medidas preventivas que sean necesarias, así como promover que los trabajadores conozcan tanto los riesgos ocurridos como el material necesario sobre higiene y seguridad (instructivos, circulares, avisos, etcétera).

Sin embargo, la Organización Internacional del Trabajo establecido en 1984 que el movimiento mundial en pro de la seguridad e higiene en el trabajo ha entrado en una nueva fase. Ya no sólo se preocupa de eliminar los riesgos manifiestos en enfermedad y accidentes, sino que, cada vez más, tiende a una nueva prevención y a un mejoramiento global, tomando en consideración tanto los riesgos físicos y químicos como los aspectos psicosociales de la empresa. Y fomentando también la creación de condiciones que se adapten lo mejor posible a la capacidad física y mental del trabajador y de un entorno laboral seguro y saludable.

Cuando un individuo sufre un accidente, puede afectar su organismo, su integridad mental, su vida familiar, laboral y social, y con ello perjudica todo el sistema social y productivo al que pertenece.

Las lesiones físicas que sufre el trabajador, están suficientemente investigadas y jurídicamente reconocidas con amplitud, sin embargo, no sucede así con lo legislado en materia de las repercusiones sociales y menos aún las psicológicas.

Cabe señalar que el concepto de accidentes y riesgos profesionales es útil para distinguir la influencia y responsabilidad que tienen en ellos las condiciones del trabajo, especialmente para cubrir gastos de atención médica y de indemnización, ya que los accidentes, cuando ocurren, provocan diversos grados de incapacidad temporal y permanente. Y puesto que afectan exclusivamente a la población activa, tienen gran repercusión en el área económica, transformando frecuentemente al trabajador accidentado en inválido temporal, parcial o permanente, disminuyendo o anulando su capacidad de producir creando un sujeto de múltiples erogaciones en el terreno médico y de pensión, transfiriéndola a la numerosa población no activa del país, desintegrando el núcleo familiar y originando un conjunto de cuantiosas pérdidas a nivel nacional.¹²⁴

Sin embargo, se debe advertir que las consecuencias del accidente no terminan con la acción de pagar o indemnizar al trabajador de acuerdo a la parte de su cuerpo que se afectó, sino que se debería también tomar en cuenta, los efectos psicológicos, es decir, su estado emocional, así como sus habilidades, aptitudes, etc., y dentro de éste, la adaptación o desajuste en relación al periodo posterior al accidente, la readaptación al ambiente laboral, familiar o al medio social en general. (Gómez, López y Morroy, 1987).

¹²⁴ ARREGUÍN, V., RUIZ, S., y FERNÁNDEZ, O.. (1985) *Los Riesgos de Trabajo en los Seguros Sociales*. México.

Por todo esto, resultaría imposible separar los problemas de la salud ocupacional con los gastos y pérdidas económicas, por lo que lo primordial debería de ser la salud del trabajador y después todo lo que de ella deriva. Sin embargo cabe mencionar que el concepto de la salud del trabajador solo interesa al empresario en función de la actividad que realizan en beneficio de su empresa, ya que se establece que "Cuanto mayor es la salud del trabajador, tanto mayor es la ganancia del patrón";¹²⁹ por lo cuál le conviene a éste cuidar que aquí se mantenga sano. Estableciendo con ello el efecto dafino de cierto tipo de labor sobre el cuerpo del hombre y su personalidad, e incluso sobre sus relaciones interpersonales y su función social. Los factores extrínsecos del trabajo, que no pueden ser modificados o controlados directamente por el trabajador, están relacionados con la higiene, las políticas de organización, la supervisión, la disponibilidad de recursos, el salario y la seguridad, (Salinas, 1994)

2.3. LAS ENFERMEDADES DE TRABAJO

Analizar el panorama de las enfermedades de trabajo en nuestro país, es necesariamente complejo si de manera elemental se pretende esbozar los múltiples factores que concurren en la relación del individuo y su medio ambiente de trabajo. Es conveniente recordar que no se ha dado la importancia que se debe a la salud de los trabajadores, especialmente a las enfermedades de trabajo en las que influyen factores económicos, políticos, psicológicos y socioculturales.

El gran desarrollo que ha alcanzado la industria en estos últimos años ha cambiado el modo de vivir del hombre, tanto en su forma de pensar como de sentir, como la forma de hacer las cosas para adaptarse al ritmo de trabajo que marca la época actual por el gran avance de la técnica. El rápido desarrollo de las técnicas laborales, los medios de comunicación y difusión, las relaciones sociales y muchas otras que obligan al trabajador a un constante esfuerzo de adaptación, que hace aumentar sus posibilidades patológicas, tanto en el aspecto físico como el psíquico (Cuevas, 1978).

Permanentemente se observan las manifestaciones del esfuerzo físico e intelectual que el hombre realiza a través de su trabajo, y se aprecia la transformación de los recursos naturales hasta dar lugar a la construcción de ciudades, el otorgamiento de bienes y servicios que favorecen la existencia del hombre, legando el avance tecnológico de cada época a las generaciones futuras. Sin embargo la actividad humana puede afectar el valor más preciado del hombre, que es su salud (Legaspi y Bohorquez, 1988).

Desde el inicio de la medicina, se ha reconocido la influencia que las características del medio ambiente ejercen sobre la salud, sirva de ejemplo las múltiples aportaciones científicas que se han mencionado durante el desarrollo del presente trabajo como Hipócrates, Galeno, Paracelso, etc., que han enriquecido la conceptualización sobre la repercusión que el ambiente ejerce en el bienestar físico, mental y social del hombre.

De manera general, esa circunstancia de daño en el ser humano ha quedado comprendida en el término de riesgos de trabajo, los cuales en los países de América Latina, están representados por los accidentes y las enfermedades a que están expuestos los trabajadores en el ejercicio o con motivo de su trabajo; es decir, los accidentes y enfermedades de trabajo son las resultantes negativas

¹²⁹ SANCHEZ, R., (1991) Elementos de Salud Pública. Editorial Méndez Cervantes, México, p.171.

del desempeño laboral.

Dejours (1987) menciona que existe un balance comparativo entre los criterios del medio ambiente y los de fisiología y productividad. Desde tal perspectiva se encontró que existe una estrecha relación entre las condiciones de trabajo y la salud del trabajador.

Del Rey (1991) esquematiza como es que las condiciones laborales y la organización del trabajo influyen sobre las enfermedades profesionales (Figura 1).

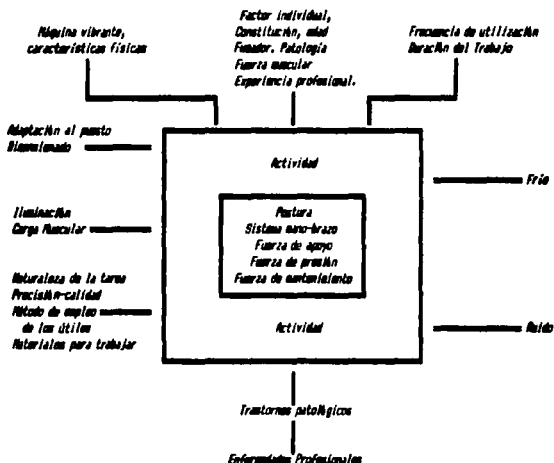


FIGURA 1 Relación entre Enfermedades Profesionales y Condiciones Laborales y Organización del Trabajo

La figura de la enfermedad de trabajo de acuerdo a la legislación laboral vigente en México, se define como "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". Esto significa que tales trastornos son de latencia prolongada y pueden agruparse bajo el rubro de enfermedades crónicas.

Cabe mencionar que es común poner énfasis en la importancia del control de una sola causa como la responsable de la enfermedad de trabajo, ya que es la base esencial del Modelo Médico y porque constituye una actitud optimista que se basa en la experiencia de enfermedades relativamente escasas, en las que el conocimiento de la causa primaria orientó a un método preventivo específico y efectivo. A este respecto, la Organización Panamericana de la Salud (1986), indica que el profesional de la salud no sólo puede colaborar en el conocimiento de las

enfermedades e incapacidades ocupacionales, sino también en la comprensión del posible papel que juegan los factores laborales en el desarrollo y empeoramiento de las enfermedades.

Sin embargo, hay que señalar que las enfermedades de trabajo deben considerarse como un fenómeno de grupo y no sólo desde el punto de vista individual, limitando su tratamiento al "caso"; es necesario considerar que éstas son el resultado de condiciones que han permitido la interacción agente-hombre, e implica, ineludiblemente, estudiar el medio ambiente de trabajo, los agentes y el estado patológico, el mecanismo de producción y la susceptibilidad de los trabajadores (Bohorquez, 1990).

El principal problema dentro del ámbito laboral, por gravedad, son las enfermedades de trabajo, dado que en el 70% de ellas existen secuelas permanentes, ya que su diagnóstico se establece mucho después de la exposición del trabajo en medios ambientes laborales con problemas de higiene inadecuada, falta de medidas de protección, personal inadecuado, escasa capacitación e información sobre los agentes químicos, biológicos y psicosociales y sus efectos en la salud (Legaspi, 1990).

El diagnóstico oportuno de las enfermedades de trabajo, permitirá conocer a través de indicadores biológicos las primeras fases en el deterioro de la salud y evidenciar la aparición de la enfermedad en estados avanzados con secuelas irreversibles, conocer mejor su historia, evaluar la eficiencia de las medidas de prevención adoptadas y adicionalmente servir de base para fijar límites de permisibilidad. Ya que como ya frecuentemente las enfermedades de trabajo cuando son diagnosticadas, en su gran mayoría, se encuentran en estadios avanzados, por lo que son objeto de una evaluación de incapacidad permanentemente parcial, lo que implica a su vez, tiempos prolongados de incapacidad temporal entre el desempeño del trabajo y los padecimientos.

Por lo que para el estudio de las enfermedades de trabajo es necesario obtener información relativa a las condiciones de trabajo y el estado de salud de los trabajadores, lo que permitirá establecer la relación entre los factores causales y las alteraciones detectadas en los trabajadores, mediante una secuencia, será posible explicar sus causas, de alguna manera prevenir su ocurrencia y aplicar las medidas preventivas en las diversas etapas de la historia natural del proceso patológico.

En el cuatrienio 1984-1987 se observó un aumento de casos en bisinosis, lo que implica quizás un mejor conocimiento de la patología del trabajo, así como sus efectos tóxicos de plomo y sus compuestos e infecciones respiratorias debidas a emanaciones y vapores de origen químico, (Legaspi, 1990).

Dentro de los diez principales diagnósticos es conveniente mencionar que los efectos del ruido en el oído interno representan el primer lugar, hecho que se ha incrementado durante el último año, ya que un número importante de trabajadores estudiados que fueron dados de baja en una empresa de fundición en Monterrey por tal motivo. Le sigue la silicosis, la antracosilicosis y la dermatitis por contacto, que ocupan los cuatro primeros lugares, (Legaspi, 1990).

Sin embargo no se observan muchos cambios con respecto a esta estadística, ya que la información obtenida en la Estadística de Salud en el Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1992 nos muestra que las enfermedades ocupacionales que con mayor frecuencia afectan a los trabajadores mexicanos, (Ver Cuadro II)

CUADRO II

ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADAS, 1992 (1)
ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

ENFERMEDADES DE TRABAJO	1992	
	NUMERO	%
TOTAL	7,186	100.00
Trastornos del oído y sorderas traumáticas	2,794	38.88
Neumocoelosis por sílice o silicatos	2,176	30.28
Bronquitis química	1,235	17.19
Dermatosis y otras enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	531	7.39
Efectos tóxicos del plomo y sus compuestos	186	2.59
Enfermedades obstructivas crónicas y otras enfermedades del aparato respiratorio y sus vías superiores	76	1.06
Trastornos del ojo y sus anexos	52	0.72
Efecto tóxico de sustancias aromáticas corrosivas, ácidos y alcalis cáusticas	13	0.18
Efecto tóxico de otros metales	11	0.15
Neurosis	9	0.14
Varias de frecuencia menor	93	1.29

(1) A partir de este año se reclasifican las enfermedades de trabajo, conteniendo mayor especificación en estos rubros.

Fuente: Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, IMSS.

El estudio y detección de las enfermedades de trabajo no es una tarea fácil ya que implica un conocimiento amplio de la patología del trabajo, de la historia natural de la enfermedad, de las condiciones y ambiente de trabajo, su organización, las medidas de prevención, entre muchos otros elementos que pueden representar altos gastos a la empresa, dado que se requiere cambiar procesos de trabajo, sustituir productos del medio ambiente de trabajo dañinos, por otros no nocivos y el uso de equipo de protección personal, en la mayoría de las veces complejo o sofisticado, por lo que las medidas tecnológicas de prevención no son tan fáciles de aplicar.

Puede decirse que obtener información sobre las condiciones del medio ambiente de trabajo que determinan la aparición del proceso patológico, y el conocimiento sobre poblaciones expuestas al mismo riesgo, permitirá establecer alternativas de control para la prevención de las enfermedades, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado. Una enfermedad de trabajo que aparentemente no tuviera trascendencia servirá de punto de orientación en la aplicación de medidas preventivas y aplicar una solución de problemas futuros en la salud de los trabajadores.

En México la lucha por la salud es todavía insuficiente, no participan grandes masas de trabajadores, debido principalmente al control ideológico y político que ejerce el Estado Mexicano sobre ellos. Resulta muy significativo que sólo los sindicatos democráticos o en proceso de democratización sean los únicos que plantean demandas en torno a la salud en el trabajo.

El estudio pionero en México es el realizado por el Sindicato Mexicano de Electricistas (SME), encaminado a defender la jubilación anticipada de cinco años para todos los obreros expuestos a riesgo eléctrico durante más de 15 años, pretendiendo con ello equilibrar el deterioro que sufrían estos trabajadores en relación con otros, evidenciándose en su perfil patológico y una menor esperanza de vida.¹¹⁸

El estudio entendía los factores de riesgo como las causas inmediatas de la aparición de ciertos problemas de salud, pero no como los determinantes y, por otro lado, entendía que la enfermedad no puede considerarse exclusivamente como un fenómeno biológico.

Epelman, Fernández, Rodríguez y Lloret (1978) consideran que las modalidades del capitalismo, el carácter y estructura del Estado Mexicano son los elementos que en realidad determinan las formas que ha asumido la organización y realización del trabajo eléctrico, y en consecuencia las formas de explotación y las condiciones de salud de estos trabajadores.

La Compañía de Luz y Fuerza del Centro (CLFC) se constituía por los siguientes departamentos: líneas aéreas, cables subterráneos, foráneo, transmisión, distribución-pruebas, construcción, laboratorio, estimadores, inspección y mantenimiento de red de la propia compañía.

Antes de 1962 los trabajadores expuestos a riesgo eléctrico presentaban un gran número de accidentes, ya que en su totalidad se realizaban sin línea viva, la razón era que en los momentos de hacer contacto con las líneas o los cables para realizar una tarea, frecuentemente se introducía por errores de operación, la corriente eléctrica. Los instrumentos de trabajo eran muy sencillos: pinzas, cables, alambres, desarmadores y martillos; se requería de un esfuerzo físico intenso y el obrero tenía un escaso control sobre su trabajo.

Alrededor de 1962 se producen una serie de cambios tecnológicos que transforman, de manera radical, las características del trabajo; estos cambios consistían básicamente en técnicas para trabajar con alta tensión, sin interrupción de la corriente (línea viva). El trabajador podía desarrollar su actividad a mayor distancia, ya que se auxiliaba de bastones, se introdujeron nuevos conductores e interruptores, así como canastillas y plumas hidráulicas para trabajar a mayor altura. Esto generó un nuevo riesgo: el eléctrico lo que significó un aumento de tensión y fatiga.

Comparando los elementos diferentes que se encontraron en este grupo de trabajadores expuestos a riesgo eléctrico en relación con otros trabajadores con las mismas características, pero sin exposición a este riesgo, se encontró mayor presencia de tensión en el trabajador, mayor número de accidentes y más graves, un mayor número de enfermedades nerviosas y psicósomáticas y una mortalidad más temprana.

Otro ejemplo es la lucha organizada por la salud en SICARTSA que se inicia a raíz de que los obreros analizan la gran cantidad de accidentes y enfermedades que los aquejan, y que cada vez se tornan más graves y más difíciles de solucionar. Por eso plantearon un estudio que permitiera conocer con mayor

¹¹⁸ EPELMAN, N., FERNÁNDEZ, J., RODRÍGUEZ, A., y LLORET, A. (1978) "Estudio Médico, Psiquiátrico y Fisiológico en Trabajadores Expuestos a riesgo eléctrico". *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, Vol. 4, No. 11.

precisión sus condiciones de salud y qué las ocasionaba.¹²⁷

La salud se planteó como un aspecto esencial en la lucha de los trabajadores. La razón de fondo es que se considera más importante su salud que el dinero que pueden recibir por perderla (por indemnización, pago extra por trabajo peligroso o por alargamiento de jornada, etcétera).

El punto de arranque fue la comprensión de que las condiciones de salud y que los riesgos físicos, químicos, etc., eran efectos de cómo se desarrolla el proceso de producción, por lo que fue importante analizar las condiciones de trabajo para entender cómo se producían los riesgos y los daños a la salud.

Como se puede observar (Ver Cuadro No. III), los resultados obtenidos muestran que entre los tipos de daños a la salud que se reportan con más frecuencia están en primer lugar las afecciones respiratorias, que van desde la irritación hasta las enfermedades crónicas como pueden ser la bronquitis, la laringitis y la insuficiencia pulmonar.

El segundo grupo de importancia lo ocupa un conjunto de síntomas, incluidos trastornos del sueño, úlceras o gastritis y fatiga patológica. Cabe recordar que este tipo de problemas tienen una relación estrecha con la rotación de turnos, ya que derivan de la ruptura del ritmo fisiológico básico del cuerpo, es decir, del ciclo circadiano.

En el tercer lugar se encuentra el nerviosismo con irritabilidad, relacionado con el ruido y el calor, pero sobre todo con aspectos de la organización del trabajo. Fue señalada también la peligrosidad del trabajo como fuente de tensión nerviosa prolongada. Ciertamente el carácter mismo del trabajo en una siderúrgica lo hace peligroso, pero la peligrosidad se aumenta por cuestiones que tienen que ver con las formas de dividir y organizar el trabajo.

Resulta significativo que los accidentes no aparezcan sino en el quinto lugar de importancia entre los daños a la salud en la encuesta colectiva. Es decir, a pesar de que son un problema serio en trece áreas, no llegan a tener el peso de otros daños y molestias, contrastando con el hecho que son el único "riesgo laboral" reconocido por la empresa y el IMSS.

Parece haber una subestimación del daño auditivo causado por el ruido, ya que sólo fue reportado en doce áreas, a pesar de que el ruido es prácticamente omnipresente en la fábrica.

Los problemas de dolor de espalda y lumbago son problemas potenciales de unos tres mil obreros, ya que se da en áreas de personal muy numerosos. Sin embargo cabe considerar que los trabajadores más expuestos son los de mantenimiento y de las categorías bajas de operación, ya que son los encargados de realizar las intervenciones correctivas directas en el proceso de producción.

El dolor articular denominado "reuma" según los obreros está asociado con el calor, la humedad y los cambios de temperatura. Las enfermedades de la piel, reportadas también en diez áreas, guardan relación con el calor y la humedad, pero sobre todo con las diferentes cargas químicas, y se presenta nuevamente en los obreros de mantenimiento, incluyendo a los del Taller Central de Ingeniería ya que trabajan constantemente con grasas y disolventes.

¹²⁷ LAURELL, C., y NORIEGA, N., *Trabajo y Salud en SICARTSA*, México, SITUAN, 1967.

CUADRO III

MOLESTIAS Y DAÑOS A LA SALUD Y CARGAS RELACIONADAS POR AREA DE TRABAJO Y NUMERO DE OBREROS EXPUESTOS, SICARTSA, 1985

TIPO DE PATOLOGIA	CARGAS RELACIONADAS	NUMERO DE AREAS	OBREROS EXPUESTOS
Enfermedades respiratorias agudas y crónicas	Calor, cambio de temperatura, polvos humos, vapores.	15	3,886
Disturbios del sueño gastritis o úlcera, fatiga patológica	Turnos, dobles (Supervisión, trabajo peligroso)	14	3,872
Nerviosismo con irritabilidad	Ruido, calor, trabajo peligroso, altos ritmos	14	3,178
Enfermedades ojos (Conjuntivitis, pterigión, catarata)	Calor, polvos, humos, vapores, deslumbramiento	13	3,744
Accidentes (quemaduras, golpes, contusiones)	Deficientes Medidas de Seguridad	13	3,495
Zumbido del oído, sordera	Ruido	12	2,325
Dolor de espalda, lumbago	Trabajo físico pesado, posición incómoda	11	3,066
Dolor articular (reuma)	Calor, humedad, cambio temperatura	10	2,728
Enfermedades de la piel (dermatitis, hongos, granos)	Calor, humedad, grasas, polvos, disolventes	10	2,087
Mareo, náuseas, vómito, desmayo	Gases, vapores, humos, metales	8	1,789
Varices y hernia	Trabajo físico pesado, posición incómoda	5	1,937
Cálculo renal	Calor	2	339
TOTAL		16	4,033

Fuente: Encuesta colectiva, SICARTSA. 1985

Aparecen en ocho áreas de trabajo un conjunto de molestias que incluye mareo, náuseas, vómito, desmayo o alguna de éstas. Generalmente están asociadas a la exposición de gases, vapores, humos de metales y conforman un síndrome de intoxicación. Sin embargo, también pueden ser la expresión de una deshidratación

grave, problema de suma importancia en SICARTSA dadas las temperaturas altas en varias áreas de trabajo.

El perfil patológico obtenido a partir de la experiencia obrera permite conocer cuáles son los principales daños y molestias que los obreros experimentan a raíz de su trabajo. De esta manera, de una visión cualitativa y semicuantitativa de los problemas de salud sufridos en SICARTSA, que analizados en su conjunto reflejan, según Cristina Lauralli, un patrón de desgaste que se esperarí a encontrar en un proceso laboral de tipo flujo continuo, pero también existen factores que más bien parecen expresar el desfase tecnológico dentro del proceso. Así destacan los daños y molestias propios de la organización y división del trabajo que caracteriza a este tipo de proceso laboral, es decir, los problemas de tipo psíquico y psicósomático.

Otro de los estudios, es el realizado en Aeronáutica,¹³⁰ el cual tenía como finalidad conocer las condiciones nocivas del ambiente laboral y determinar su relación con las alteraciones en la salud de los trabajadores de los diferentes departamentos de esta empresa en el Distrito Federal. Al mismo tiempo que se proponía formular un reglamento de seguridad e higiene específicamente para proteger la salud de los sindicalizados, por medio de transformaciones pertinentes en condiciones de trabajo.

Todas las actividades de los trabajadores se realizan en tierra y giran alrededor de dos elementos: por un lado, el avión, y, por el otro, los usuarios, sean estos pasajeros o transportes de carga. El proceso de trabajo se organiza por medio de tres áreas: oficinas generales, aeropuerto y mantenimiento.

Debido a las inserciones en el proceso, y a que las actividades que desarrollan y la organización técnica del trabajo son muy diferenciadas en cada una de las tres áreas no es posible hablar de un perfil de riesgos y salud-enfermedad general motivo por el cuál se reportaron los resultados por cada una de las diferentes áreas.

Los riesgos y exigencias más sobresalientes en los trabajadores del área de oficinas generales fueron: los cambios de temperatura, el ritmo, y la responsabilidad excesivas y la monotonía. Entre las manifestaciones o efectos más importantes en los trabajadores están: irritabilidad, nerviosismo, angustia y trastornos de sueño.

En el aeropuerto se encontraron el ruido y los humos como los riesgos más importantes, seguidos por los cambios de temperatura y el esfuerzo físico intenso. Entre las afecciones más notorias se resaltaron: sordera, conjuntivitis, infecciones y otras enfermedades de las vías respiratorias, dolor muscular, cefaleas, irritabilidad y tensión nerviosa.

En el área de mantenimiento; el ruido, las sustancias químicas, los gases, los vapores, el trabajo dinámico y estático y algunos problemas derivados de la organización técnica del trabajo resultaron los más dañinos. En esta área es donde se encontraron molestias y enfermedades más frecuentes y con mayor gravedad, entre éstas se encuentran: algunas enfermedades de los ojos y de las vías respiratorias, problemas de la piel, intoxicaciones, afecciones de los

¹³⁰ Este estudio formó parte de la asesoría que el Centro de Investigación, Capacitación y asesoría en Salud en el Trabajo (CICAST) realizó con el Sindicato Nacional de Técnicos y Trabajadores de Aeronaves de México (SNTAM) entre 1983 y 1984. Citado en: NORIEGA, M., (1989) "Diversas Experiencias de los Trabajadores sobre la Relación entre Trabajo y Salud" NORIEGA, M., (Coordinador) *En Defensa de la Salud de los Trabajadores*, SITUAN, México. p.p.18-19.

músculos y de los huesos, irritabilidad, cefaleas, hipertensión, etc.

Los resultados de estos hallazgos se concretaron: a) en cláusulas de contrato colectivo, b) en una tabla de enfermedades de trabajo, c) en un reglamento de higiene y seguridad y d) en material de difusión para socializar la información.

Otra investigación que cabe señalar es la realizada en DINA, una empresa que produce camiones y en la que confluyen varios procesos de trabajo caracterizados por estar sujetos al tiempo y ritmo de la cadena de montaje.¹³⁹

Los criterios en los cuales esta basada la tipología de las entidades patológicas y el perfil epidemiológico fueron de acuerdo a la línea de causalidad desarrollada por: Sagatovsky, Antipov, Tamberlini y Arauca.

La tipología establecida fue:

1. Gripe, influenza, catarro, rinitis catarral; 2. Amigdalofaringitis; 3. Laringo-traqueo-bronquitis; 4. Otitis; 5. Sinusitis; 6. Patología dental; 7. Tuberculosis de cualquier localización; 8. Gastroenteritis, colitis, enterocolitis, infecciosas y/o parasitarias; 9. Infecciones urinarias; 10. Uña encarnada; 11. Micosis de cualquier localización; 13. Politraumatismo; 14. Trauma de cabeza, cuello y cara; 15. Trauma de tórax; 16. Trauma de abdomen; 17. Trauma de miembros superiores; 18. Trauma de miembros inferiores; 19. Quemaduras de cualquier localización; 20. Miositis, dorsalgias, lumbalgias por posición y/o por esfuerzo; 21. Várices; 22. Parálisis facial; 23. Conjuntivitis; 24. Dermatitis; 25. Embarazo, parto, puerperio; 26. Cefaleas; 27. Gastritis; 28. Colitis; 29. Neurosis de cualquier tipo; 30. Dorsolumbalgias; 31. Artritis y atropatías; 32. Hipertensión arterial; 33. Alteraciones endocrinas; 34. Tumores de cualquier tipo y localización; 35. Trastornos no traumáticos de la visión; 36. Síntomas y estados morbosos mal definidos; 37. Enfermedades venéreas; 38. Trauma de ojos.

De los criterios de clasificación más aceptados se agruparon a los 38 diagnósticos en ocho grupos o tipos patológicos:

I. Enfermedades Infecciosas

1.1 Del Tracto respiratorio. Diagnóstico 1,2,3,5,7.

1.2 Del Tracto gastro-intestinal. Diagnóstico 9.

1.3 Del Tracto genito-urinario. Diagnóstico 10 y 37

1.4 De otra localización. Diagnóstico 4,6,8,11,12 una erisipela y una parotiditis.

II. Entidades Traumáticas. Diagnóstico 13,14,15,16,17,18,19 y 38.

III. Enfermedades relacionadas con posición u/o esfuerzo. Diagnóstico 20, 21.

IV. Enfermedades reactivas a agentes químicos y/o físicos.

Diagnóstico 22,23,24.

V. Enfermedades causadas por posible estrés. Diagnóstico 26,27,28,29 y 30.

VI. Enfermedades Congénitas y degenerativas. Diagnóstico 31,32,34 y 35.

VII. Embarazo, parto y puerperio. Diagnóstico 25.

VIII. Síntomas y estados morbosos mal definidos. Diagnóstico 36.

Señalando que sólo dos de ellos (los denominados en el trabajo como entidades producidas por posible estrés y los producidos por posición y/o esfuerzo «fatiga») que asumieron criterios aún no unificados

¹³⁹ ECHEVERRÍA, M. y otros. (1980) "El Problema de la Salud en DINA". *Cuadernos Políticos* No.26, Era, México. p.p.83-84.

internacionalmente pero que traducen objetivamente la causalidad etiológica de las entidades agrupadas.

Por todo esto, Echeverría y Cols. señalan que existe una clara relación entre la forma como un determinado grupo humano trabaja para producir y reproducirse y la forma como este grupo se enferma.

En 1979, el Sindicato de Telefonistas de la República Mexicana (STRM) promovió una investigación cuyos resultados servirían para argumentar una demanda contractual plasmada en el Convenio del Departamento de Tráfico de la Empresa de Teléfonos de México, S.A. (TELMEX, S.A.) firmado en 1978. Lo que dio lugar a realizar una investigación en 1979 en la cual se pretendió determinar las enfermedades que la Ley Federal del Trabajo no reconoce como profesionales para las operadoras de teléfonos y para establecer las relaciones de dichas enfermedades con sus trabajos específicos.

CUADRO IV

ENFERMEDADES ENCONTRADAS ENTRE LA POBLACION TRABAJADORA DE TELEFONOS DE MEXICO, 1979

PADECIMIENTOS	CASOS	
	Número	%
Dorsolumbalgias	2,944	90.4
Infecciones frecuentes de vías respiratorias superiores	2,229	68.4
Hiperacidéz gástrica	2,035	62.5
Infección en vías urinarias bajas	1,727	53.0
Fatiga Patológica	1,698	52.1
Insuficiencia venosa periférica de miembros inferiores y congestión púlvica	1,399	42.9
Hipertensión arterial	1,380	42.3
Fatiga visual	1,353	41.5
Problemas circulatorios	1,326	40.7

(*) El 100% corresponde al 3,256 que es el total de trabajadoras encuestadas.

Fuente: TANZEL, S., "Una experiencia de lucha por la salud". Sindicato de Trabajadores Telefonistas de la República Mexicana, 1979.

Encontrándose que la mayor incidencia fue de 90.4% para las dorsolumbalgias y la más baja de 40.7% para problemas circulatorios de miembros superiores. Esta distribución pudo ser explicada considerando que los padecimientos mas frecuentes son causados por aquellas condiciones de trabajo más generalizadas, independientemente de las características específicas que presente, en algunos casos el proceso de trabajo.

Por lo anterior Cruz Cervantes (1984), afirmó que a TELMEX no le ha importado que la salud de las trabajadoras sea reducida a niveles inferiores, ya que lo que le interesa es que se mantenga la producción.

Una de las investigaciones más recientes dentro de este campo, es la realizada en Tijuana en 1990, con mujeres que laboran en plantas de ensamble (electrónicas y textil) conocidas como "maquiladoras", para analizar el

*Impacto de las condiciones de trabajo en la salud de las mujeres.*¹³⁰

El principal objetivo de esta investigación fue determinar si la ocupación en la industria maquiladora y las características del ambiente de trabajo tenían efecto favorable o adverso en la salud de las trabajadoras, tomando en cuenta los factores de la comunidad y el espacio doméstico. Así mismo se buscó identificar los factores que permitan predecir el estado de salud de las mujeres, se pretendió también, obtener un perfil del estado de salud, de las conductas de salud y de los estilos de vida de las obreras, identificando áreas de necesidades para futuras intervenciones.

Se consideró la salud de las mujeres como un conjunto integral que consta, al menos, de dos esferas: la física y la psicosocial relacionados con la baja productividad y con la rotación de personal.

Para la realización del estudio se requirió de una muestra de 480 mujeres residentes en Tijuana, con características socioeconómicas similares. Del total, 120 mujeres trabajan en maquiladoras electrónicas; 120 en la industria textil; 120 eran trabajadoras del sector servicios; y otras 120 eran amas de casa y estudiantes sin historia laboral.

Se logró un perfil de salud comparativo, considerando aspectos físicos y psicosociales. Reportándose que el estado de salud de las obreras maquiladoras es mejor que en las mujeres empleadas en servicios y las mujeres que no trabajan.

Se observaron también altos niveles de depresión y poco sentido de control sobre la vida en el grupo de obreras de la maquila. Las obreras de la industria electrónica sufren menos impedimentos funcionales y nerviosismo que las trabajadoras del sector servicios (Ver Figura II).

Situación Ocupacional	Consecuencias en la Salud
- Antigüedad en el Trabajo	1. Impedimentos Funcionales
- Ingreso Semanal	2. Depresión
- Tipo de Trabajo	3. Nerviosismo
- Número de horas trabajadas	4. Sentido de Control sobre su Propia Vida
- Estímulos	
- Seguro Médico	
- Adquisición de nuevas destrezas	
- Autonomía en toma de decisiones	
- Apoyo de colegas	
- Posibilidad de ascenso	
- Sindicalización	
- Satisfacción con el Trabajo	

FIGURA II Relación entre la Situación Ocupacional y las Consecuencias en la Salud de las Obreras Maquiladoras

Con respecto a la salud reproductiva, se encontró que las obreras de las maquilas sí corren mayor riesgo al dar a luz a niños de bajo peso, por lo cual se traducirá en un costo social alto. Por otra parte se hizo evidente que las trabajadoras de la maquila tienden a adoptar conductas que son directamente riesgosas para la vida reproductiva, con el mayor consumo que hacen las obreras de la industria electrónica, de analgésicos y cigarrillos.

¹³⁰ JASIS, M., y GUERRILLAN, S., (1993) "Maquiladoras y mujeres fronterizas: Beneficio o daño a la salud obrera?". *Salud Pública de México*, Vol. 35, No. 6, Noviembre-Diciembre.

Estas investigaciones permiten la sistematización del conocimiento de los procesos de trabajo y análisis desde perspectivas concretas y abstractas como un proceso de producción directa y como generador de valor.

La investigación en salud en el trabajo, concebida como una de las funciones básicas de los profesionales dedicados al estudio de las circunstancias consecuentes de la relación del hombre y su trabajo, contribuye al avance científico, al disponerse de conocimientos profundos sobre la patología generada por el desempeño laboral de carácter epidemiológico, que evalúen la eficiencia y eficacia de las medidas preventivas de salud en el trabajo, de técnicas analíticas de agentes químicos, físicos y biológicos y de tipo social sobre las características en que se realiza el trabajo en un enfoque multi e interdisciplinario de los requerimientos de trabajo y determinación de capacidades del hombre con el propósito de adecuar la actividad laboral al hombre.

De acuerdo con esto, Casalet (1982) establece que el tratamiento de las enfermedades profesionales resume los problemas de desconocimiento de su importancia y burocratización excesiva en el diagnóstico:

- 1) El desconocimiento de las condiciones de trabajo peligrosas implica silenciar, o pasar por alto, las consecuencias graves que éstas provocan en el trabajador, consignando a nivel de estadísticas los casos que realmente son graves e imposibles de ocultar.
- 2) Las estadísticas sobre enfermedades profesionales expresan la indiferencia y falta de registro de factores de insalubridad constantes en las empresas. Las estadísticas de salud en el trabajo de 1992 proporcionadas por el MSS reportan sólo un porcentaje de 1.170, que corresponde a enfermedades profesionales del total de riesgos profesionales.
- 3) La Ley Federal del Trabajo reconoce una tabla de 161 tipos de diferentes enfermedades profesionales, debido a la burocratización y la negociación sobre las mismas por lo que al momento de explicitarlas quedan reducidas a unos pocos casos que no expresan la realidad.

Por lo que cabe señalar que calificar una enfermedad de trabajo, implica seguir todo un proceso de estudio que parte del conocimiento que el profesional de la salud en el trabajo debe tener de la patología, completado con el conocimiento de las condiciones de trabajo y evaluación de las características de exposición a agentes que potencialmente pueden dañar la salud del trabajador.

Uno de los medios fundamentales de lograr los objetivos de programas de salud en el trabajo es la identificación de las condiciones del medio y de los cambios biológicos que anuncian las primeras fases del deterioro de la salud, ya que hay que recordar que las enfermedades de trabajo, en su mayoría, quedan comprendidas dentro del grupo de las crónico-degenerativas, que se caracterizan por un prolongado período de latencia, que da la oportunidad de elaborar su diagnóstico.

Por lo que es importante mencionar que la lucha por defender la salud en el trabajo no es fácil, ya que en ella incurren varias vertientes, por lo que es necesario hacer valer en la práctica las obligaciones de los empresarios y de las instituciones de salud, impulsar los estudios sobre la salud en el trabajo, así como luchar por el reconocimiento de varias enfermedades profesionales que no son calificadas como tal, garantizando con ello la eliminación de las causas que generan esos padecimientos profesionales y establecer su prevención.

2.4 ASPECTOS LEGISLATIVOS EN MATERIA DE SALUD EN EL TRABAJO

La protección del trabajador contra las enfermedades y accidentes de trabajo constituye, en palabras del Preámbulo de su Constitución, una de las tareas de la Organización Internacional del Trabajo, (O.I.T., 1984).

Las innovaciones en materia de métodos del trabajo y progreso técnico han producido una gradual disminución de ciertos riesgos, pero desgraciadamente han agravado otros y originado otros nuevos. Pero el movimiento mundial en pro de la seguridad y la higiene en el trabajo ha entrado en una nueva fase. Ya no sólo se preocupa en eliminar riesgos manifiestos de enfermedades y accidentes, sino que cada vez más tiende a una prevención y a un mejoramiento globales, tomando en consideración tanto riesgos físicos y químicos, como psicosociales de la empresa.

En este nuevo enfoque es esencial una colaboración cada vez más estrecha entre empleadores y trabajadores. Tal tendencia se refleja en la labor de fijación de normas por parte de la O.I.T.

El Convenio y la Recomendación sobre seguridad e higiene y medio ambiente de trabajo, adoptados en 1981, sientan por primera vez, a nivel internacional, las bases de una política nacional que irradia a las empresas. Se requiere introducir un sistema global y coherente de prevención que tome en cuenta la verdadera situación actual del mundo de trabajo y procure cubrir a todos los trabajadores, todos los procesos de trabajo y todas las ramas de actividad.

Actualmente, México cuenta con una diversidad de disposiciones legales sobre higiene y seguridad en el trabajo que se generaron en un proceso de lucha de los trabajadores por el mejoramiento de las condiciones de trabajo y de vida.

La base de todas estas disposiciones está contenida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, misma en la que se asientan las garantías individuales de todo ciudadano.

La Constitución Política contiene un apartado que nos habla del "trabajo y previsión social", del cual se desprenden otras leyes con mayor especificidad en relación al trabajo y las condiciones en las que se desarrolla. Dichas leyes son: la Ley Federal del Trabajo, que es la Ley Reglamentaria del Artículo 123 Constitucional; el Reglamento General de Seguridad e Higiene, que delega en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social la expedición de manuales, instructivos o circulares que sean necesarias para el cumplimiento de dicho reglamento; la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, es considerada como norma suprema del país, que además de contener todo lo relativo al sistema político nacional, a la forma de gobierno, la división de poderes (Ejecutivo, Legislativo y Judicial) prevé también lo referente a las garantías individuales y sociales.

Una de esas garantías sociales, es el derecho al trabajo, que es un derecho social y no una garantía individual.

En el Artículo 123 Constitucional, denominado "Del Trabajo y Previsión Social", el cual textualmente dispone:

"Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de los empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la Ley. El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

siguientes, deberá expedir Leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:

- A.- Entre los obreros, jornaleros, empleados, domésticos y artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo. (Fracciones I a XXXI).
- B.- Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores. (Fracciones I a XIV).

Es importante hacer mención de que del Apartado "A" se derivan la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Seguro Social, la Ley General de Salud; que son aplicables a todos los trabajadores en general; y que del Apartado "B" se derivan, La Ley de Trabajadores al Servicio del Estado o Ley Burocrática, la Ley del ISSSTE; que rigen lo relacionado con el trabajo burocrático.

Principales Disposiciones del Apartado "A" del Artículo 123 Constitucional en Materia de Seguridad e Higiene

"FRACCION XIII. Las empresas, cualquiera que se su actividad, estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores, capacitación o adiestramiento para el trabajo. La Ley Reglamentaria determinará los sistemas, métodos y procedimientos conforme a los cuales los patrones deberán cumplir con dicha obligación.

"FRACCION XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridos con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten, por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las Leyes determinan. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrón contrate el trabajo con un intermediario.

"FRACCION XV. El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como organizar de tal manera éste, para que resulte la mayor garantía en la salud y la vida de los trabajadores y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las Leyes contendrán al efecto, las sanciones procedentes en cada caso.

"FRACCION XXVII. Serán condiciones nulas y no obligarán a los contrayentes, aunque se expresen en el contrato:

- A). Las que estipulen una jornada inhumana por lo notoriamente excesiva, dada la índole del trabajo.
- B). Las que constituyan renuncia hecha por el obrero, de las indemnizaciones a que tenga derecho por accidente de trabajo y enfermedades profesionales, perjuicios ocasionados por el incumplimiento del contrato o por despedirse de la obra.

"FRACCION XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, del servicio de guardería y de cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

**Principales Disposiciones del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional en
Materia de Seguridad e Higiene**

"FRACCION I. La Jornada diaria máxima de trabajo diurna y nocturna será de ocho y siete horas, respectivamente. Las que excedan serán extraordinarias y se pagarán con un ciento por ciento mas de la remuneración fijada para el servicio ordinario. En ningún caso el trabajo extraordinario podrá exceder de tres horas diarias ni de tres veces consecutivas;

"FRACCION XI. La Seguridad Social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

- a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, la vejez y la muerte.
- b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

La Ley Federal del Trabajo fue emitida el año de 1930. Se tienen como antecedentes en materia de legislación laboral, leyes emitidas en los Estados, por ejemplo, en Veracruz es expedida la primera Ley del Trabajo por el General Cándido Aguilar en el año de 1914. Se emiten otras leyes en diferentes Estados; sin embargo, es hasta el año 1917 que se dan las bases nacionales para una Ley Federal del Trabajo. De esta ley, interesa conocer los Títulos Quinto, Quinto Bis y Noveno, ya que son los relacionados con la salud en el trabajo:

Título Quinto y Quinto Bis

Este Título abarca los artículos 164 al 172 y hace énfasis en la salud de las mujeres trabajadoras y del producto, ya sea en estado de gestación o lactancia. Se define también en este título, lo que se entiende por labores insalubres o peligrosas, las cuales serán las que, "por la naturaleza del trabajo, por las condiciones físicas, químicas y biológicas del medio en que se presta, o por la composición de la materia prima que se utilice, son capaces de actuar sobre la vida y la salud física y mental de la mujer en estado de gestación, o del producto". Sin embargo de la existencia de esta definición, la misma ley propone su límite, pues a través de los reglamentos que se expidan que se dirá cuáles son los trabajos comprendidos en esta modalidad.

Corresponde al Artículo 170 referir los derechos de las madres trabajadoras; primero, durante el periodo de embarazo para evitar cualquier peligro en relación con la gestación y cualquier otros riesgos que pueda alterar su estado psíquico o nerviosos. Tendrán también derecho a un descanso de seis semanas antes y seis semanas posteriores al parto, con posibilidad de prorrogarse a causa del embarazo o parto, en este caso se tendrá derecho (por prórroga al 50% del salario por un periodo no mayor de 60 días. Se tiene derecho a dos periodos de descanso extraordinario para la lactancia. Igualmente la madre trabajadora tiene derecho a regresar a su puesto que desempeñaba y a que se le computen en su antigüedad los periodos de descanso.

Por otro lado, en el título quinto bis se reglamenta el trabajo de los menores de edad.

Título Noveno

En este apartado se definen los accidentes y las enfermedades que son producidas por el trabajo y se regulan las consecuencias de los mismos y las formas de solucionarlos legalmente.

ARTICULO 473. *Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.*

Cabe resaltar que el concepto de accidente y enfermedad del trabajo no se circunscribe a que se desarrolle en el centro laboral, sino se incluyen otros espacios y riesgos a los que nos exponemos por motivo del trabajo pero que no necesariamente se encuentran dentro del lugar donde desempeñamos nuestras labores. Por ejemplo, si en el traslado del hogar al centro laboral o de éste al hogar sufrimos un accidente o una enfermedad éstos serán considerados como de trabajo (Delgado, 1989).

ARTICULO 474. *Accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivos del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y 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.*

Es importante señalar la importancia de levantar un acta ante el más leve accidente sufrido, puesto que muchas veces, las consecuencias aparecen tiempo después, y si no se levanta el acta oportunamente no existe el antecedente y será más difícil su reconocimiento. Por otro lado si se revisan las actas levantadas se puede observar claramente la cantidad de accidentes que ocurren, tanto en los diferentes departamentos como en el centro de trabajo en general y con ello determinar las principales causas que los están produciendo.

ARTICULO 475. *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.*

ARTICULO 476. *Serán consignadas en todo caso enfermedades de trabajo las consignadas en la Tabla del Artículo 513 de ésta Ley.*

Aquellas enfermedades que se hayan adquirido en el trabajo y que no estén comprendidas en la mencionada tabla, le corresponde al trabajador probar que las adquirió en el trabajo con motivo del mismo.

Así como la existencia de una tabla de enfermedades de trabajo en la Ley Federal del Trabajo presupone la profesionalidad de estas enfermedades, la existencia de una tabla similar, pero en un contrato colectivo de trabajo, indica un reconocimiento de los elementos nocivos que se presentan en el centro laboral y una posibilidad para solucionarlos. Además si se considera el continuo avance de los procesos productivos y con ello la introducción tanto de nuevos factores de riesgo como nuevas exigencias, la inclusión de esta tabla en el contrato, dará la posibilidad de ir aumentando en ésta nuevas enfermedades de trabajo que no estén todavía reconocidas por la ley, como lo es el caso de las psicostorornos

y demás alteraciones psíquicas no reconocidas como enfermedades de trabajo.

Los accidentes y enfermedades de trabajo cuando se consuman, pueden ser causa de incapacidad o muerte. En cuanto a las incapacidades la Ley Federal del Trabajo establece (Del Artículo 477 al 489).

En este mismo título de la Ley Federal del Trabajo quedan incorporados del artículo 500 al 503 en donde se reglamenta la indemnización a los familiares en caso de muerte del trabajador.

Cabe señalar que la Ley Federal del Trabajo reconoce en general 161 enfermedades ocupacionales (Artículo 513). Considerando éstas, únicamente a aquellas relacionadas solo con el fenómeno biológico que ocurre en el individuo y padecimientos derivados de los agentes físicos o químicos involucrados en el proceso de trabajo técnico, en el que los obreros tienen contacto directo con este tipo de agentes. No toma en cuenta que la enfermedad posee además del carácter biológico, un carácter social.

Por lo que en el Artículo 153 de la Ley Federal del Trabajo se reconoce a la neurosis como enfermedad de trabajo entre los pilotos aviadores, telefonistas y "otras actividades" aunque en ningún lugar se sugiere cuáles son esas otras actividades.

REGLAMENTO GENERAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

El aumento de los riesgos de trabajo en los últimos años, hace necesario la incorporación de un nuevo reglamento de seguridad que actualizará las medidas para la prevención de accidentes y enfermedades, anteriormente se contaba con algunos reglamentos como el de Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo, el de Higiene de Trabajo, entre otros; los cuales fueron derogados para entrar en vigor el Reglamento General de seguridad e Higiene en el Trabajo, expedido por el poder Ejecutivo Federal y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de Junio de 1978.

Los objetivos fundamentales son: prevenir los riesgos de trabajo; promover el mayor empleo de la medicina y de la ingeniería especializada en este campo, elevar el nivel de seguridad e higiene en grandes empresas, así como también en los pequeños centros de trabajo, en donde quienes laboran, se encuentran igualmente expuestos a sufrir accidentes o contraer enfermedades.

Dicho reglamento se compone de una serie de títulos que contienen medidas específicas para la observación de la seguridad e higiene tanto de los locales como de los materiales que se usan en los centros de trabajo; medidas de protección general y personal, aspectos del ambiente de trabajo y de los medios de producción.

Se menciona también la conformación y funcionamiento de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene. Estas comisiones estarán integradas por igual número de representantes obreros y patronales y su función será permanente. Se establece también que el número de comisiones de seguridad e higiene dependerá de los siguientes factores:

- a. Número de Trabajadores
- b. Peligrosidad de las Labores
- c. Ubicación del Centro de Trabajo
- d. Las Divisiones, Plantas, Unidades de que se componga la Empresa
- e. Las Formas o Procesos de Trabajo
- f. El Número de Turnos de Trabajo

Entre las funciones asignadas a estas comisiones están la investigación de las causas de accidentes y enfermedades de trabajo y la promoción de medidas preventivas que sean necesarias. Así también les corresponde cuidar el cumplimiento de las disposiciones del Reglamento de Seguridad e Higiene.

Se establece también que, los recorridos que debe realizar dicha Comisión dentro de la empresa se harán como mínimo una vez al mes. Sin embargo, se asienta que a la Comisión Mixta le corresponde hacer los recorridos que juzgue necesarios dependiendo de la peligrosidad de cada lugar de trabajo. En cada recorrido se levantará un acta a fin de asentar los hechos y las conclusiones respectivas. Se encargaran también de promover que los trabajadores conozcan tanto los riesgos ocurridos como el material necesario sobre higiene y seguridad (instructivos, circulares, avisos, etc.).

Recientemente la Secretaría del Trabajo y Previsión Social ha creado un nuevo sistema de normatización en Seguridad e Higiene y Medio Ambiente Laboral; la Norma Oficial Mexicana (NOM).

La Norma Oficial Mexicana es la regulación que contienen características o especificaciones que deben cumplir aquellos productos, procesos y servicios cuando éstos pueden constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana, animal o vegetal, el medio ambiente o causar daños en la preservación de nuestros recursos naturales.

Las Normas Oficiales mexicanas en Materia de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente Laboral son emitidas por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 40 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

El campo de aplicación de la Norma Oficial Mexicana se encuentra relacionado con:

SEGURIDAD EN EL TRABAJO

- * Instalaciones
- * Maquinaria
- * Almacenamiento de Materiales
- * Protección para incendiarios
- * Energía
- * Métodos de Protección al Trabajador
- * Organización Preventiva

HIGIENE INDUSTRIAL

- * Ruido y Vibraciones
- * Temperatura y Humedad
- * Iluminación
- * Ventilaciones
- * Radiaciones
- * Presión
- * Químicos

MEDIO AMBIENTE LABORAL

- * Evaluación de los Centros de Trabajo
- * Valores Permisibles de Exposición
- * Métodos de Muestreo y Análisis

LEY DEL SEGURO SOCIAL

Esta Ley se desprende directamente de la Fracción XXIX Apartado "A" del Artículo 123 Constitucional declarándose su expedición como de interés público. Si embargo no es sino hasta 1943 que entra en vigor esta Ley.

TITULO PRIMERO "Disposiciones Generales"

ARTICULO 2. La Seguridad Social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para su bienestar individual y colectivo.

ARTICULO 6. El Seguro Social comprende:

- I. El Régimen Obligatorio, y
- II. El Régimen Voluntario.

TITULO SEGUNDO "Del Régimen Obligatorio del Seguro Social"

Artículos: 11, 48, 49, 50, 51, 58 59, 62 y 63

En relación a la prevención de los riesgos de trabajo, está Ley establece los Artículos: 88, 89, 90 y 91.

LEY DEL ISSSTE

Al igual que la Ley del Seguro Social, la Ley del ISSSTE es considerada de interés social y su observancia es para toda la República, aplicándose a los trabajadores incluidos en el apartado "B" del Artículo 123 Constitucional.

TITULO PRIMERO "De las Disposiciones Generales"

ARTICULO 2. La Seguridad Social de los trabajadores comprende:

- I. Régimen Obligatorio
- II. Régimen Voluntario

TITULO SEGUNDO "Del Régimen Obligatorio"

CAPITULO IV "Seguro de Riesgos del Trabajo"

Artículos: 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 46 y 47.

LEY GENERAL DE SALUD

La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial el 7 de Febrero de 1984, También contempla el derecho a la protección de la salud de los trabajadores y es materia de salubridad general la salud ocupacional, término que se equipará al de medicina del trabajo, y que actualmente se maneja como salud en el trabajo.

Dicha Ley en su Capítulo V, señala que el trabajo, por lo que a la protección de salud se refiere debe ajustarse a las normas de las autoridades sanitarias; existen otras disposiciones, como el Artículo 165, donde se señala que los servicios de salud que proporcionen las instituciones de seguridad social con motivo de riesgos de trabajo se regirán por sus propias leyes.

Sin embargo, a pesar de existir las medidas legales presentadas anteriormente en relación a la prevención, protección y atención de las enfermedades y accidentes laborales, es necesario hacer hincapié que ninguno hace referencia a las medidas preventivas ni de atención a la integridad psíquica del trabajador, y por consiguiente a los psicostornos que los trabajadores padecen como consecuencia de la actividad laboral que realizan.

Esto se debe principalmente a la poca difusión y reconocimiento de psicostornos tanto a nivel individual, como a nivel social, ya que únicamente se reconocen al estrés, la fatiga y a las neurosis; está última considerada como enfermedad de trabajo, aunque en términos muy restringidos, debido a que sólo es reconocida en algunas actividades.

Por todo esto, es importante señalar que el reconocimiento social de los psicostornos, al igual que la atención que debe prestarse ante la presencia y la prevención de los mismos, es tarea de los profesionales encargados de la salud en el trabajo y principalmente de los psicólogos, ya que son ellos, quienes tienen las habilidades para detectar y atender los problemas psicológicos del individuo dentro del ambiente laboral, así como las repercusiones de estos problemas a nivel individual y colectivo.

LA SALUD MENTAL Y SU RELACION CON EL TRABAJO

J.1 LA SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

Hablar de la "salud mental" en el trabajo, es referirse a la relación que existe entre las condiciones de trabajo y de vida del trabajador, su subjetividad, comportamiento o conducta frente a ellas. Hablar de los aspectos particulares de la relación salud mental y trabajo es necesario especificar qué es lo que se ha entendido generalmente por "enfermedad mental".

En la historia de la humanidad, el fenómeno de la salud mental ha sido objeto de diversas explicaciones, ya que durante mucho tiempo fue considerada un fenómeno sobrenatural o demoníaco.

Lo que al hombre primitivo le preocupaba del comportamiento era la desviación de las conductas establecidas, o sea, cualquier divergencia de las normas prevalecientes. Como tal desviación no era entendida se consideraba como comitante y aterradora, (Cowan, 1985).

Los historiadores de la Salud Mental (Hobbs en 1964; Zax y Cowen en 1976; Prevention Task Panel Report en 1978, entre otros)¹³¹ están de acuerdo en que han ocurrido hasta ahora tres revoluciones capitales en salud mental. La primera en 1972, impulsada por las preocupaciones humanitarias de Phillippe Pinel en Francia: "eliminar las cadenas que sujetaban a los dementes en los fétidos calabozos de París". La segunda a principios de este siglo, fue el señalamiento hecho por Freud, de continuidades en el pensamiento humano y la conducta entre los cuerdos y los dementes, entre niños y adultos, entre el mundo de la realidad y el onírico. La tercera revolución, que comenzó muy recientemente, es la llamada Revolución de la Salud Mental Comunitaria, mediante la cual la gente que sufre necesidades psicológicas puede encontrar la ayuda apropiada dentro de un solo campo, y para una vasta gama de problemas psicológicos, (Cowan, 1985).

Es común referirse a fenómenos como "enfermedad mental", "locura", "problemas psicológicos" etc., sin embargo Gómez y Sandoval (1989) reportan que no para todos esta claro a qué se hace referencia cuando se habla de estos conceptos.

En el conjunto de los trabajadores, así como en la generalidad de las personas, existe un rechazo o temor a reconocer que tienen un problema psicológico por lo que al hablar de trastornos mentales es necesario explicar lo que se entiende por mente. En primer lugar lo que llamamos "mente" puede también ser conocido como psique o subjetividad. La mente, psique o subjetividad no es un órgano como lo es el corazón o el cerebro, la psique es una función del hombre que tiene como base material al cerebro, pero no es lo mismo que éste; ya que la mente o psique es la combinación o unión de dos "áreas" distintas, las ideas o pensamientos y las emociones, (Gómez y Sandoval, 1989).

Desde el reconocimiento de la "enfermedad mental" como un problema "natural", los criterios para determinar el estado de salud o "enfermedad mental" de los individuos más que científicos se convirtieron en criterios biológicos y valorativos.

¹³¹ Citados en: COWEN, E. (1985) "El Medio Comunitario" FELDMAN Ph., y OXFORD, J., *Prevención y Solución de Problemas Psicológicos aplicando la Psicología Social*, Editorial Limusa, México. p.p. 399-408.

Por ello, la psicología tuvo que imponer términos menos comprometidos con el medicalismo y reemplazar algunos por otros menos ostentosos, como en el caso del incierto "salud mental", quizá reemplazable por el de integridad psíquica o mental. La integridad de la mente no es una cuestión de salud, sino de comportamiento, de relacionalidad; y esto no es, a su vez, cuestión ni exclusiva ni predominantemente biológica, natural o médica.¹³²

Durante mucho tiempo, la psicología ha albergado la especialización de las llamadas "enfermedades mentales", motivo por el cual dicha ciencia se ha comprometido con la problemática que se suscita dentro del ámbito laboral en relación al proceso salud-enfermedad. A este respecto, Gómez (1993) señala que incluso dentro de la psicología del trabajo o industrial, apenas se han enfocado las condiciones de existencia del medio ambiente de trabajo, y se ha dejado de lado la existencia de "enfermedades" psíquicas, o aquello que desde una deformación conceptual se denomina "enfermedad conductual".

Sin embargo se ha logrado establecer que los trastornos psíquicos relacionados con la actividad laboral de los sujetos forma parte de un vasto territorio de degradación de la integridad humana denominado como lo menciona Gómez: enfermedades "de la civilización" o específicamente humanas.

El tema de la "salud mental" es un tema de controversia y preocupación dentro del campo psicológico, ya que ha predominado una versión simplista y superficial para denominar dicho término:

"...estado sometido a las fluctuaciones debidas a factores biológicos y sociales, que permite al individuo realizar una síntesis satisfactoria de sus impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; formar y mantener relaciones armónicas con los demás y participar en cambios constructivos en un medio físico y social."¹³³

Matrajt (1984) por su parte, considera que la salud mental ocupacional es un sector del campo general de la salud, definiendo a la salud mental a partir de la consideración de dos conceptos: normalidad y adaptación, que aparecen como sinónimos de salud en buena parte en los tratados existentes sobre la materia. La normalidad es un concepto meramente estadístico, y se refiere específicamente a un promedio numérico en relación a un universo dado, como lo señala también Sandoval, (1990), al establecer que aquellos sujetos que se encuentran dentro de la norma estadística serán los "normales" o "sanos", según los valores que imperan en una cultura sobre el "buen" y "mal" comportamiento social; y los que no respeten o queden fuera de los valores o normas establecidos serán casos típicos de anormalidad o "enfermedad". La adaptación es un concepto importado de la biología, y que tiene en el campo de la salud mental una connotación ideológico-política. En realidad el concepto de adaptación es una suerte de desarrollo y traducción a otro nivel del concepto de normalidad, e ideológicamente ambos implican identificar sano con sometido ("adaptado") a las condiciones dadas de una determinada estructura social, condiciones que están pautadas desde el sector o clase dominante de esa estructura social.

¹³² GÓMEZ, G., (1993) "Consideraciones sobre los Psicotrastornos y el Trabajo" *Psicología y Sociedad* 17/18 Universidad Autónoma de Querétaro, México. p.p.18-31.

¹³³ "Crónica OMS 1980 4 9 392" Citado en GÓMEZ, G., (1993) "Consideraciones sobre los Psicotrastornos y el Trabajo" *Psicología y Sociedad* 17/18, Universidad Autónoma de Querétaro, México. p.p.18-31.

Roger Bastide (1983) hace referencia a este tema, cuando dice:

"El comportamiento anormal es el que se "desvía" de la norma, es decir, de la tendencia central de una población, de un comportamiento general de los hombres de un grupo; lo normal, al contrario, es lo que prevalece en un momento dado, el comportamiento más común, el más usual es el que alcanza los más altos porcentajes de presencia".¹³⁴

Por su parte, Berlinguer (1977) responde que cada uno de nosotros tiene entonces una mayor probabilidad de ser considerado "enfermo mental", y quizás internado en un manicomio, ya que las divergencias en materia de diagnóstico derivan de la mayor a la menor capacidad científica del médico, de los inciertos límites entre "sano" y "enfermo".

Designar como "enfermedad" a cualquier anomalía o alteración del comportamiento o de la subjetividad, es validar las posturas biológicas que abordan la personalidad alterada y es a la vez una exageración conceptual del mismo tamaño que el naturalismo sociológico que habla de los conflictos y antagonismos de la sociedad como "enfermedades sociales" o disfunciones del "organismo social".¹³⁵

En el terreno de lo psicológico también se encuentran explicaciones acerca de la salud y la "enfermedad mental"; entre las predominantes están las interpretaciones psicológicas, como la del psicoanálisis, en muchas de sus variantes, las cuales enuncian que los estados de alteración psíquica son producto de los eventos ocurridos en la infancia de los individuos que quedan "grabados" en el inconsciente, expresándose como patologías en momentos de la adultez. Para esta visión del problema de los eventos presentes de la historia de los individuos, cuando más, sólo pueden ser considerados como "disparadores" de la enfermedad mental de una u otra forma "latente" en el "inconsciente".

Por su parte, Sandoval, (1990) señala que en términos precisos, al hablar de enfermedad mental, se tendría que hacerse referencia necesariamente a la existencia de un daño biológico localizado ya en el encéfalo, debido a algún traumatismo en la corteza y a alteraciones bioquímicas en los neurotransmisores, o a errores genéticos por agentes morfogénicos en el Sistema Nervioso Central. Sin embargo, ante la falta de evidencia de estas condiciones sería incorrecto utilizar el concepto "salud mental".

En relación a esto, Thomas Szasz (1986) afirma que:

"... hablando en forma estricta, la enfermedad es algo que puede afectar al cuerpo: El cuerpo humano o el del animal o incluso la estructura de las plantas o de organismos microcelulares. Pero por definición, la enfermedad no puede afectar la "mente".¹³⁶

Para Giovanni Jervis la "realidad", la "mente" o "psique" no es un objeto que pueda ser sometido a terapia, como el hígado o la sangre. Mente es una metáfora animista que indica algunas de las funciones operativas del individuo (y en especial la inteligencia, la afectividad y la conciencia de sí mismo); estas funciones sirven para mantener las relaciones más complejas con las otras

¹³⁴ BASTIDE, R., (1983) *Sociología de las Enfermedades Mentales*, Siglo XXI Editores, México, p.93

¹³⁵ GOMEZ, G., ... Op. Cit.

¹³⁶ SZASZ, T., (1986) "El Mito de la Enfermedad Mental" En: *Amo, Locura y Sociedad*, Siglo XXI Editores, México, p.93.

personas y con el mundo exterior. La mente es una de las funciones de un órgano preciso, el cerebro. A partir de ahí, volviendo una vez a la ideología médica, se supone que en los trastornos mentales es el cerebro lo que debe ser tratado; pero una vez más no es así, en la gran mayoría de los casos no sólo el cerebro no demuestra ninguna alteración, sino que tampoco parece que deba ser considerado un órgano que funcione mal, y por tanto directamente imputable de las dificultades del individuo".¹³⁷

En el DSM-III-R cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbado o deterioro, en una o más áreas principales del funcionamiento. Además hay que inferir que se trata de una disfunción biológica, psicológica o conductual, y que esta alteración no solo esta referida a la relación entre el individuo y la sociedad. Por tanto la versión final del DSM-III-R es sólo un marco de referencia circunstancial que permite avanzar en la mejor comprensión de los trastornos mentales.

Para Pichón Rivière la Salud Mental es "la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social".¹³⁸

Matrajt (1984) menciona que el concepto de salud mental está ligado también a las potencialidades del sujeto; es decir, un sujeto es sano en la medida que desarrolle plenamente sus actividades (capacidad de conocerse y conocer el medio que lo rodea, de criticar y autocriticar, de pensar, de sentir y expresar su sentimiento y pensamiento en un marco de respeto y crítica, la capacidad de gozar y la capacidad de crear). Por lo que define a la salud mental como "la plena capacidad de producir, de amar, de gozar, de comunicarse, de crear, de imaginar, de cuestionar, de autocriticarse y de impulsar cambios transformadores en el mundo circundante. La salud mental es una integración dialéctica al entorno dinámico. Es un transformar y transformarse, produciendo ordenes de fenómenos y ritmos totalmente novedosos en la historia de la naturaleza".¹³⁹

Diferentes criterios pueden usarse para definir salud-enfermedad mental: estadístico, funcional, valorativo o moral, operativo. Para Peplau (1970), así se define:

"A) como la ausencia de la dolencia llamada enfermedad mental; B) como el polo positivo de un proceso continuo cuyo polo opuesto es la enfermedad; C) como cualidades personales observables, tales como capacidad intelectual e interpersonal (social), compatibles con la edad y dotes naturales que faltan en el enfermo mental; D) como una conducta social de adaptación manifestada en una familia sana que vive en una sociedad "sana". E) como habilidades definidas

¹³⁷ JERVIS, G., (1977) *Manual Crítico de Psiquiatría*. Editorial Anagrama, Colección Elementos Críticos 10, Barcelona. p.p.81-85.

¹³⁸ PICHON RIVIERE, F., (1971) "Instrucciones de Salud Mental en la Argentina", en Los Libros, Buenos Aires. Citado en: BERNANN, S., (1993) "El estudio de la Salud Mental en relación con el Trabajo" LAURELL, C., (Coordinadora) *Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores*. Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000 No.3, Organización Panamericana de la Salud. p.198.

¹³⁹ MATRAJ, M., (1987) *Las Enfermedades Mentales en la República Mexicana*. Ediciones Taller Abierto, México.

mediante conceptos de eficacia, lucha y capacidad de relación social, considerando la salud mental como lo opuesto a incapacidad, resignación, desesperación y egocentrismo¹⁴⁰.

Bermann (1993) por su parte, señala que el término de salud o "enfermedad mental" implica un análisis y conocimiento de la estructura social, de los variados determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad y el estímulo de participación popular en todos los momentos del proceso: planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud mental.

Para evitar confusiones al hablar de términos propios de la psicología y psiquiatría, Gómez y Sandoval (1989) proponen que los trastornos como la ansiedad, la depresión, los trastornos psicodramáticos entre muchos otros, sean llamados psicotrastornos; ya que todo aquello que solemos llamar "enfermedad mental" es un psicotrastorno, pero no todos los psicotrastornos son enfermedades mentales. Por lo que al utilizar el término psicotrastornos, psicoalteración o alteración psíquica o mental es hacer referencia al fenómeno de la "enfermedad mental".

Al hacer uso de este término, replanteamos esa terminología biológica, naturalista y medicalista utilizada para designar a las alteraciones en la subjetividad, mente o psique, además al reemplazar el término "salud mental" por el de psicotrastornos, daremos una concepción más clara y explicativa de lo que son las alteraciones psicológicas y delimitar con ello el campo de trabajo de la psicología, debido a que al utilizar términos tan abstractos como el de salud mental, el campo de acción de dicho proceso dependerá de las posturas teóricas a que se haga referencia.

Es importante mencionar también que el hombre es una totalidad que existe en interacción continua con el ambiente personal e impersonal que lo rodea, pero el acontecer psíquico debe ser aprendido en los distintos niveles: biológico, psíquico y social; ya que cualquier proceso psíquico, normal o anormal, presupone una modificación en el organismo (Bermann, 1993).

Al existir una crisis económica y social se manifiestan como consecuencia, profundas repercusiones en el estado general de salud, y de forma más clara en la Salud Mental (Seligmann, 1986).

Berlinger (1977) señala que los hombres frenan el desarrollo en los países cuyos recursos parecen prometer un porvenir maravilloso y que es el mismo hombre quien puede frenar el desarrollo con su estado somático deficitario, pero también en igual medida, con alteraciones psicológicas perniciosas, es decir, con desequilibrios en la salud mental.

En base a lo revisado en capítulos anteriores, se puede decir que la organización del proceso de trabajo así como las condiciones de trabajo forman parte importante en la manifestación de alteraciones psíquicas y enfermedades físicas en los trabajadores en una proporción por encima del término medio de la población general.

A este respecto, Gómez, (1982) establece que no es nada nuevo el establecer que el hombre se encuentre aislado por mil y una calamidades como el ruido, la contaminación, la agresividad física, la mecanización etc.; hechos que

¹⁴⁰ PEPLAU, H. (1970) "Preparación y Funciones de los Equipos de Salud Mental Comunitaria" Servicios Psiquiátricos y Salud Mental, Washington, D.P.S. Citado en: BERMAN, S., (1993) "El Estudio de la Salud Mental en Relación con el Trabajo" LAURELL, C., (Coordinadora) Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores. Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000, No.3. Organización Panamericana de la Salud. p.p.199-200.

se encuentran inherentes a la sociedad, generando con ello un aumento en las patologías diversas, principalmente las llamadas enfermedades de la "civilización" y entre las que se incluyen las llamadas enfermedades "mentales" o "psicológicas". Por lo que para valorar la dimensión justa de la integridad psíquica en el trabajo y dar atención y solución correctas a las causas que la determinan, debe partirse del conocimiento y análisis científico de las condiciones de trabajo y de vida que constituyen el contorno social del trabajador, (Fernández, 1986).

Bastide (1983) señala que existen tres momentos dentro del campo de la medicina en que se ha estudiado la relación que existe entre los trastornos mentales y las profesiones:

1. En primer lugar Romer y Stern afirmaron que el mínimo de la curva de los trastornos mentales en relación a las profesiones se situaba en la categoría de los agricultores y el máximo en las profesiones liberales; sin dejar de considerar las variaciones individuales que a menudo impiden que se encuentre un mismo tipo de comportamiento dentro de un mismo grupo, empleados de oficina, educadores, obreros, etc., y los fenómenos patológicos puedan ser determinados por estos elementos comunes más que por elementos individuales; según 600 observaciones clínicas realizadas por Mira, las toxicomanías dominan entre los intelectuales y los artistas, la esquizofrenia entre estudiantes de filosofía y teología, los delirios de persecución entre los agentes de policía, los rasgos epilépticos entre las domésticas, las neurastenias entre telegrafistas, las tendencias homosexuales inconscientes entre los peluqueros, los cocineros y los sastres; y las neurosis entre las enfermeras, las institutrices, las asistentes sociales y las puericultoras. Para Mira hay dos explicaciones posibles a esta selección de patología según los oficios, en ciertos casos hay una especie de preselección, con anterioridad de la psicosis en relación con la profesión, que habría sido escogida justamente de conformidad con la constitución patológica. En otros casos hay una acción directa de la profesión sobre el comportamiento y las actitudes, como en el caso de los peluqueros o de las puericultoras; el oficio es entonces factor de morbilidad.¹⁴¹

2. En un segundo momento, se interpretan las tasas de morbilidad mental según las profesiones. Se podría incriminar concretamente a dos factores: el salario o ingreso y el prestigio. Para discernir el papel de estos dos factores, sería preciso naturalmente, comparar profesiones que gozen de estatutos diferentes, siendo análogos sus ingresos o bien profesiones de nivel económico diferente, pero que disfruten del mismo estatuto social.

Frumkin¹⁴² por su parte advierte:

a) Que las concentraciones más fuertes de trastornos mentales y de psicosis aparecen en las profesiones de más bajo estatuto social, y la más débiles entre personas que gozan de un alto estatuto en la sociedad y que tienen puestos de dirección.

b) Que es para los varones para quienes la categoría profesional tiene más importancia, porque para la mujer las frustraciones debidas al oficio se compensan por sus papeles de esposa o de madre.

¹⁴¹ MIRA, E., "Le role des conditions sociales dans la genese des troubles mentaux" Citado en BASTIDE, R., (1983) *Sociología de las Enfermedades Mentales*, Siglo XXI Editores, México. p.176.

¹⁴² Citado en: BASTIDE, R., (1983) *Sociología de las Enfermedades Mentales*, Siglo XXI Editores, México. p.180.

3. Finalmente, al mismo tiempo que se desarrollaba la sociología industrial se creaba una psiquiatría industrial. Siguen siendo las categorías profesionales las que se correlacionan con los trastornos de comportamiento, pero esta vez dentro de un mundo que las integra, el de la industria. Con la constitución de esta nueva forma de pensamiento, el interés pasa de las psicosis a las neurosis; siendo las primeras de estas neurosis las de los directores, que adoptan casi siempre un carácter psicósomático, en que los trastornos psíquicos se complian o se simbolizan mediante síndromes cardiovasculares. En cuanto a los obreros adoptan formas múltiples, en relación con la diversidad de los problemas a los que tienen que hacer frente la clase obrera.

Sin embargo cabe señalar que a pesar de establecerse desde años atrás la relación entre el trabajo y los trastornos psíquicos, la integridad mental en el Trabajo es uno de los nuevos campos de estudio, debido principalmente a la complejidad de interdisciplinas que envuelven a este proceso. Seligmann (1986) señala que este nuevo campo deberá asumir cada vez mayor importancia para los profesionistas de la salud y de la producción, así como para las organizaciones de los trabajadores que buscan mejores condiciones de trabajo.

De hecho, con frecuencia se llega a aceptar como un signo positivo de integridad psíquica, el hecho de que un operario trabaja con eficiencia y responsabilidad, sin tomar en cuenta las condiciones concretas en las que cumple su trabajo, las cuales son generadoras de patología física y alteraciones psicológicas; cuando resulta obvio que en tales casos no existe ese signo positivo, sino que una de las primeras recomendaciones que el profesional de la salud mental debería proponer a su paciente, como vía para preservar su integridad psíquica, habría de ser el abandono de su trabajo (Córdova y Ortiz, 1979).

Sin embargo esto es aplicable a las condiciones reales de trabajo, ya que en primer lugar, el que un hombre cumpla al pie de la letra con las indicaciones establecidas por la empresa no quiere decir que su integridad psíquica se encuentre al 100%, y en segundo lugar porque la población trabajadora no reconoce que dichos padecimientos sean consecuencia de las inadecuadas condiciones laborales y la propia organización del trabajo.

El plantearse una nueva construcción en relación a la integridad psíquica del individuo dentro del campo laboral es un gran desafío, ya que la medicina del trabajo tradicional parte de la consideración de la enfermedad profesional; a determinada causa, determinada afección. Por su parte el enfoque psiquiátrico clásico se estructura alrededor del problema de la enfermedad mental; ambas concepciones han dado lugar al paso desapercibido de la vida en la fábrica, en el hogar, de las alternativas de la cadena de montaje, de los turnos rotativos, de la monotonía e insatisfacción, del hastío burocrático, del empobrecimiento y alienación crecientes, salvo aquella pequeña y feliz porción de los seres humanos que encuentran en su actividad placer y realización, (Bermann, 1993).

A este respecto cabe señalar que es muy común aceptar la existencia de enfermedades "mentales" como la neurosis y la fatiga; trastornos psicológicos del hombre urbano, lo que virtualmente ha dado lugar a hacer caso omiso de los demás trastornos psíquicos del trabajador, inducida por las condiciones de trabajo. Esto último debido a que establecer dicha relación obliga a replantear conceptos como el de enajenación, "salud mental" y su contraparte, la "enfermedad mental", así como el de naturaleza humana, entre otros.

El análisis del proceso de trabajo en relación a la integridad psíquica ayudará a comprender de forma integral los problemas que se suscitan en los centros laborales, así como sus consecuencias sobre las relaciones humanas del

trabajador como clase. A este respecto Cristina Laurell (1978), señala que el concepto de "proceso de trabajo" permite el análisis a diferentes niveles de abstracción: como proceso de trabajo en general, como proceso de trabajo de determinado modo de producción, como proceso de trabajo de determinada formación social y como un proceso de trabajo concreto.¹⁴³

La Oficina Internacional del Trabajo (1984) y Gómez, López y Morroy, (1987) señalan que, desde el punto de vista psicológico, existe una amplia gama de factores que intervienen en la conducta del trabajador, "factores psicosociales", que consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades y su cultura, todo lo cual a través de percepciones y experiencias pueden influir en la salud, el rendimiento y satisfacción en el trabajo.

Existen investigaciones que han estudiado la relación entre "salud mental" y trabajo. Uno de los primeros intentos por encarar razonablemente esta cuestión lo llevó a cabo el grupo de consulta de psicopatología del trabajo ELAN, del cuál comenta el tratadista Paul Sivadón: "Este grupo examina al trabajador ya no sólo como un organismo aislado sino como una persona encuadrada en una doble red de relaciones, profesionales y familiares. Contempla su inserción en el medio de trabajo en función de su historia pasada y de sus aspiraciones".¹⁴⁴

Otro ejemplo, es el realizado por los trabajadores de Frazer en donde se encontró que el 7,1% de los trabajadores hombres y el 13% de las mujeres presentaban una evidente neurosis y que el 19,2% de los hombres y el 23% de las mujeres padecían trastornos neuróticos menores, así como cuadros psicósomáticos. Cifras que coinciden con las reportadas por el holandés Alphen de Veer, quien en la fábrica de Philips encontró un porcentaje de neurosis del 30 al 40%. En 1951 Doll y Jones¹⁴⁵ establecieron que muchos trastornos psiquiátricos están relacionados con las condiciones de trabajo, en particular los de tipo psicósomático: hipertensión arterial, úlceras y enfermedades cardíacas.

Por su parte, Haward en 1967, notó que el estado emocional de los pilotos era un contribuidor primario a los accidentes. Las emociones (principalmente estrés y fatiga) incrementaron la posibilidad de: a) la disminución de la conciencia a causa de la combinación de factores fisiológicos y emocionales y b) vértigo, lo que puede ocurrir por razones psicológicas o por una combinación de estrés físico y mental. Sin embargo, posteriormente estableció que la emoción o el estrés puede no causar los accidentes, sino que el cúmulo de estrés impuesto por la situación de vuelo sirve para interferir el funcionamiento humano normal de una manera tal que incrementa la posibilidad de un accidente.

Más tarde, en 1978 Sulzer-Azaroff logra reducir las condiciones inseguras en una laboratorio universitario. En ese mismo año, Komaki, Barwick y Scott, trabajando en una fábrica de pasteles, incrementaron la conducta segura en dos secciones de la industria evitando la existencia de mayores accidentes.

¹⁴³ LAURELL, C., (1978) Proceso de Trabajo y Salud. *Cuadernos Políticos*. Ed. Era, Julio-Septiembre.

¹⁴⁴ SIVADÓN, P y ROGER A., Psicopatología del Trabajo. Citado en COMDOVA, A., y ORTIZ, P., (1979) "El proceso de Trabajo y su Relación con la Salud Mental" *Revista Salud Mental* Vol. 2, Año 2, Núm. 4, Diciembre. p.11

¹⁴⁵ Citado en: ARGYLE, N., (1977) *Psicología Social del Trabajo*. Ediciones Deusto. S.A., España. p.235.

Posteriormente, en 1981 Hopkins consigue reducir la exposición de los trabajadores a productos cancerígenos en una industria química. Kavan y Kopelman en 1986 reducen los accidentes de vehículos de una empresa de transportes.

Gialluca, Battagino, Marrau y Luquez (1991) señalan que a medida que pasa el tiempo, las personas sometidas al estrés de ritmo y la duración excesiva de las jornadas de trabajo, se manifiestan irritables, presentan bajo nivel de tolerancia a las frustraciones y van perdiendo progresivamente la capacidad de escuchar a compañeros de tareas y subalternos, para finalmente trasladar sus dificultades al contexto familiar. Este proceso culmina con la aparición de trastornos psicósomáticos que varían en sus formas de expresión según las personas: jaquecas, taquicardia, diarreas, estreñimiento, pérdida de apetito, bulimia, erupciones cutáneas fugaces, pruritos, insomnios, accesos de psoriasis o de eczema, entre otros. Estudios con enfermeras y procesadores de comida indican que las personas que trabajan en turnos rotativos tienen más accidentes y enfermedades que quienes trabajan en turnos fijos.¹⁴⁶ Otros estudios sugieren que el rendimiento es más bajo en el turno rotatorio porque requiere constantemente cambiar los horarios dificultando el ajuste definitivo de los ritmos circadianos.¹⁴⁷

En recientes investigaciones realizadas en México, Matrajt (1991) encontró en la población trabajadora una prevalencia de trastornos mentales del 24%, frente al 18,6% en población de ciudades de provincias sin industrialización y el 20% como promedio nacional, señalando el elevado número de trastornos psicósomáticos.¹⁴⁸ En las investigaciones realizadas en SICARTSA, TELMEX, DINA, Aeroméxico, y el Sindicato Mexicano de Electricistas, citadas en el capítulo anterior, demuestran también la existencia de neurosis y trastornos psicósomáticos en los trabajadores.

Cabe señalar que una de las características más comunes en las formas de trabajo actual, ya sea en la fábrica o en la oficina es la sobrecarga cuantitativa (exigencia excesiva de cumplir durante la jornada con un ritmo intenso de trabajo) o subcarga cualitativa (se refiere al hecho de realizar actividades sin ningún contenido) que se expresa en una serie de situaciones psíquicas como la ansiedad, la depresión, los trastornos psicósomáticos, las alteraciones del sueño, de la vida sexual, de la forma de relacionarse con los demás, irritabilidad, aislamiento, distrés, alteración en los ritmos biológicos,

¹⁴⁶ Estudios realizados por CAPLAN, en 1975 y SHERIDAN en 1981. Citado en: SALAS, E., HALL, J., y CANNON J., "Estrés Ocupacional y Seguridad: Una Revisión e Implicaciones para la Investigación y la Práctica" *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, Vol. 10 No. 2, 1991. p.p. 83-87.

¹⁴⁷ Como el realizado por COFFEY, SKIPPER y JUNG, en 1988. Citado por REIG A., y CARUANA, A., "Estrés Ocupacional y Patrón A de Comportamiento como predictores de insatisfacción laboral y del Estado de Salud del Personal de Enfermería de Hospital" *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, No. 14 vol. 5, 1989. p. 159.

¹⁴⁸ MATRAJT, N., (1991) "Industrialización, Proceso de Trabajo y Salud Mental". *Subjetividad y Cultura*, México.

etcétera.¹⁴⁹ Aunque también es cierto que se ha venido reconociendo con mayor fuerza al "medio ambiente" como el gran productor de tal patología, (Gómez, 1982); de ahí el impresionante aumento de la psicopatología en relación a la actividad laboral que desempeña el hombre productivo.

Por su parte Schneider (1987) menciona que en los últimos años las alteraciones psíquicas han aumentado de tal modo que el capital ha mostrado un interés cada vez mayor para la aclaración de los factores patogénicos. Así por ejemplo, R.T. Collins (Presidente del Joint Committee on Mental Health in Industry) en 1960, hizo el balance siguiente en el Congreso Nacional Health Council en los EEUU: «La enfermedad psíquica es una causa de absentismo en la empresa más frecuente que cualquier otra enfermedad física, a excepción de un simple resfriado. Uno de cada cuatro obreros tienen problemas psíquicos, alcoholismo, enfermedad, descontento con el trabajo y disgustos con sus compañeros y superiores».¹⁵⁰

Si se reconoce que el ambiente de trabajo, producto de la forma en que se organizan el proceso productivo, y que responde a los intereses del capital, provoca directa o indirectamente diversas enfermedades y accidentes, es necesario analizar los elementos que componen dicho ambiente masivo para la salud de los trabajadores.

Estos elementos, Ricchi (1981) los conjuntó en cuatro grupos:

El Primer Grupo de factores comprende aquellos presentes en el ambiente donde vive el hombre, refiriéndose a aspectos que rebasan el ámbito de trabajo: luz, temperatura, humedad, ventilación, espacio, contaminación ambiental, por ejemplo el ruido y la polución atmosférica.

El Segundo Grupo de factores no siempre está presente en el medio en que vive el hombre y se encuentra casi exclusivamente bajo la forma de polvos, gas compresión y descompresión, humos (silices, amianto y otros), vibraciones, radiaciones. Son aquellos factores insalubres característicos del ambiente de trabajo de la industria moderna.

El Tercer Grupo comprende un sólo factor: la actividad muscular o trabajo físico, es decir el cansancio, la fatiga provocada por el trabajo.

El Cuarto Grupo comprende todas las condiciones que pueden determinar cansancio, que generan estrés psíquico, nerviosismo, y alteran el equilibrio y bienestar psicofísico de los trabajadores, monotonía, repetición, ritmos excesivos, saturación de los tiempos, mala posición, ansiedad, responsabilidad, frustraciones. Naturalmente está comprendido el ambiente de trabajo circundante, sin embargo las condiciones ambientales insalubres no sólo se limita a producir un daño físico, determinan también un daño psíquico, lo que produce en los trabajadores estados ansiosos y neuróticos, (Ricchi, 1981).

Lo anterior da lugar a considerar que las condiciones en que se desempeña un puesto de trabajo son un factor importante en la integridad psíquica del trabajador. La oportunidad de control, la adecuación ante las exigencias del puesto y las capacidades de la persona que lo desempeña, las relaciones interpersonales, el salario, la seguridad física son elementos que hay que

¹⁴⁹ GÓMEZ, G., y SANDOVAL, J., (1989) "Alienación y Trabajo" NORIEGA, M., (Coordinador) *La Defensa de la Salud en el Trabajo* SITUAM, México. p.p.61-70.

¹⁵⁰ COLLINS R.T., "The Health of People who Work". Citado en: SHNEIDER, N., (1987) *Neurosis y Lucha de Clases*, Siglo Veintiuno Editores, México.

considerar a la hora de estudiar la influencia del trabajo en el bienestar psicológico. Así pues, la situación laboral se muestra como uno de los elementos determinantes en la integridad psíquica del trabajador (Alvaro, Teñeigosa y Garrido, 1992).

Por lo que puede decirse que las condiciones de vida y de trabajo abarcan todo un conjunto de factores que influyen en el bienestar físico y psíquico de los trabajadores.

Con lo expuesto hasta aquí, estaría por demás insistir en que el trabajo es un factor importante en las crecientes alteraciones psíquicas, además de los problemas familiares, la vida citadina y la agresiva acción de los medios masivos de información, entre otros. Y para comprobarlo basta con revisar cualquier tipo de legislación laboral, para establecer con ello que las alteraciones psíquicas del obrero no son aceptadas todavía como una consecuencia del funcionamiento de la industria, ni por la ley, ni por los capitalistas, ni tampoco por la psiquiatría, ni por la psicología institucional y oficialistas, e incluso ni por los asalariados mismos.

3.2 LOS PSICOTRASTORNOS Y EL TRABAJO

A lo largo de esta investigación se ha mencionado que la tendencia principal del desarrollo industrial es el crecimiento económico cuyos indicadores son la expansión del capital hacia nuevos sectores de inversión y la racionalidad en la organización del trabajo de los sectores productivos.

Cabe señalar que el desarrollo industrial genera nuevas condiciones de vida y de trabajo marcadas por el estrés, la fatiga, la sensación constante de insatisfacción frente al trabajo alisante, contribuyendo con ello a agrandar el vacío entre el hombre y su trabajo. El trabajador ya no se reconoce en sus instrumentos de trabajo, una lenta desidentificación se instala en los lugares de trabajo y en las relaciones de los trabajadores, se manifiesta también la falta de identidad de los trabajadores con la actividad que realizan por la enajenación del trabajo.

Entre los nuevos riesgos creados por la industrialización para la salud de los trabajadores están los nuevos hábitos de vida, de consumo y de relación humana. Redoblando con ello las exigencias de mantener los ritmos de producción a costa de las pausas del trabajador. La fatiga es una constante y la falta de control sobre las medidas de protección y seguridad contra accidentes constituye una realidad cotidiana prescindible para los supervisores y para el mismo trabajador (Casalet, 1982)

Para Cuetos (1978) la industrialización y la socialización del trabajo obligaron al hombre a situarse dentro de unas circunstancias insólitas, como son los distintos trabajos, el manejo de productos especiales, los horarios que muchas veces hacen cambiar el ritmo de comidas y el descanso nocturno, ambientes físicos y psicológicos que le obligan a realizar grandes esfuerzos de adaptación, para combatir una serie de agresiones, distintas a las conocidas anteriormente.

A este respecto Bohorquez, Mancebo Del Castillo, Tellez, Monoya, Gutiérrez, Schmidt y Barbatario (1983) han establecido que determinadas industrias y determinados puestos son factores a considerar en la aparición de trastornos emocionales consistentes con irritabilidad, angustia, depresión. El cambio de horarios, el ruido, los vapores de algunas sustancias químicas, la tensión y la fatiga se relacionan con la manifestación de trastornos emocionales.

Cabe mencionar que las condiciones de trabajo pueden producir estados de malestar, los que si bien no son determinables con precisión a nivel patológico,

inciden sin embargo negativamente sobre la vida del trabajador, afectando la integridad física de los individuos, y que junto con la organización del trabajo repercuten en la subjetividad de los trabajadores.

El proceso de trabajo se encuentra ligado con una serie de riesgos y exigencias que sumados, dañan poco a poco la subjetividad de los trabajadores, originando con ello, un psicotrastorno que altera toda la vida emocional y de relación con los individuos.

Generalmente éstos trastornos no son reconocidos como enfermedades de trabajo por las leyes o por las instituciones médicas, ya que las causas que las originan no son únicas ni son exclusivas del trabajo. Sin embargo el análisis cuidadoso del problema nos permite reconocer esta relación (Gómez y Sandaval, 1989).

En la explicación de la integridad psíquica es preciso tener en cuenta la complejidad de los procesos involucrados en su determinación, en la que las condiciones de trabajo son sólo una parte. No obstante la asociación significativa observada entre la integridad mental y las condiciones de trabajo ponen de manifiesto que no todo empleo supone una experiencia psicológica positiva. A la vista de estos resultados podemos concluir, que la situación laboral en lo que se refiere a las condiciones de trabajo, es un elemento importante a la de hora explicar las diferencias individuales y determinar la relación que existe con la integridad psíquica del trabajador (Alvaro, 1992).

En estudios realizados por el Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad de Michigan, se han encontrado una gran variedad de problemas psicológicos relacionados con la ausencia de satisfacción en el trabajo. Estos incluyen: enfermedades psicósomáticas, disminución de autoestima, ansiedad, tensión y dificultad de relaciones interpersonales. El estudio realizado por Arthur Kornhauser, "Mental Health in the Industrial Worker", se considera de gran importancia en los problemas psicológicos relacionados con el trabajo en la línea de montaje automotriz, especialmente en relación con la alienación de los trabajadores jóvenes. En los 407 trabajadores de la industria automotriz estudiados, aproximadamente el 40% mostraron algún síntoma que afecta su integridad psíquica, y la correlación clave fue entre satisfacción en el trabajo e integridad mental, (Córdova, 1976).

Puede decirse que los trastornos psíquicos constituyen un riesgo real para un número considerable de trabajadores y que aumenta constantemente.

No cabe duda de que las nuevas tecnologías han aportado en general grandes beneficios, pero han traído consigo nuevos problemas. Dentro del ambiente de trabajo existen, como se mencionó, una serie de riesgos (o cargas) como el ruido excesivo o permanente, temperatura elevada y poca ventilación, posturas incómodas o forzadas, etc., que además de provocar cansancio y dolores de cabeza, en muchos de los casos pueden provocar también irritabilidad, aislamiento, frustraciones, ansiedad, entre otras alteraciones. Sin embargo cabe señalar que, si bien no se puede afirmar que en todos los casos, estos padecimientos son trastornos psíquicos vivenciados como desagradables por los individuos; si puede decirse que se presentan de manera intensa y permanente pueden llegar a convertirse en trastornos caracterizados como alteraciones en la mentalidad de quien los padece. Es así como al tener contacto con sustancias tóxicas existe un daño en el Sistema Nervioso Central con sus consecuentes manifestaciones subjetivas y conductuales.

Prueba de ello son los trabajadores que permanecen sentados durante largo tiempo en recintos oscuros, donde todo lo que hacen es vigilar continuamente

pantallas electrónicas de control, sin tener contacto directo con ellas, dando como consecuencia que los trabajadores comiencen a ser víctimas del estrés.

Sin embargo cabe señalar que no sólo quienes trabajan con tecnología de vanguardia son los únicos perjudicados. Toda persona obligada a mantener su atención concentrada durante largo tiempo puede sufrir trastornos mentales, sobre todo si tiene conciencia de que una momentánea falta de atención puede tener consecuencias graves o desastrosas. Este es el caso, entre otros, de los conductores de locomotoras, camiones, autobuses, pilotos de aviones, operadores de radio y de los intérpretes simultáneos (O.I.T., 1983).

Estudios efectuados en Japón entre los que destacan el realizado por la Sohyo, quien encontró frecuentes problemas de salud en 6.900 personas que trabajan en terminales de video. El 77% presentaba problemas oculares, el 46% oftalmoplejias de diverso grado, el 56%, rigidez de cuello y dolor en los hombros, el 41% fatiga y el 37% irritación ante la pantalla (Dominguez, 1991).

Por su parte, Pérez y Joffre (1983) señalan que entre los padecimientos más comunes entre trabajadores que rotan turnos o bien tienen un turno nocturno fijo, son el grupo de las neurosis, particularmente la ansiedad, la depresiva o la hipochondríaca, que se dan con una mezcla de manifestaciones psicofisiológicas de diversas áreas como la digestiva y la cardiovascular. Encontrando también que otra buena parte de las neurosis ansiosodepresivas y los problemas psicodramáticos corresponde a los trabajadores expuestos a ruido de gran magnitud en el sitio en que se labora, particularmente los pertenecientes a la industria textil.

La reiteración de las condiciones de trabajo desfavorables puede producir alteraciones de las funciones psíquicas normales, sea en forma aguda o crónica.

La sintomatología de esta situación es la ansiedad, depresión, cefalea, disturbios neurovegetativos, alteraciones del sueño, del apetito, disminución de la capacidad de atención y concentración.

Sin embargo, esta larga lista no está considerada, ni está debidamente registrada por las estadísticas oficiales, quizá por que son enfermedades leves o por temor a reconocer la gravedad del problema que hace necesario incluirlas como daños leves acaecidos al trabajador (Casalet, 1982).

Alvaro, Torregrosa y Garrido (1992) establecen que hay una serie de características del puesto de trabajo, como son la oportunidad de aprender cosas nuevas, el interés del trabajo, la seguridad laboral, las oportunidades de promoción, las relaciones interpersonales, la adecuación entre los requisitos del trabajo y la capacidad personal, la variedad de la tarea, el salario, y el grado de control, que junto con las condiciones de trabajo, ejercen una influencia significativa sobre la integridad mental de quien lo desempeña, (Alvaro, 1992).

A la hora de analizar los efectos de la situación laboral sobre la salud mental individual es necesario tener en cuenta la complejidad estructural del mercado de trabajo, que no puede resumirse con una mera contraposición entre las categorías de empleo y desempleo.

A este respecto, Banks (1992) señala que ha podido comprobarse que las transiciones entre empleo y desempleo repercuten sobre el bienestar psicológico general, la depresión y ansiedad.

Por todo esto, cabe retomar que las condiciones de vida y de trabajo abarcan todo un conjunto de factores que influyen sobre el bienestar físico y mental del trabajador, por otra parte cuando estas condiciones no son óptimas o satisfactorias, generan un desequilibrio, en el cual el trabajador llega a cometer un accidente.

Desde el punto de vista psicológico, existe una amplia gama de factores que intervienen en la conducta del trabajador, y que al combinarse entre sí o con otros elementos (técnicos o ambientales) favorecen la ocurrencia de accidentes y/o enfermedades, ya sea físicas o mentales, (Gómez, López y Morroy, 1987).

Algunos de estos factores se encuentran en las condiciones de trabajo e intervienen en la vida cotidiana, entre ellos destacan:

El estrés. Cabe recordar que el vocablo "estrés" fue tomado de la voz inglesa "stress" empleada en la mecánica y en la física para designar una fuerza que actúa sobre un objeto y que al rebasar una determinada medida, conduce a la deformación o a la destrucción de este objeto o sistema.

En 1921, el fisiólogo estadounidense Walter Cannon identificó el término «homeostasis» como el mantenimiento del medio interno. Posteriormente se refirió a los "niveles críticos de estrés" definiéndolos como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos.

Años más tarde, el endocrinólogo Hans Selye observen sus investigaciones de laboratorio que los tejidos puede dañarse mediante una amplia gama de agentes diversos como la temperatura, los traumatismos, cambios eléctricos, etc.; sin embargo estos daños provocaban en el organismo una respuesta no específica a cualquier estímulo (por ejemplo taquicardia, hipertensión arterial, aumento en la secreción adrenal, agotamiento, desgaste emocional, etc.). A dicha relación que no es más que una preparación del organismo para enfrentar la emergencia la denominó Síndrome General de Adaptación (SGA), el cual consta de tres etapas:

1) Reacción de Alarma. El organismo o sujeto percibe conscientemente la amenaza en el medio.

2) Estado de Resistencia. Se activan los sistemas inmunológico y neuroendócrino (simpático y parasimpático) a fin de adaptarse a las nuevas demandas o dar término al peligro.

3) Estado de Agotamiento. Cuando los mecanismos de defensa activados resultaron suficientes para enfrentar la agresión, trae como consecuencia lesiones severas, colapso físico e inclusive la muerte del organismo.

Cabe aclarar que Selye utilizó el término estrés para referirse a las fuerzas externas que actúan sobre el organismo o al desgaste o deterioro que en éste ocasionan los acontecimientos de la vida (Silva y Zamudio, 1994).

Para transferir esta definición, Huber en 1986, lo expresó de esta manera: "En todos los seres vivos, el estrés es un indicador de amenaza al bienestar, y como consecuencia a la supervivencia. Como resultado de esto, el ser vivo que se ve afectado intenta ajustarse a estas condiciones modificadas del medio ambiente y actuar contra esta influencia perniciosa (actividad) o huir de ella (pasividad)".¹³¹

Así mismo, Domínguez (1991) explicó que la palabra estrés se usa actualmente para referirse tanto a los efectos de eventos ambientales excepcionales (terremotos, inundaciones, etc.) transacciones entre la persona y su ambiente (criminalidad, embotellamientos, accidentes traumáticos, etc.) así como estados patológicos y fisiológicos involucrados (ansiedad, tensión, angustia, etc.).

Socialmente hablando el estrés es "un malestar psicofísico por tensiones de la vida humana representada por crisis de espacio, alimento, dinero,

¹³¹ HUBER (1986) Citado en: SILVA R., y ZAMUDIO, C., (1994) *Propuesta para Reducir el Estrés en las Organizaciones Laborales*. (Tesis) UNAN, México. p.p. 15-16.

transporte, emociones, frustraciones, angustias, etc.¹⁹² Por lo que puede decirse que el estrés es un fenómeno psicosocial, una cuestión de la relación entre la percepción, interpretación, afrontamiento y evaluación del individuo y el contexto social donde se desarrolla. Las causas generadoras del estrés, por lo tanto tienen su origen en el contexto donde se encuentra.

Muller-Limmroth, en 1976 propuso una división de cuatro clases de estresores de orden psicosocial que afectan a los trabajadores en el ambiente laboral:

a) **Estresores Físicos**

- + Cualquier tipo de actividad corporal (cargar bultos, recorrer continuamente distancias prolongadas, etc.)
- + Condicionamientos Físicos (el calor elevado, el ruido, el frío, los estímulos ópticos, etc.)
- + Procesos originados dentro del cuerpo que deben ser respondidos con estrés, (por ejemplo enfermedades ocasionadas por virus, bacterias, exposición a sustancias tóxicas, etc.)

b) **Estresores Mentales**

- + Cualquier desafío de la mente, tanto la tarea profesional como funciones de alta precisión o de extremo cuidado.

c) **Estresores Psíquicos y Sociales**

- + Nacen de la estructura de vida laboral, del mundo de la vivienda, de las posibilidades de gozar el tiempo libre, del tráfico y de los medios de comunicación social.
- + Derivan de la estructura de convivencia familiar, así como de las relaciones sociales o de la falta de ellas.

A este respecto, Rojas (1994) menciona otra clasificación de los estresores que afectan la integridad psíquica del individuo:

+ **Contrariedades Cotidianas**

+ **Estresores Comunes**

- Ambiente Urbano
- Privación o exceso de estimulación sensorial
- Estrés Ocupacional
- Desempleo
- Relaciones Interpersonales
- Estresores Matrimoniales
- Cuidado de Enfermos
- Duelo, Luto
- Adolescencia

+ **Estresores Externos**

- Desastres Naturales
- Guerra
- Terrorismo
- Migración

¹⁹² SMITH, H.C., (1977) *Psicología de la Conducta Industrial*, Edit. McGraw Hill, México.

Por su parte Humphrey,¹⁵³ señala que muchas condiciones relacionadas con el estrés están relacionadas con el trabajo, y es bien sabido que algunas formas de empleo son altamente estresantes, mientras que en otras son considerablemente menores los niveles de estrés. Varios estudios, como los señalados en el capítulo anterior, muestran que aquellos grupos cuyas ocupaciones se consideran altamente estresantes tienden a tener gran incidencia de enfermedades graves, resultado de las condiciones en el trabajo.

Entre los estímulos productores de estrés, Gómez y Cois (1987), mencionan los siguientes: sobrecarga de trabajo que puede ejecutarse, temor de no hacerlo bien, y el tiempo debido al trabajo, temor de quedar expuesto a críticas y de incurrir en peligros inseguridad de mantener el propio trabajo, atención prolongada, sentido de aislamiento, horarios rotatorios, condiciones de trabajo que no estén adecuadas al hombre, condiciones riesgosas de trabajo y la resistencia física del trabajador, confusión o distracción determinada por olores, luces, flash, hacinamiento del ambiente de trabajo, etc.¹⁵⁴

Así mismo, Timio (1979) tipifica los orígenes del estrés en el ambiente laboral industrial, con las causas de corta duración y la de duración prolongada:

"Entre los de corta duración están comprendidos:

- + subcarga de trabajo que debe ejecutarse con una fracción de tiempo limitada;
- + confusión y distracción determinada por rumores, luces, flash, hacinamiento del ambiente de trabajo;
- + temor de no hacer bien y en el tiempo debido el trabajo, temor de quedar expuestos a críticas, de incurrir en peligros físicos.

Entre los estímulos productores de estrés de larga duración se pueden enumerar:

- + Inseguridad de mantener el propio trabajo;
- + Atención prolongada;
- + Sentimiento de aislamiento, como puede encontrarse en las cadenas de montaje;
- + Organización del tipo de trabajo: ritmos, controles, destajo, etcétera.

A todas estas condiciones se puede añadir la conciencia de que la retribución es inadecuada, lo que conduce al desinterés en el trabajo. El contraste entre el desinterés por el trabajo y la necesidad de hacerlo lleva a un estado de continua ansiedad y tensión, ambas en la base del estrés.¹⁵⁵

Christis (1988) por su parte menciona que se pueden distinguir analíticamente dos aproximaciones estructurales. En la primera, el estrés psíquico es el resultado de una situación en la que existe una discrepancia entre la estructura objetiva del trabajo y las características subjetivas o personales, tales como capacidades y necesidades, motivaciones o aspiraciones;

¹⁵³ Citado en SILVA, R., y ZARUDIO, C., (1994) *Propuesta para Reducir el Estrés en las Organizaciones Laborales* (Tesis) UNAM, México, p.p. 63-69.

¹⁵⁴ Condiciones de Trabajo. (1982) Vol.7, No.2. Mayo-Agosto. Citado en GÓMEZ, J., LÓPEZ, A., y MONROY, C., (1987) *Factores Psicosociales que Intervienen en los Riesgos de Trabajo*, (Tesis) U.N.A.M., México, p.150.

¹⁵⁵ TIMIO, R., (1979) *Clases Sociales y Enfermedad*. Editorial Nueva Imagen, México, p.82.

es decir, cuando las capacidades son excesivas y/o las aspiraciones no se cumplen, el resultado será el estrés psíquico.

Una segunda aproximación estructural define al estrés como el resultado de una situación en la que la gente dispone de los recursos necesarios para hacer frente exitosamente a posibles factores de estrés. Al analizar las consecuencias de los cambios en el proceso de la producción en la calidad del trabajo, la segunda aproximación estructural parece ser más prometedora: en primera porque los factores condicionales se pueden relacionar a los tres elementos del proceso de producción, el nivel y naturaleza de la tecnología usada y la forma y naturaleza de la organización del trabajo y en segunda porque se pueden investigar los cambios en el contexto que determinan las posibilidades para desarrollar calificaciones y las posibilidades de hacer frente al estrés (Christis, 1988).

Cabe señalar que hay numerosas razones para creer que el estrés de origen profesional influye a largo plazo en todos los aspectos de la vida. Gardell en 1976 señaló que la pasividad, la alienación de los obreros ocupados en tareas poco calificadas, monótonas, repetitivas, y que apenas les dejan autonomía, figuran entre los primeros efectos del estrés profesional sobre la vida fuera del trabajo.

Con frecuencia los factores de estrés psicosocial inherentes al trabajo y a las condiciones de empleo actúan durante largo tiempo, de forma continua o intermitente.

El organismo ante diversas situaciones pueda responder de una manera positiva o negativa, dependiendo si aquello ante lo que responde es peligroso o tensionante en extremo, o si es una situación "emocionalmente fuerte" pero agradable o deseada. Por esto el estrés se compone de dos formas de expresión, una positiva llamada "eustrés" y otra negativa llamada "distrés". A esta última se debe referir que en la totalidad de los casos significa peligro o tensión excesiva no deseada y de considerarse una respuesta fisiológica del organismo, ya que siempre va acompañado de un estado emocional desagradable que puede ser ansiedad, angustia, miedo, agresividad, etcétera. (Domínguez, 1991).

Por su parte, Cox (1978) establece, una taxonomía de las consecuencias del estrés, que abarca:

- a) EFECTOS SUBJETIVOS: Ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, frustración, fatiga, culpabilidad, y vergüenza, poca autoestima, irritabilidad y mal humor, melancolía y tensión, nerviosismo y soledad;
- b) EFECTOS CONDUCTUALES: Propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de bebida o de cigarrillo, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor;
- c) EFECTOS COGNOSCITIVOS: Incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes y bloqueo mental;
- d) EFECTOS FISIOLÓGICOS: Aumento de catecolaminas y corticosteroides de la sangre y la orina, elevación de niveles de glucosa sanguíneos, incremento de ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, sequedad de la boca, exudación, dilatación de las pupilas, entumecimiento y escozor en las extremidades;
- e) EFECTOS ORGANIZACIONALES: Ausentismo, relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación de personal, clima organizacional pobre, antagonismo e insatisfacción en el trabajo.

En la otra parte de su taxonomía frente a los efectos sobre la salud, Cox incluye el asma, la amenorrea, dolores en el pecho, la espalda, afecciones cardíacas de las coronarias, micciones frecuentes, migrañas, dolores de cabeza, neurosis, insomnio, pesadillas, psicosis, alteraciones psicosomáticas, diabetes

melittus, erupciones cutáneas, úlceras y apatía sexual.

Al igual que el estrés, la fatiga es otro de los fenómenos más ligados al hombre y prototipo de reacción psicológica del organismo.

La Fatiga es una especie de campanilla, que anuncia la reducción pasajera del rendimiento personal y de la capacidad del trabajador. Para Lagrange, la fatiga en el hombre sano y normal supone una disminución del poder funcional de los órganos, provocada por el exceso de trabajo y acompañada por una sensación genérica de malestar.

Según Chaillev-Bert, la fatiga es un fenómeno general de defensa que se encuentra en todos los seres, vivos, en todos sus tejidos, se caracteriza por la disminución o la pérdida de la excitabilidad del tejido o del órgano sobre el que recae.

La repetición constante de tareas, monotonía, los ritmos forzosos de trabajo, crean estados conflictivos y un permanente estado de fatiga.

La fatiga disminuye la eficacia de las funciones orgánicas y si es excesiva se produce el agotamiento. La acumulación crónica de la fatiga, que no se dispersa con el descanso o por la distracción, se denomina **surmenage**.

En cada trabajo o tarea se pone en juego una gran variedad de funciones, especialmente la musculoesquelética, la cardiorespiratoria, los sentidos y la intelectual (Dominguez, 1991).

Schultz (1978), Valverde (1980) y Gómez y Cols (1987) establecen dos tipos de fatiga: la fatiga física o fisiológica y la fatiga psíquica o mental.

La Fatiga Física o fisiológica, involucra la presencia de sensaciones de agotamiento y cansancio, que casi siempre son acompañadas por alteraciones fisiológicas y/o vegetativas, esta condición se acompaña también de ansiedad y frustración. La fatiga conduce a la reducción en la capacidad para el desempeño de tareas manuales como intelectuales, algunas de sus manifestaciones más comunes son el "aburrimiento", el tedio, el fastidio, la abulia y la apatía.

La fatiga, entre otras cosas puede deberse a jornadas prolongadas de trabajo, (horas extras) horarios rotatorios, ritmos intensos de trabajo, etcétera.

La Fatiga Psíquica o Mental se caracteriza principalmente por "aburrimiento", rechazo a la tarea, apatía, negativismo, depresión, ansiedad flotante depresiva. Todo esto se puede dar si se tiene un trabajo monótono o repetitivo, o cuando el trabajador carece de motivación. Entre los demás componentes de la fatiga mental, se encuentran la tensión y el esfuerzo. Las reacciones emocionales a la frustración y al conflicto también pueden ser parte integral de la experiencia. La frustración puede surgir del fracaso en la solución de un problema, de la indecisión, la incapacidad de comprender una idea difícil y otras experiencias generadoras de tensión que acompañan al trabajo mental (Anastasi, 1970).

Otra de las explicaciones en relación a la fatiga psicológica es la de Peniche Lara (1985), quien establece que ésta, es el resultado de un conflicto o de una frustración personal o motivado por la exposición a condiciones de trabajo inadecuadas y rechazadas emocionalmente por el trabajador.

A todo esto, Schultz (1978) establece que ambos tipos de fatiga pueden causar un incremento de errores, ausentismo y accidentes.

Los diferentes tipos de actividad y condiciones de trabajo van a producir diferentes formas de fatiga; durante el trabajo muscular la fatiga se va a desarrollar según las posiciones y músculos utilizados; en el trabajo intelectual la fatiga también dependerá de las condiciones de trabajo, de la intensidad del mismo, así como del tiempo expuesto al mismo (Seaura, 1991).

Friedmann y Naville (1985) señalan que en la satisfacción en el trabajo, la fatiga se trasfiere en conductas cercanas de la actividad repetida, aunque en diversos grados. Esa graduación hace posible, por ejemplo, en el caso de la satisfacción, la variedad de placeres, y en caso del trabajo, la alternancia de tareas. Cualquiera que sea el grado en que el trabajo participe en la satisfacción de una necesidad, siempre puede ser preferible cierta variación de tareas.

Por otra parte, la ansiedad, la depresión y los trastornos psicósomáticos son alteraciones psíquicas muy comunes entre la clase trabajadora y se encuentran en gran medida asociados a las condiciones laborales.

La Depresión es ubicua y una realidad de la vida diaria. Puede ser la expresión final de (1) factores genéticos; (2) problemas del desarrollo o (3) estrés psicosocial. Puede ser una reacción normal a una gran variedad de acontecimientos y debe valorarse como tal; sin embargo el tema total de la depresión se confunde más porque la palabra se utiliza como una expresión de un ánimo, un síntoma, un síndrome o una enfermedad, (Brophy, 1991). La depresión también es considerado un estado de tristeza profunda, que conlleva a que se pierda el interés por la mayor parte de las actividades que se realizan, existe un fuerte cansancio, el individuo tiende a volverse solitario, se presentan ganas de llorar constantemente y sin motivo, se sufre de insomnio, se pierde el apetito y el más grave de los síntomas es el pensamiento de que "lo mejor es morirse". La depresión se asocia generalmente a la muerte o enfermedad de un ser querido, a la pérdida de un objeto importante para la persona: su casa o su empleo (Gómez y Sandoval, 1989).

La psiquiatría define a las depresiones como procesos largos y profundos que provocan cambios en el estado de ánimo, la conducta y pensamiento; con frecuencia aunados a síntomas físicos graves, que no mejoran con la llegada inesperada de un ramo de flores, o cuando los amigos lo alientan a "desechar sus preocupaciones" (Clegghorn y Lou Lee, 1993).

El DSM-III-R establece por su parte que el síndrome depresivo se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, acompañado de síntomas graves asociados, tales como la pérdida de peso y dificultad de concentración.

Sin embargo, puede decirse que este trastorno representa buenas y malas noticias, ya que por una parte es uno de los trastornos psicológicos más comunes, y por otra la atención de ésta, ya que alrededor del 90% de la población que desarrolla este problema puede tratarse de manera eficaz, (Clegghorn y Lou Lee, 1993).

La depresión puede ser la expresión final de (1) factores genéticos; (2) problemas del desarrollo; o (3) estrés psicosocial (Brophy, 1991).

Cabe señalar que durante semanas, la persona con depresión puede presentar trastornos alimenticios, de sueño y pérdida del apetito. Han perdido su atractivo las actividades normales, no existe entusiasmo por nada, y vacila en lugar de tomar decisiones, todo le parece negativo. El futuro se ve tan lúgubre como el presente, todo va mal y es precisamente culpa de la persona deprimida. Los sentimientos de inutilidad son casi abrumantes, y el suicidio es con frecuencia un pensamiento recurrente.

Cuando un trabajador se devalúa a sí mismo, se incrementan las posibilidades de sufrir un siniestro por la tendencia que acompaña a este estado emocional. En estas condiciones las posibilidades de que un trabajador cometa errores es muy alta (Segura, 1991).

Matrajt (1987) menciona que la depresión neurótica aparece en situaciones de pérdida emocionalmente significativa. En este rubro se incluye también la

el abuso del alcohol y otras drogas, el fumar nicotina, etcétera.

Entre los trastornos psicósomáticos más frecuentes se encuentran los problemas del corazón, la alta o baja presión arterial, dolores de cabeza, el surgimiento de "manchas" o ronchas (Gómez y Sandoval, 1989).

A este respecto, Doll y Jones en 1951, establecieron que muchos trastornos psiquiátricos están relacionados con las condiciones de trabajo, en particular los de tipo psicósomático: hipertensión arterial, úlceras y enfermedades cardíacas. Se ha descubierto por ejemplo que las enfermedades psicósomáticas son comunes en quienes trabajan como guardagujas en los ferrocarriles eléctricos, donde existe un peligro constante de electrocutar a los compañeros (Argyle, 1977).

Las enfermedades psicósomáticas están relacionadas con la descomposición y enajenación de la sociedad, las epidemias, y en general de las enfermedades con la pobreza y el empleo (Tecla, 1992).

Matrajt por su parte establece que las enfermedades psicósomáticas propiamente dichas predominan en sujetos comprendidos en las siguientes condiciones:

a) Pertenecen al sector ocupado, en actividades bien remuneradas, ligadas a polos de desarrollo económico, en medios de organización metropolitanos.

b) Su trabajo se realiza en forma grupal, en un contexto muy competitivo, en una atmósfera de desconfianza y miedo al fracaso, pero en la que también existen fuertes lazos emocionales.

Además de los psicotrastornos ya referidos existe otra serie de alteraciones que de igual manera están asociados a las condiciones de trabajo y que interfieren negativamente en la actividad cotidiana; son los trastornos del sueño, de la actividad sexual, las adicciones y la irritabilidad.

Entre los **Trastornos del Sueño** se manifiestan: el insomnio, la hipersomnolencia, las interrupciones durante el sueño y sueños angustiosos. Todas esas alteraciones del sueño en gran parte se deben a condiciones de trabajo muy exigentes, como son los turnos nocturnos y los turnos alterados (Gómez y Sandoval, 1987).

A este respecto, Brophy (1991) menciona que las variaciones en los patrones del sueño pueden depender de circunstancias o de patrones idiosincráticos, en personas que quizá por diferentes "ritmos biológicos" suelen acostarse tarde y dormir hasta tarde en la mañana. La pérdida de sueño deteriora las facultades creativas y la rapidez de respuesta a situaciones no familiares.

Entre los principales trastornos de sueño se encuentran:

El **insomnio** que es la pérdida del sueño normal para una persona, quien pasa bastante tiempo sin poder dormir, o que incluso llega a no dormir durante toda la noche; al contrario, la **hipersomnolencia** es el trastorno en el cual el sujeto duerme excesivamente llegando a dormir la mayor parte del día. Las **interrupciones del sueño** se presentan como un trastorno cuando son frecuentes durante la noche y no hay ninguna razón aparente para que se produzcan; los **sueños angustiosos** son aquellos sueños que conocemos como pesadillas y se presentan como problemas cuando son constantes.

Los trastornos de sueño se presentan cuando se rompe el equilibrio psíquico del trabajador. Todos los animales incluido el ser humano tienen un "reloj" biológico, llamado "ritmo circadiano", el cual regula en el organismo, entre otras cosas, los estados de sueño-vigilia. Cuando un trabajador sufre un cambio de turno constante o se le asigna el turno nocturno, su organismo sufre un desajuste en su reloj biológico, generándose los diversos trastornos del sueño.

Otro aspecto que puede verse alterado es la **Actividad Sexual** de los

trabajadores. Esto se explica porque al trabajar en turnos nocturnos o alterados, el trabajador no entabla relaciones frecuentes o estables con su pareja, debido a las diferencias entre los ritmos de sueño y vigilia. También puede alterarse la actividad sexual debido a la fatiga. Entre los trastornos de la vida sexual asociados a las condiciones de trabajo se encuentran la impotencia, la frigidez, la eyaculación prematura, e incluso la falta de deseo sexual (Petrescu, 1980).

Los trastornos de sueño y de la actividad sexual, además de originarse por los horarios de trabajo cambiantes también pueden ser consecuencia del estrés constante, las presiones, las angustias generadas por la responsabilidad, la supervisión, la monotonía, el ruido e, inclusive, por el contacto con sustancias tóxicas. Además de lo anterior, este tipo de trastorno puede presentarse como parte de los síntomas generales de un psicotrastorno mayor como la ansiedad o la depresión.

De manera más indirecta, el estrés o bien los efectos debilitantes de una enfermedad también pueden tener una función. De la misma manera sucede con el alcohol, ya que muchas personas no se dan cuenta que el alcohol no es un estimulante, sino un depresivo, y que en grandes cantidades sobreviene el mismo efecto que un anestésico sobre la función sexual. Sin embargo, cabe señalar que es importante averiguar las causas reales de esa migraña y esa adicción al alcohol, que bien pueden tener su origen en la organización y las condiciones de trabajo que pueden llegar a provocar alteraciones psicológicas en el trabajador (Cleghorn y Lou Lee, 1985).

Otro de los problemas de gran magnitud entre la población trabajadora es el de las adicciones y sus graves consecuencias en la vida laboral y familiar. Por adicción se puede entender la necesidad de ingerir una droga para lograr una sensación o estado de bienestar. Por droga se entiende a toda aquella sustancia ajena al organismo y que al introducirse en él produce la sensación buscada. Dentro del término adicción se encuentra incluso el alcoholismo y el tabaquismo. De lo anterior se desprende que cualquier adicción no debe ser entendida simple y despectivamente como un vicio, ni paternalistamente como una enfermedad; la adicción es un hábito que se crea y que tienen mucho que ver con las condiciones de trabajo.

Sandoval (1990) menciona a este respecto que cuando las tareas son fragmentadas y existe descalificación de las mismas, surge en el trabajador un sentimiento de insatisfacción que con el tiempo se traduce en frustración y desvalorización de la propia personalidad; el trabajador se considera un sujeto sin valor, inferior o rechazado, lo que contribuye a la desintegración de la personalidad, orillando, a su vez a una alteración de su vida relacional, al aislamiento y a la búsqueda de un "refugio" en la adicción a las drogas o al alcohol, entre otros.

La adicción a las drogas y el alcoholismo prevalece, según Matrajt, en:

a) Los sectores marginados del mercado de trabajo, (desocupados, subocupados, en situaciones de desocupación disfrazada) preferentemente de la población marginada y las asentadas en el área metropolitana, o cuando existen serias dificultades en el trabajo o en el modo de organización social campesino.

b) En gente joven de clase media-alta y alta por carencia o derrumbe de su proyecto existencial, ya que droga y alcohol se utilizan como antidepresivo.

c) En mujeres con depresión neurótica se encontrará un alto índice de adicción a psicofármacos.

El consumo excesivo de alcohol se considera frecuentemente como una manifestación de problemas psicosociales que se plantea en el trabajo (O.I.T.,

1986). En 1974 Kores y sus colaboradores realizaron un estudio que reveló que el alcoholismo estaba en correlación con la carga de trabajo (excesiva o insuficiente), la utilización inadecuada de conocimientos y calificaciones del trabajador, la inseguridad en el empleo y las escasas ocasiones de participación. Había una correlación entre la manera en que se percibía la carga de trabajo global y el alcoholismo.

Para que un trabajador se vuelva adicto juegan un papel muy importante las condiciones laborales que se han venido mencionando, pero en la formación de la adicción además influyen una serie de situaciones como el autoconcepto y/o autoestima, es decir, la forma como el mismo trabajador se ve y se valora a sí mismo y a su trabajo, la satisfacción y el desagrado que éste le proporciona, la valoración de los demás hacia él como individuo y hacia su actividad como valiosa o no.

La personalidad es el conjunto de características propias y únicas que hacen a una persona distinta de las demás. Cuando un trabajador no es como él desea, o es agredido por las condiciones de trabajo, despreciado o "hecho de menos" por quienes tienen un puesto superior al suyo, o cuando el salario que se recibe a cambio de su fuerza de trabajo no le permite satisfacer sus necesidades básicas u obtener todo lo que la sociedad consumista le incita a adquirir, entonces su personalidad se empieza a desintegrar. Cuando uno se siente humillado, frustrado y avergonzado de su ser y hacer, busca formas de ocultar o negar su realidad creando, artificial y ocasionalmente, por medio de drogas, sensaciones placenteras que le permitan una autoevaluación positiva de su personalidad y también el reconocimiento de los demás. Por eso las adicciones no son sólo un vicio que se adquiere por las malas influencias, ni una enfermedad; las adicciones al alcohol, la marihuana y muchas otras sustancias tienen un origen muy relacionado con las formas de vivir y trabajar.

Por irritabilidad se entiende el "estar de mal humor", es decir el encontrarse enojado y agresivo la mayor parte del tiempo. La irritabilidad puede surgir simplemente por el exceso de calor o ruido, algo muy común en los centros de trabajo, pero generalmente se encuentra asociada a factores más específicos como la insatisfacción por el trabajo, el disgusto por recibir órdenes del supervisor o del jefe. Para los trabajadores en general, un gran motivo para encontrarse irritable una buena parte del tiempo, es la pérdida del tiempo y todos los riesgos que implica viajar en el transporte público para dirigirse de la casa al trabajo y viceversa. Es por ello que en muchas ocasiones al iniciar el turno de trabajo, el trabajador ya se encuentra enojado, molesto, agresivo, incrementándose este estado emocional a lo largo de la jornada, la cual genera sentimientos de desprecio por la actividad y todo lo que se relaciona con ella.

La irritabilidad no siempre se queda en "el estar enojado", sino que generalmente se encuentra asociada a trastornos como la ansiedad, la depresión, o alteraciones en la vida sexual y del sueño. En algunos casos, las adicciones contribuyen, cuando los individuos han reprimido su irritabilidad, a que "exploten" provocando incluso agresiones físicas a otras personas, (Gómez y Sandoval, 1989).

Como ya se ha mencionado, uno de los trastornos mentales que si son reconocidos legalmente como enfermedad de trabajo es la neurosis, como se observa en el Cuadro II.

Por neurosis se entiende "cualquier trastorno mental que no desencadene cambios demostrables, pero cuya consecuencia sea la desorganización de la personalidad y de la función mental".¹¹⁶

Sin embargo el CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades), define a la neurosis como un trastorno mental sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada, ya que en general, no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasías con la realidad externa. El comportamiento puede estar afectando en extremo, aunque por lo común permanece dentro de los límites socialmente aceptables, sin que la personalidad esté desorganizada. Las manifestaciones principales son: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivo-compulsivos y depresión.

Serason (1980), por su parte, menciona que la neurosis implica un desorden que restringe en algún grado el juicio del individuo, su habilidad para lograr un buen contacto con la realidad y su capacidad de relacionarse con los demás. El neurótico reconoce su enfermedad, puede hablar de ella y de sí mismo con cierta objetividad y trata de entender que es lo que está pasando.

Cabe señalar que el DSM-III-R no ofrece ninguna definición en relación a la neurosis como un trastorno mental, incluso se encuentra dentro de un apartado denominado trastornos de ansiedad, que clasifica a la neurosis como: neurosis depresiva, hipochondriaca, de ansiedad, de despersonalización, fóbica, histérica, y cardíaca, estableciendo los criterios para su diagnóstico y clasificación. Sin embargo, este hecho resulta paradójico, ya que a pesar de que la neurosis es la única entidad nosológica reconocida como enfermedad del trabajo no se encuentre definida como tal dentro del Manual de Diagnóstico de las Enfermedades Mentales.

Es importante considerar que aunque todavía no se cuenta con estudios histopatológicos que documenten lesiones de las fibras asociativas centrales del oído, la práctica señala un elevado número de neurosis que desarrollan sus tareas sometidos a sonidos sobre los niveles permisibles y por tiempo prolongado.

En un estudio realizado en Birmingham con 300 ingenieros, se descubrió que aproximadamente el 10% sufrían «neurosis incapacitadoras» y otros 20% trastornos neuróticos de menor importancia (Fraser, 1947). En un estudio norteamericano nacional sobre una muestra de 2460 sujetos, el 31% afirmaron que tenían problemas en el trabajo y el 26% además de tener problemas, no consideraban que su trabajo fuera adecuado para ellos (Gurin y otros, 1960). La neurosis es un cuestión de grado y el porcentaje de los llamados neuróticos depende del criterio utilizado. «Las neurosis incapacitadoras» pueden afectar al 10% de los trabajadores, pero hay un porcentaje mayor en el caso de las «neurosis» más suaves (Argyle, 1977).

Al referirse a las neurosis laborales, Legaspi (1985) señala que es importante incluir los tipos clínicos que acepta la clasificación oficial de las neurosis según las estadísticas de la Jefatura de Medicina del Trabajo:

- Neurosis de Ansiedad
- Neurosis Depresiva
- Neurosis Ansiosodepresiva
- Neurosis Conversiva

¹¹⁶ MACIAS, J., (1993) "Sociedad y Neurosis" Difusión Científica. *Revista del Instituto Nacional de Salud Mental*. Año 1, No.1 Tomo 1, Enero-Julio p.16

La ansiedad se entiende comúnmente como "nerviosismo", un estado de inquietud, angustia, sensación de desgracia para uno o para los demás, irritabilidad. Este trastorno es el más común en la mayor parte de la gente y se presenta generalmente ante situaciones problemáticas, aunque en ocasiones quienes la padecen no saben porque se encuentran en ese estado (Gómez y Sandoval, 1987).

Algunas víctimas tienen un "trastorno de ansiedad generalizada" en el cual durante meses se encuentran nerviosos, ansiosos, preocupados porque les sucede alguna posible desgracia, pero indefinida. Cuando están ansiosos, se sienten temerosos, mareados, nauseabundos, impacientes, inquietos e irritables. La ansiedad puede ser incrementada por diversas condiciones, tales como la competitividad, ritmo de trabajo, inadecuadas relaciones interpersonales, presencia de conflictos y de estímulos incompatibles con la ejecución de tareas, problemas de autoridad.

La magnitud de la ansiedad puede ser un indicador de la salud mental de una empresa, a lo que puede decirse que un trabajador ansioso tienen más probabilidades de sufrir percances (Segura, 1991).

Sin embargo, es importante mencionar que a pesar de que las neurosis son, de los trastornos mentales más reconocidos dentro del ámbito laboral, existen aún varios elementos que señala el Instituto Mexicano del Seguro Social (1985) para clasificar a una neurosis como enfermedad de trabajo:

- 1) Probar la existencia del agente causal; en el ambiente de trabajo. Los agentes psicosociales se evalúan necesariamente mediante criterios subjetivos. En virtud de ello, es necesario prever prejuicios personales del evaluador.
- 2) Establecer la relación cronológica causal del agente con la enfermedad.
- 3) Descartar la existencia previa de neurosis como un padecimiento crónico.
- 4) En caso de neurosis de trabajo reactivas, debe comprobarse la remisión de los síntomas mediante el retiro temporal del trabajador de su ambiente laboral.
- 5) Descartar una causa orgánica que no tenga relación con el trabajo

A todo ello cabe mencionar que el trabajo industrial actual, reconocidamente deshumanizante en virtud de las innovaciones tecnológicas y enfoques filosóficos, es una gran fuente de estímulos psíquicos tensionantes, bien por exceso de ellos o bien, aunque resulta paradójico, por carencia o privación de aquellos, como ocurre en el trabajo automatizado, monótono, rutinario, y excesivamente simple, condiciones subestimulantes estas últimas, igual o mayormente lesivas para la integridad mental del trabajador que una actividad de excesiva estimulación.¹⁸⁷

A este respecto Jones-Johnson y Johnson (1992) señalan que existe una estrecha relación entre la disminución de la actividad que desarrolla un trabajador en su puesto y el estrés psicosomático, depresión, frustración, hostilidad e inseguridad, ya que la disminución de la actividad laboral que realiza el trabajador puede ser un síntoma de aburrimiento, trabajo repetitivo, o de

¹⁸⁷ CONJUN, D., "Job Worker Incongruence: consequences for health". Citado en: PEREZ, W., y JOFFRE, V., (1983) Aspectos Psiquiátricos de la Patología Laboral. *Lecturas en Materia de Seguridad Social. Enfermedades de Trabajo*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México. p. p. 175-182.

malas condiciones de seguridad; o cualitativamente el trabajo bajo presión que existe cuando la actividad no utiliza completamente las habilidades y potencial del trabajador (French y Caplan, 1973). Por lo que señalan que el trabajo bajo presión produce en los trabajadores trastornos psicológicos como la depresión, la irritación y los trastornos psicósomáticos.

Los principales componentes de la ansiedad son psicológicos (tensión, temores, dificultad de concentración, aprensión) y somáticos (taquicardia, hiperventilación, palpitaciones, temblores, palpitaciones). En las molestias de múltiples sistemas pueden participar otros sistemas de órganos (por ejemplo, gastrointestinal). Son comunes la fatiga y los trastornos de sueño (Brophy, 1991).

El estrés y la ansiedad tienden a ser interactivos. El estrés puede considerarse la respuesta subjetiva al temor, el cual se relaciona con una preocupación presente, la ansiedad, con una preocupación futura. Existe una interacción entre ansiedad y depresión, y una de las uniones es la preocupación. Las preocupaciones y dudas sobre la persona en sí, suelen ser preocupaciones sobre acontecimientos externos con frecuencia se manifiestan con ansiedad abierta (Brophy, 1991).

Los trastornos de la mente en cualquiera de sus tipos y grados se relaciona de manera particular con la organización y división del trabajo, pues aún cuando en el surgimiento de los psicotrastornos influyen los riesgos, las exigencias son, en mayor medida, las que repercuten en la psique del trabajador. Por ejemplo, en ciertas condiciones la organización y división técnicas del trabajo producen parcelación y simplificación de la actividad, mismas que se traducen en la pérdida de la creatividad, la cual es una mutilación en las potencialidades humanas del trabajador (Gómez y Sandoval, 1989).

Por lo anteriormente mencionado, no está por demás señalar la importancia de detectar los psicotrastornos que padecen los trabajadores de acuerdo a la actividad laboral que desempeñan, así como determinar los factores que intervienen en la manifestación de los mismos, tanto por los propios trabajadores, como por los empresarios; ya que no se ha reconocido la influencia que tienen las condiciones y organización del trabajo en la aparición de alteraciones físicas y psíquicas.

Este hecho da lugar a establecer la necesidad de que se promulguen políticas sanitarias para el reconocimiento de dichos psicotrastornos y prestar la atención psicológica adecuada para cada trabajador, así como mejorar las condiciones de trabajo necesarias para mantener la integridad psíquica de los trabajadores.

3.3 LOS PSICOTRASTORNOS Y SUS REPERCUSIONES SOCIALES

A lo largo de la presente investigación se ha mencionado que al conceptualizar el proceso salud-enfermedad se deben considerar elementos determinantes no sólo individual sino también colectivamente, ya que es un proceso biológico y social que se caracteriza por ser dinámico, complejo y dialéctico.

El hombre es ante todo un ser social que para poder desarrollarse, requiere indispensablemente del contacto con la gente, a través de la familia, grupos, organizaciones laborales, la sociedad misma «con todas las condicionantes, culturales, económicas y políticas que esto implica», ya que no hay que olvidar que el ser humano vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales de producción y estilos de vida concretos que determinan su salud-enfermedad.

El hombre, que es un ser esencialmente social, se desenvuelve dentro de una organización determinada, basada en las relaciones de producción, las que a su vez dependen del desarrollo de las fuerzas productivas. Es por esto que el trabajo desempeña un papel primordial en la vida del hombre, ya que por medio de esta actividad transformadora es como el hombre se relaciona consigo mismo y con los demás, (Reiko Ito, Mercado y Sánchez, 1981).

Según Katz y Kahn (1985), dentro del sistema social, se encuentran incluidos los siguientes elementos: los papeles, las normas y los valores.

Los papeles describen las formas específicas de conducta asociadas con determinadas tareas; las normas son las expectativas generales de carácter obligatorio para todos los que desempeñan un papel en un sistema o subsistema; y los valores son las justificaciones y aspiraciones ideológicas más generalizadas.

Son ejemplos de requerimientos de un papel que el obrero de una taladora reciba cierto material del hombre que ésta a su izquierda, taladre hoyos en 240 piezas de material por hora y las ponga, terminadas en una cinta continua situada a su derecha. Es una norma el enunciado que establece que todos los miembros de una organización deben seguir al pie de la letra las instrucciones de trabajo de sus superiores, de lo contrario se les castigará por insubordinación. Esta norma sirve para todo el sistema y viene a reforzar los requerimientos hechos al papel, (Silva y Zamudio, 1994).

El trabajador, empleado o ejecutivo pertenece a distintos subgrupos sociales dentro y fuera de la organización, que influyen en su comportamiento. La influencia de estos subgrupos ya sea internos (como el conformado por los compañeros de trabajo) o externos (por ejemplo la familia) se da a través de valores, normas y pautas de conducta. Estos elementos van a determinar el comportamiento del trabajador en las actividades que realice.

A este respecto, en 1988, Avendaño señaló que evidentemente el hombre no lleva a cabo su trabajo de manera aislada, sino que por el contrario, es mediante su realización como el hombre interactúa con otros individuos. Ante su trabajo, su comportamiento y estado de salud en general se encontrará necesariamente determinado por sus experiencias, motivaciones, actitudes, que son el resultado de las interacciones sociales que el individuo tiene con su familia, su grupo de trabajo, la organización y la sociedad en que se desenvuelve.

La vida de la mujer y el hombre moderno gira alrededor del trabajo independientemente de que lo deseen o no, de que se den cuenta o no; incluso el tiempo libre, el tiempo de no trabajo se encuentra determinado por éste; las formas de pensar y comportarse, de vestirse, de divertirse, de relacionarse con la familia y los amigos y más aún el estado de salud-enfermedad están moldeados por el trabajo, (Sandoval, 1993).

Dentro del proceso salud-enfermedad se encuentran inmersos los psicotrastrornos, que se incrementan cada día más entre la población trabajadora, provocando con ello no sólo una baja productiva en la industria, sino también repercusiones en la vida social del trabajador, por lo que más que realizar un enjuiciamiento social sobre las alteraciones psíquicas, se debe tener en cuenta las condiciones de trabajo y las condiciones sociales que influyen en la aparición de estos psicotrastrornos, así como sus repercusiones.

No puede desconocerse que las alteraciones psicológicas existen aunque asumen características diferentes en sus manifestaciones sintomáticas, en su tratamiento y en su pronóstico en las diversas clases y sociedades.

En relación a los trastornos psicológicos de la población trabajadora, Levi (1988), señala:

- + El nivel general de tensión física y psíquica de la población trabajadora es alto.
- + El grado de tensión parece haber aumentado durante los años setenta.
- + Hay acentuadas diferencias entre los tipos de tensión a que están sometidos los individuos pertenecientes a distintas capas socioeconómicas.

En los años setenta, Braverman y Edwards mostraron que los cambios tecnológicos y la racionalización del trabajo han causado efectos positivos y negativos en las habilidades ocupacionales y en el control del trabajo de los trabajadores. Las principales características del trabajo que por mecanización y automatización se modifican son: el ambiente físico, las habilidades de trabajo y la interacción social. (Meissner, 1969).¹³⁸

Braverman establece que el hombre al actuar sobre el objeto, debe comprender las leyes por las que éste se rige y apoyarse en estas leyes para su actividad. Es por ello que el trabajo puede ser caracterizado por el pensamiento conceptual, utilización de la imaginación y su expresión por medio del lenguaje; siendo capaz de producir excedentes. Todo esto crea las condiciones sociales y culturales que permiten ampliar la productividad en forma tal que el producto excedente puede ser continuamente ampliado.

Es importante mencionar que el modo de producción capitalista del proceso laboral tiene dos significados: uno técnico, a través del cual se generan productos o bienes de uso social; otro económico, generador de valor a través del consumo del excedente de la fuerza de trabajo. Ambos factores tienen un gran peso en el productor directo de los bienes, afectando la vida productiva del trabajador representada por su fuerza de trabajo y la reproductiva, expresada en su posibilidad de consumo, que determinan directa o indirectamente el nivel de vida y salud de la población trabajadora.

Alexander (1978) menciona a este respecto que con el desenvolvimiento de una sociedad urbana e industrial, han ocurrido vastos cambios significativos en la familia, la educación y el gobierno.

Estos cambios han tenido efectos psicológicos de largo alcance, ya que nuevas clases de actividades económicas que implican nuevos papeles sociales han alterado las preocupaciones de los individuos, de ellos mismos y de los demás. De hecho las personas han llegado a identificarse a sí mismas con sus papeles sociales y niveles de situación o status en instituciones económicas.

Prueba de ello, son las características económico-sociales y culturales de la mayoría de la población de los hospitales públicos, que muestran la existencia de: períodos frecuentes de desocupación, salarios bajos, casi la mitad de analfabetos, bajo nivel de educación, escolaridad mínima, porcentajes altos de hijos menores de edad, ocupaciones diversas y la mayoría no calificadas (Collis y Nava, 1970).¹³⁹ Tal situación también es observada posteriormente por Alvarez y Herrera, al encontrar que el 68% de las personas que ingresaron a hospitales públicos no tenían estudios o no habían terminado la primaria, cerca de la mitad

¹³⁸ Citado en: FORN, W. y BYRON, D., "Women, Man and Machines" *Work and Occupations. An International Sociological Journal*, Vol. 10, Núm. 2, 1983, SAGE Publications. p.151.

¹³⁹ * Citado en ROJAS, R., (1985) *Capitalismo y Enfermedad*. Polios Ediciones, México. p. 148.

(46%) tenían ingresos mensuales mínimos y en su mayoría eran albañiles, campesinos y choferes (84%). Estos estudios empíricos ayudaron a Rojas (1985) a descubrir una realidad que las estadísticas encubren: la situación social que difiere de una clase a otra por la forma de relacionarse con los medios de producción (propietarios, no propietarios) y por la parte de la riqueza social que les corresponde.

Pérez (1988), establece un perfil psicobiológico en el trabajador, en relación con los efectos de las condiciones técnicas y de organización del trabajo sobre los procesos conductuales y biológicos del individuo que presta su fuerza de trabajo, la complejidad de aquellas se suma a las características físico-químicas y mecánicas del lugar de trabajo.

Las diferencias de salud-enfermedad de cada proceso laboral son un indicador de las exigencias psicobiológicas que cada uno impone al trabajador. Cada uno de estos requerimientos junto con los aspectos económicos que lo rodean explican sus efectos en su salud.

Sin embargo, cabe señalar que los problemas originados en el trabajo repercuten en las demás áreas de la vida de los trabajadores provocando, entre otras cosas, el maltrato a los hijos, la ruptura de la pareja, la desintegración familiar, el alejamiento de amigos y compañeros de trabajo y la desintegración de la personalidad (Gómez, y Sandoval, 1989).

Las condiciones de vida de las familias de los trabajadores depende de una alimentación que cubra las requerimientos mínimos indispensables, de la asistencia a la educación escolar establecida, del acceso a los servicios de salud, de la cultura y la recreación. Por lo que puede señalarse que el proceso de trabajo y las condiciones de vida, afectan no solo la salud del trabajador sino que inciden en las condiciones salud-enfermedad de su propio grupo familiar (Guzmán y Madero, 1987).

A este respecto, Argyle (1992) establece que por un lado, la vida familiar, al basarse en la cooperación y en el apoyo mutuo, repercuten positivamente sobre el comportamiento relacionado con la salud: dietas más saludables, menor abuso de drogas y alcohol y una atención más cuidadosa de los regímenes de prescripción médica contribuyen a mejorar la salud física y la integridad mental de las personas que viven en familia en comparación con las que viven solas.

En relación a los accidentes y riesgos de trabajo cabe advertir que las consecuencias de éstos no terminan con la acción de pagar o indemnizar al trabajador de acuerdo a la parte del cuerpo afectado, sino que deberán también considerarse, los efectos psicológicos, es decir, su estado emocional, así como sus habilidades y aptitudes y dentro de ello, la adaptación, el desajuste en relación al periodo posterior al accidente, la readaptación al ambiente laboral, familiar y al medio social en general.

Hill y Triest en una serie de estudios realizados de 1953 a 1962 sugieren que los accidentes debieran considerarse un fenómeno psicosocial, que sirve como un medio para retirarse del sitio de trabajo. Al estudiar las inasistencias de trabajo durante un periodo de 4 años, encontraron que existía relación definitiva entre el accidente y ausencia por faltas no justificadas, señalando que un 73% de las faltas son de un día, argumentándose que los accidentes involucran hechos tanto de tipo colectivo como personal, y que en la industria acontecen mayormente entre los afiliados de algún tipo de organización laboral. Por lo que deducen que el tipo de relación entre los trabajadores y su lugar de trabajo es algo que salta a la vista (War, 1971).

Con todo esto se pone de manifiesto la importancia del contexto social en el accidente de trabajo, así como una serie de factores que intervienen de forma

directa o indirecta en la motivación de los síndromes psíquicos.

El grupo en el que por su importancia repercuten más directamente los riesgos de trabajo es la familia, porque ésta forma parte del mismo trabajador y es con quien comparte en mayor medida sus experiencias de la vida diaria (Gómez, y Cols. 1987).

Córdova y Ortiz (1984) mencionan que muchos de los aspectos psíquicos que germinan en el seno de la familia contribuyen a plasmar la personalidad del su. etc, pero que con frecuencia se llega a olvidar que el trabajo determina más la forma como el individuo organiza a su familia, que a la inversa.

Por ejemplo, si una familia obrera media cuenta económicamente con el mínimo indispensable para su sobrevivencia, cuando la principal fuente de ingreso es el padre-trabajador, y sufre un accidente, se ven más limitados sus ingresos familiares, va que sólo durante una etapa relativamente corta, el trabajador percibe su salario íntegro, después recibirá solamente la parte correspondiente al porcentaje de incapacidad que le corresponda, de acuerdo a la gravedad de la lesión.

Cabría también mencionar que el trabajador accidentado, a largo plazo tendrá necesariamente que incorporarse a la gran masa de desocupados y subocupados existentes en el país, afectando la tasa de salarios al aceptar remuneraciones menores a las que rigen en el mercado de trabajo.

El costo social de los riesgos de trabajo ha sido un factor limitante, en cierta medida, del proceso económico y social del país. Es necesario que las empresas dediquen mayores recursos en medidas de higiene y seguridad que, aun cuando a corto plazo les significará costos adicionales, a largo plazo habría que encontrar su contrapartida en la elevación de los niveles de productividad del trabajo, así como el desarrollo integral de los trabajadores (Barona de la O, 1976).

La responsabilidad en la prevención de los riesgos del trabajo alcanza también al trabajador, pues debe responder por su propia seguridad y la de sus compañeros. También está obligado, respecto a la familia que sostiene y a la sociedad, a mantenerse físicamente capaz de conservar sus características y su eficiencia como elemento de la producción, es decir, el trabajador y las organizaciones de trabajadores deben tomar conciencia de lo que implican las medidas de seguridad y exigirías a través de sus representantes o de las comisiones mixtas de higiene y seguridad, ya que son éstas las responsables del cumplimiento de las medidas preventivas y el principal eslabón entre autoridades y empresas (Barona de la O).

Por otro lado, el aumento constante de inflación y el hecho real de que las pensiones no aumentan en relación a la carestía, determinan las condiciones que la vida de la familia, víctima de tales circunstancias, se desarrollarán.

Las características que asume la organización moderna del trabajo para extraer mas plusvalía en el menor tiempo posible ha permitido, a través del desarrollo tecnológico, reducir la fatiga física, pero ha creado las condiciones para que se produzca la fatiga psíquica, la cual repercute no sólo en el trabajo sino en la vida social, dicho fenómeno reduce la capacidad sexual y posibilidad de extender las actividades del trabajador a otros campos como la cultura, la política, la recreación, etc. La moderna industria genera no solamente enfermedades orgánicas (físicas) o psicósomáticas, sino también psíquicas, así como las condiciones objetivas y subjetivas para que se presenten accidentes graves y frecuentes. (Rojas, 1985).

En relación a este punto, Gómez, y Cols. afirman que algunas de las repercusiones que puede sufrir el trabajador son: el agravio a su persona física

y en algunos casos la inutilidad para trabajar, por lo que sentirá frustraciones que pueden afectar seriamente su ámbito familiar, al reducirse sus ingresos, se modificará la estructura de consumo del trabajador, y sus hijos tendrán que incorporarse al trabajo a edades tempranas y truncar así su formación académica y con ello las posibilidades futuras de progreso.

No es fácil reconocer ni en los demás ni en uno mismo la presencia de psicostornos, pero cuando sea o se sienta necesario hay que recurrir a los especialistas, sin dejar de reportar la vida laboral.

Jackson y Maslach en 1981 estudiaron las relaciones familiares, el estrés profesional y la capacidad de relación de funcionarios de la policía. Mediante una encuesta a funcionarios de la policía y sus esposas se recogieron datos al respecto que demostraron que los funcionarios víctimas de estrés regresaban más nerviosos del trabajo estaban irritados, tensos, angustiados y quejumbrosos. Tenían dificultades para dormir de noche, a pesar de la fatiga física que experimentaban. Pasaban más tiempo alejados de sus familiares y, en opinión de sus esposas, se desinteresaban de los problemas familiares y tenían menos amigos. A este respecto, Brett (1980) menciona que hay numerosas razones para creer que el estrés de origen profesional influye a largo plazo e todos los aspectos de la vida. Las consecuencias del estrés crónico y continuo sobre las relaciones familiares son muy reconocidas y han sido objeto de numerosos estudios empíricos. Al parecer las familias de los trabajadores no manuales que tienen contacto con el público están particularmente expuestas a sufrir las consecuencias de los problemas que éstos encuentran en su trabajo.

Cabe señalar también que el sistema de trabajo lleva a los trabajadores a tomar alcohol en los momentos de ocio, y los fines de semana son los momentos más propicios, lo cuál provoca el ausentismo el lunes (San Lunes), u otros días de la semana que pueden ser causa de despidos. Por otra parte, el trabajo, bajo los efectos del alcohol hace más frecuentes los accidentes laborales. Además, los trastornos propios del alcoholismo dificultan las relaciones sociales, no sólo con los responsables de la empresa, sino también con los propios compañeros. (De la Garza y Vega, 1990)

Calderón (1967) señala que el alcoholismo afecta a la familia, en su economía y en su integridad desde el punto de vista psicológico independientemente de sus repercusiones en la economía nacional (ausentismo y despidos de trabajo)

En Francia, Brousse concluyó que del gasto total efectuado por particulares, el 7% correspondió a bebidas alcohólicas, cifra mayor que la del gasto destinado a alojamiento (5%), observando que en las clases económicamente débiles el porcentaje fue del 10%, sin embargo mas dañina que la repercusión económica del alcohol sobre el presupuesto familiar, se debe considerar la trascendencia psicológica que este problema origina.

La familia del alcohólico vive siempre en un estado de angustia permanente, conoce y teme sus relaciones violentas, pero no tienen posibilidad de evitarlas. Los hijos, que con frecuencia son el blanco de las burlas de sus compañeros de escuela, pronto se ven en la necesidad de abandonar los estudios ante el conflicto económico y el problema social que el problema determina (Calderón, 1967).

Uno de los modos más directos de concebir la afición a la bebida en relación con la familia es ver el hecho de que algún miembro beba en exceso como un agente nocivo a una dificultad para la vida. Un bebedor se convierte, por su condición en agente, y los demás miembros de la familia tienen que sufrir el impacto y ajustarse o hacerle frente, según el caso. Por ejemplo, hay ciertos

investigadores que han intentado estimar el grado de tensión a que queda expuesta la cónyuge (por lo general, la mujer de un marido alcohólico, en estos estudios) debido al alcoholismo en su consorte.

También se ha escrito mucho acerca del impacto que tiene sobre los hijos el hecho de que uno de los padres beba demasiado. (Jacob, Favorini, Meisel y Anderson, 1971; Wilson y Orford, 1978.¹⁶⁰ Entre las tensiones que describen tales niños está el que frecuentemente ven como los padres riñen y hasta se golpean; el tener que intervenir ellos en escenas de violencia y disputas; sentimientos crónicos de temor y aprensión por el estado y efectos de abriedad e infelicidad por la falta de diversión y el estado de tensión de la atmósfera familiar (Orford, 1985).

Lo anterior demuestra, por un lado, que dichos trastornos son el resultado del tipo de trabajo y de las condiciones en las que se labora y, por el otro, que las alteraciones que sufre el organismo por las características del trabajo a que está sometido repercuten en la vida familiar, alterando las relaciones con la esposa y los hijos.

Respecto a la equifuncionalidad de los factores socioculturales de la depresión, Polaino-Lorete (1985) señala que el problema se plantea en un grado de complejidad mayor. En primer lugar porque el elemento o los elementos que son tomados como variables sintomatológicas optimizantes de la universalidad son siempre síntomas que, incluidos en un sistema «el sociocultural» no pueden ser entendidos sin apelar dicho sistema, por lo que puede decirse que síntomas psicopatológicos sin inclusión en el sistema socioeconómico, político y cultural no tendría significación alguna.

En segundo lugar porque el estudio de un síntoma queda condicionado en función de los factores socioculturales en los cuales se encuentra inmerso el sujeto que padece tales síntomas.

En tercer lugar, para tratar de resolver dicho problema, Polaino-Lorete propone investigar brevemente los aspectos diferenciales/discriminantes entre unas y otras culturas y niveles sociales, ya que con los resultados obtenidos sería posible construir un equivalente transcultural específico, en relación con cada perfil psicopatológico concreto.

La investigación de la estructura familiar y sus implicaciones en la depresión parece obvia, aunque todavía requiere de un examen más profundo. Las actitudes de los padres (dependencia/independencia, sobreprotección/rechazo, calidad de tiempo dedicado debido a sus actividades laborales, permisos/castigos, etc.) lógicamente contribuyen a modelar el comportamiento de sus hijos y con él, el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos, etc., que de una u otra forma están implicados en el hecho depresivo (Polaino-Lorete, 1985).

Por su parte, Martínez Piña (1973) señala que la estructura sociofamiliar influye como colaboradora o entorpecedora en la empresa terapéutica y del mismo modo idéntica razón, en la aceptación y conocimiento de la enfermedad, porque en realidad el grupo la vive como suya, adoptando ante ella semejante postura a la del paciente, y en ocasiones mostrando defensas más claras que las de éste.

Sánchez y Avelar (1995) al investigar a 170 familias de obreros de las industrias del mueble, del calzado, textil, del acero y de la producción de

¹⁶⁰ Citados en: ORFORD, J., (1985) "El Medio Doméstico" FELDMAN, Ph., y ORFORD, J., *Promoción y Solución de Problemas Psicológicos aplicado la Psicología Social*. Editorial Limusa, México. p.p.22-26.

alimentos para aves; encontraron que los trastornos más representativos con los cuales se identificaron una gran parte de los miembros de las familias obreras son: los síntomas somáticos con 55,70%, las relaciones interpersonales con 65,60%, la ansiedad con 53,30% y la depresión severa con 69,20% (Ver Cuadro V).

Por su parte el padre de familia se manifestó con las relaciones interpersonales y la ansiedad; la madre con perturbaciones del sueño y conducta observada, mientras tanto los hijos se asociaron más a síntomas somáticos y depresión severa, mostrando así un perfil diferencial en cuanto problemas y sujetos (Sánchez y Avelar, 1995).

Con lo anterior se establece que la familia y sus relaciones internas pueden conformar una serie de elementos que afectan a todos sus miembros, dando origen a trastornos mentales.

CUADRO V

PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN MIEMBROS DE LAS FAMILIAS DE OBREROS DE LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, 1994

TRASTORNOS MENTALES	No. DE FAMILIAS	%
Síntomas Somáticos	270	55,70
Perturbaciones del Sueño	177	36,50
Relaciones Interpersonales	218	65,60
Ansiedad	259	53,30
Depresión Severa	335	69,20
Conducta Observada	185	38,20

Puente: Sánchez, H., y Avelar E.. (1994) Trastornos Mentales en Familias de Obreros de la Zona Metropolitana de Guadalajara.

Por lo que puede decirse que la ansiedad, la depresión y el malestar psicósomático están asociados al déficit en la capacidad para relacionarse positivamente con otro o déficit de apoyo social, ya sea a la incapacidad de controlar su medio o a la anomia o falta de sentido o propósito de la existencia (Páez, Adrián y Basabe 1992).

A todo esto Barrón (1992) establece que el ambiente social tiene una influencia determinante en el desarrollo de los trastornos psíquicos. Asimismo, en el ambiente social existen recursos que, convenientemente movilizados, pueden proteger a las personas de la influencia negativa de los eventos vitales que experimentan, así como fomentar la salud y el bienestar.

El apoyo social tiene efectos decisivos sobre la integridad mental. Es un concepto que puede definirse como "la percepción de que uno es querido, estimado o está estrechamente relacionado con otras personas".¹⁶¹ También cabe definirlo en términos objetivos, considerando, por ejemplo, la situación marital y la pertenencia a algún grupo social. Se ha descubierto que el apoyo social que proporcionan las relaciones íntimas tienen efectos amortiguadores, es decir, que actúa sobre todo en situaciones de estrés, mientras que el apoyo

¹⁶¹ REIS, H., (1964) "Social interaction and well-being" en DUCK, S., (comp.), *Personal Relationships*, Academic Press, Londres.

social que depende de las redes de contactos amistosos cuenta con un efecto directo, o lo que es lo mismo, que tiene consecuencias favorables se esté o no sometido a situaciones estresantes (Cohen y Willis, 1985).

El apoyo social que se recibe a través de las relaciones laborales también produce efectos amortiguadores; así mismo se dan diferencias individuales relativas a la capacidad de beneficiarse del apoyo social (Argyle, 1992).

Este apoyo social puede tener aspectos positivos para la integridad psíquica, pero también puede afectar a la salud física y a la longevidad (Schwarzer y Leppin, 1989).

La población urbana comparte algunas características: sus miembros en general tienden a ser severamente estigmatizados en circunstancias que agravan sus dificultades para el cuidado de su integridad psíquica. La sociedad frecuentemente rechaza a los miembros de esa población urbana por sus formas estereotipadas e improductivas. Algunas veces esta reacción toma una polarización política, lo que ha llevado a que estos individuos se sometan a una injustificable controversia política.

Según Bachrach (1992) existe un sinnúmero de alteraciones psicológicas y psiquiátricas entre la población urbana en varias ciudades Americanas. Estas alteraciones incluyen la violencia y abuso de mujeres, los niños y adolescentes sin hogar, las víctimas del SIDA, los adictos al alcohol y otras sustancias y a los pacientes mentales desinstitucionalizados que no tienen un lugar para vivir. El servicio de atención psicológica que necesita esta minoría, socioeconómicamente hablando, es menor, que el servicio a la gente que es diagnosticada únicamente con desórdenes mentales, sin embargo cabe señalar que ambos grupos necesitan de servicios psicosociales para asistirlos y ayudarlos a enfrentar los problemas que padecen.

Todo esto nos lleva a señalar que el trabajo al influir directa o indirectamente en la integridad psíquica de los trabajadores determina también el desarrollo social del propio sujeto, manifestado en sus relaciones familiares, laborales y sociales.

Por lo que es necesario resaltar el conocimiento concreto del vínculo del individuo con su sistema social, de forma que se llegue a visualizar la profundidad de muchos de los problemas psíquicos a que está sujeto y que a su vez permita buscar con él algunas alternativas reales de su sistema social pueda ofrecerle para afrontar y resolver conflictos, (Córdova, 1976).

CONCLUSIONES

El proceso salud-enfermedad es uno de los fenómenos intrínsecos en la vida del hombre ya que, desde sus inicios, se ha manifestado la presencia de enfermedades. Ante la presencia de dichas enfermedades, empezaron a surgir teorías que explicarían su causalidad, dando lugar a diversas concepciones en las diferentes culturas, entre las cuales se encuentran las místicas, como las primeras explicaciones en relación a éste hecho.

Poco después el hombre era considerado como una máquina, que había que reparar cuando enfermaba. Con las necesidades del propio momento histórico Descartes es quien establece la existencia de dos entidades separadas en el ser humano: el cuerpo y el alma; y es precisamente aquí donde empiezan a dilucidarse las dificultades de explicación en relación a la salud del individuo, ya que no sólo hay que considerar el componente biológico del ser humano sino también el aspecto subjetivo: mente, subjetividad o psiquismo.

Y es precisamente este hecho el que permite establecer que la Medicina, cómo la ciencia encargada de la salud en el hombre, no ha reconocido la importancia de las dimensiones psicológicas y sociales dentro del proceso salud-enfermedad. Por lo que para definir dicho proceso es necesario considerar el momento histórico-social, ya que el estudio de las enfermedades debe establecerse en relación a la colectividad humana y no en casos individuales, y como se establece la relación entre esos grupos, lo que permite ampliar el campo de acción de las ciencias encargadas del estudio de los procesos sociales en el trabajo.

Todo esto nos lleva a establecer que el estudio de la salud en el hombre resulta aún complicado si se relaciona con el proceso de trabajo, ya que ambos procesos son parte del hombre desde su formación como tal y su mediación con el medio ambiente que le rodea, tanto natural como social.

El hombre se desarrolla, crea, produce y se reproduce a través del trabajo, puesto que su propio desarrollo se ha visto determinado por la elaboración de instrumentos y transformación de la naturaleza misma por medio de su actividad.

A este respecto es necesario recordar que las formas de organización y división del trabajo dentro del sistema capitalista han traído como consecuencia no sólo el avance científico y tecnológico, sino la aparición de enfermedades y psicopatologías, además de la ocurrencia de accidentes de trabajo. Sin embargo no se le ha dado la importancia que debería, ya que la medicina como disciplina de la salud sólo atiende a la enfermedad dentro del aspecto biológico e individualista, sin considerar que tal enfermedad puede ser consecuencia de un ambiente de trabajo inadecuado que altera ese sistema biológico dando lugar a las enfermedades, por lo que es necesario establecer que la salud es un proceso biológico, pero principalmente social que debe ser considerado dentro de las disciplinas de la salud en el trabajo. Sin embargo el trabajo dentro del sistema capitalista además de haber permitido el incremento de producción y de capital, también dio lugar a un deterioro en el estado de salud del trabajador y un incremento de trastornos psicológicos en la población trabajadora.

Cabe mencionar que el trabajador generalmente no reconoce la influencia que tiene el trabajo en la manifestación de enfermedades y alteraciones psíquicas ya que el trabajo es considerado uno de los medios básicos para poder subsistir y con ello satisfacer sus necesidades; y que aun dejando de trabajar, no mejoraría su estado de salud.

Para el estudio de las enfermedades de trabajo es necesario obtener información relativa a las condiciones de trabajo y el estado de salud de los trabajadores, lo que permitió establecer la relación entre los posibles factores causales y las alteraciones detectadas en los trabajadores; mediante una secuencia, será posible explicar sus causas, de alguna manera prevenir su ocurrencia y aplicar las medidas preventivas en las diversas etapas de la historia natural del proceso patológico.

Pero ¿que hay en relación a los determinantes psicológicos y sociales del proceso salud-enfermedad dentro del proceso laboral? El hablar de integridad psíquica en el trabajo es hacer referencia al vínculo existente entre las condiciones de trabajo y las condiciones de vida del trabajador, su subjetividad y su comportamiento frente a ellas. Hablar de integridad psíquica es hacer referencia a los términos normalidad y adaptación, que han sido utilizados para establecer, que lo que el hombre considera dentro de la norma es lo que debe ser considerado como aceptación y lo que se encuentra fuera de ésta como rechazo, y para evitar ser calificado como anormal, y ser aceptado debe recurrirse a la adaptación a la norma.

Esto su visualiza claramente cuando se habla de salud mental en el trabajo, ya que para que un trabajador sea considerado como normal dentro del proceso laboral, debe ser un buen trabajador, responsable, cumplir con los horarios impuestos, no responder a las agresiones del medio ambiente laboral y contar con una buena salud para no propiciar gastos a la empresa a la cual presta su fuerza de trabajo. Sin embargo, la situación real es que no existe un trabajador que sea inmune al medio ambiente laboral, a las condiciones de trabajo y a la organización del mismo, prueba de ello son las investigaciones reportadas en este trabajo, ya que se ha demostrado la gran influencia que tienen estas condiciones sobre la salud física e integridad mental del trabajador. Por ejemplo la rotación de los turnos, la alteración de los ritmos biológicos, la monotonía, la insatisfacción laboral, las situaciones estresantes como la vigilancia de maquinaria automatizada, la atención prolongada, que entre otras situaciones causan psicostorornos como la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, las adicciones y la fatiga; al igual que el estrés y las neurosis, siendo éstas últimas las únicas consideradas como enfermedades de trabajo según la Ley Federal del Trabajo y demás leyes encargadas de regular la salud del individuo.

Por lo que para valorar la dimensión justa de la integridad psíquica en el trabajo y dar atención y solución correctas a las causas que la determinan, debe partirse del conocimiento y análisis científico de las condiciones de trabajo y de vida que constituyen el contorno social del trabajador. Sin embargo cabe mencionar que en la explicación de la integridad psíquica es preciso considerar la complejidad de los procesos involucrados en la determinación, en las que las condiciones de trabajo sólo son una parte de ese complejo, ya que las causas que originan los psicostorornos no son únicas, ni exclusivas del trabajo.

El análisis del proceso de trabajo en relación a la integridad psíquica ayudará a comprender de forma integral los problemas que se suscitan en los centros laborales, así como sus consecuencias sobre las relaciones humanas del trabajador.

Sin embargo, cabe señalar que los problemas originados en el trabajo repercuten en las demás áreas de la vida de los trabajadores provocando, entre otras cosas, el maltrato a los hijos, la ruptura de la pareja, la desintegración familiar, el alejamiento de amigos y compañeros de trabajo y la desintegración de la personalidad. Por lo que puede señalarse que el proceso de trabajo y las condiciones de vida, afectan no sólo la salud del trabajador sino que inciden

en las condiciones salud-enfermedad de su propio grupo familiar.

Todo esto nos lleva a señalar que el trabajo, al influir directa o indirectamente en la integridad psíquica de los trabajadores determina también el desarrollo social del propio sujeto, manifestado en sus relaciones laborales y extralaborales.

Es conveniente considerar dentro de la concepción salud-enfermedad en el trabajo la existencia de factores que desencadenan la presencia alteraciones en la salud física y la integridad mental del trabajador, además de establecer que existen relaciones sociales que determinan éste proceso, lo que amplía la acción de disciplinas como la Psicología, la Sociología, la Medicina Social dentro del campo laboral.

Para determinar el nivel de salud de una población debe considerarse el aspecto social, que involucra ámbitos jurídicos, ideológicos, morales, políticos y gnósticos; ya que son las bases que establecen el nivel de desarrollo de un país y su relación con el resto del mundo.

Sin embargo es necesario mencionar que evaluar la salud de los trabajadores es muy difícil debido a la escasa información con que se cuenta en relación a este ámbito; a la poca importancia que se ha dado a este campo dentro de las disciplinas de la salud y a las pocas acciones de las instituciones, patronos y trabajadores en el campo de la salud laboral, ya que sólo se han dedicado a esconder la situación en salud y trabajo favoreciendo a las empresas para lograr un incremento en la productividad, sin importar el perjuicio que causan en los trabajadores.

Gran parte de estas carencias se debe entre otras cosas al escaso reconocimiento social de los trastornos psíquicos, al igual que a la atención y prevención que debe prestarse a la población trabajadora; a la escasa intervención de los profesionales de la psicología dentro del campo laboral en relación a los problemas de salud en el trabajo y a la escasa legislación establecida hasta el momento, en relación a la integridad psíquica del trabajador, así como las consecuencias que éstos provocan tanto a nivel personal, como a nivel social.

Para prevenir problemas de salud en el trabajo deben establecerse estudios rigurosos sobre las condiciones de trabajo y sobre el estado de salud de los trabajadores, así como establecer una constante vigilancia por parte de los propios trabajadores (por medio de organizaciones sindicales u organismos políticos) en relación a las empresas y las instituciones públicas encargadas de atender la salud de los trabajadores; así como la modificación legal pertinente para la atención de la salud e integridad psíquica del trabajador.

De acuerdo a las investigaciones reportadas en relación a la salud en el trabajo, los psicostornos que con más frecuencia se presentan en la población trabajadora son: las neurosis, ansiedad, irritabilidad, fatiga y disturbios del sueño. Lo que da lugar a establecer la estrecha relación que existe entre los trastornos psicológicos y el trabajo, además de considerar que puede llegar a causar problemas más severos como las psicosis o trastornos psiquiátricos que requieren de una atención especializada para su posible recuperación.

BIBLIOGRAFIA

- ACOSTA, J., (1993) Seguridad e Higiene. *Memorias del Primer Congreso de Almacenes e Inventarios*, Departamento del Distrito Federal, Enero, México.
- AITKEN, C., (1987) "Psychosomatics for All-Past, Present and Future. Psychotherapy and Psychosomatics. MARTINEZ, C., DE LA GARZA, D., y REYES, G., (Copiladores) *Teorías y Modelos para la Producción de la Patología Psicofisiológica*. E.N.E.P., Zaragoza, UNAM, México, 1990.
- ALBURQUEQUE, H., (1976) "Los Determinantes de la Producción y Distribución de la Enfermedad. Medicina, Economía y Política" *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. UNAM, México.
- ALEXANDER, Th., (1978) *El Desarrollo Humano en la Epoca del Urbanismo*, Editorial Manual Moderno, México.
- ALVAREZ, J., BUSTAMANTE, M., FERNANDEZ DEL CASTILLO, F., y otros, (1960) *Historia de la Salubridad y Asistencia en Mexico*. Vol.II, México, S.S.A.
- ALVAREZ, M., ANZURES, B., BIRO, E., DE LA FUENTE, R., PEREGRINA, L., PEREZ, R., WARMAN, A., y RODRIGUEZ, J., (1974) "Historia Natural de la Enfermedad" *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol.17, N21.
- ALVAREZ, R., (1991) *Salud Pública y Medicina Preventiva*, Editorial Manual Moderno, México.
- ALVARO, J., TORREGROSA, J., y GARRIDO, A., (1992) "La Salud Mental como Fenómeno Psicosocial" *Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental*, Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., Madrid.
- ALVEAR, G., y VILLEGAS, J., (1989) "Los Riesgos y sus Efectos en la Salud" NORIEGA, M., (Coordinador) *En Defensa de la Salud de los Trabajadores*. SITUAM, México.
- ANASTASI, A., (1970) *Psicología Aplicada, Vol.2 Psicología del Trabajo*, Editorial Kapeluz, Buenos Aires.
- Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud*, 1987, México.
- ARGYLE, M., (1977) *Psicología Social del Trabajo*, Ediciones Deusto, S.A., España
- ARGYLE, M., (1992) "Efectos del Apoyo Social derivado de Distintas Relaciones en la Felicidad y en la Salud Mental". ALVARO, L., TORREGROSA, R., y GARRIDO, A., (Comps.) *Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental*, Siglo XXI Editores, México.
- ARREGUIN, V., RUIZ, S., y FERNANDEZ, O., (1985) *Los Riesgos de Trabajo en los Seguros Sociales*, México.

- ATALLI, J., (1981) "El Orden Canibal" *Vida y Muerte de la Medicina*. Editorial Planeta, S.A., Barcelona.
- BACHARACH, L., (1992) "The Urban Environment an Mental Health" *The International Journal of Social Psychiatry*, Vol.38, Nº 15-15.
- BANKS, M., (1992) "Desempleo y Salud Mental: Investigaciones Británicas Recientes" ALVARO, J., TORREGROSA, J., y GARRIDO, A., (Comps) *Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental*. Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid.
- BARBOZA, J., (1982) "Enfermedades Ocupacionales" TECLA, A., (Coordinador) *Enfermedad y Clase Obrera*. Instituto Politécnico Nacional. Sección de Investigación de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, México.
- BARONA DE LA O. M., (1976) "Costo Social de los Riesgos de Trabajo" *El Hombre y el Trabajo*. La Prensa Médica Mexicana. Dirección de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México.
- BARQUIN, M., (1981) *Medicina Social*. Librería de Medicina, México, 2a. Edición.
- BARRON, A., (1992) "Apoyo Social y Salud Mental". ALVARO, L., TORREGROSA, R., y GARRIDO, A., (Comps) *Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental*, Siglo XXI Editores, México.
- BASAGLIA, F., GIOVANNINI, E., MINIATI, S., PINTOR, L., PIRELLA, A., y Otros (1978) *La Salud de los Trabajadores*. Editorial Nueva Imagen, México.
- BASTIDE, R., (1983) *Sociología de las Enfermedades Mentales*, Siglo XXI Editores, México.
- BERLINGUER, G., (1977) *Psiquiatría y Poder*. Granica Editorial, Barcelona.
- BERMANN, S., (1993) "El Estudio de la Salud Mental en relación con el Trabajo" LAURELL, C., (Coordinadora) *Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores*. Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000, No.3, Organización Panamericana de la Salud.
- BERNAL, J., (1990) *La Ciencia en la Historia*. Editorial Nueva Imagen, México.
- BLANCO, J., CORDOVA, G., EIBENSCUTZ, C., ARELLANO, O., y LÓPEZ, J., *Política Sanitaria Mexicana en los Ochenta*. Fin de Siglo Editores, S.A. de C.V. y Centro de Estudios en Salud y Política Sanitaria, A.C., México.
- BOHORQUEZ, A., (1990) "El Panorama Actual de las Enfermedades Laborales en México". *Memorias del Quinto Encuentro Interinstitucional de Salud Ocupacional y Ambiental*. E.N.E.P. Zaragoza, México.
- BOHORQUEZ, A., (1993) "La Salud en el Trabajo: Antecedentes, Concepto y Propósito" *Revista Médica del INSS*. Vol.31, Núm.1., México.

- BOHORQUEZ, A., MANCEBO DEL CASTILLO, M., TELLEZ, A., MONTOYA, M., GUTIERREZ, X., SCHMIDT, E., y BARBATARLO, A., (1983) "Enfermedades de Trabajo" *Lecturas en Materia de Seguridad Social*, IMSS, México.
- BREILH, J., (1989) *Epidemiología: Economía, Epidemiología y Política*. Editorial Universitaria, México.
- BREÑA, F., (1988) *Ley Federal del Trabajo. Comentada y Concordada*. Colección Leyes Comentadas, Editorial Harla, México.
- BRETT, J. M., (1980) "The Effects of Job Transfer on Employees and Their Families" En: O.I.T., (1986) *Factores Psicosociales en el Trabajo: Naturaleza, Incidencia y Prevención*. Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, Núm.56, Ginebra.
- BRISENO, A., (1985) *Derecho Individual del Trabajo*. Colección Textos Jurídicos Universitarios, Editorial Harla, México.
- BROPHY, J., "Trastornos Psiquiátricos" SCHROEDER, S., KRUPP, M., TIERNEY, L., y McPHEE, S., (Coordinadores) *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. Editorial Manual Moderno, México.
- CALDERON, G., (1967) "Consecuencias Sociales y Económicas de la Ingestión Anormal de Alcohol" *Revista de la Facultad de Medicina*, México.
- CALDERON, G., (1984) *Salud Mental Comunitaria. Un Nuevo Enfoque de la Psiquiatría*. Editorial Trillas, México.
- CARDENAS, A., (1994) "Enfermedades Crónicas en la Población Mexicana" *Salud al Día. Suplemento Mensual del Periódico El Día*. Año 1, Vol.1, Nº 7, México.
- CARCAVALLO, V. y PLENCIVICH, A., (1973) *Ecología y Salud Humana* Intermédica, Argentina.
- CASALET, M., (1982) *Salud y Bienestar de la Fuerza de Trabajo. Estudio de Caso: Automotriz y Petroquímica*. Cuadernos INET, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto Nacional del Trabajo, México.
- CESERMAN, S.A., (1968). *Salud y Progreso Humano*. Pax, México.
- CHRISTIS, J., (1988) "Cambios en los Procesos de Producción y Stress", En: *El Movimiento Obrero ante la Reconversión Productiva*. Vol.1. CTM-CSES-OIT.
- CLEGHORN, J., y LOU LEE, B., (1993) *Enfermedades Mentales* Editorial Manual Moderno, México.
- COHEN, G., (1983) *La Psicología en la Salud Pública* Textos Extemporáneos, México.
- COHEN, S., y GUTIERREZ, S., (1981) *Trabajadores y Seguridad Social en América Latina*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

- COHEN, S. y WILLS, T. (1985) "Stress, social support, and the buffering hypothesis". *Psychological Bulletin*, Núm. 98.
- COLUNGA, M., (1993) "Servicios Médicos en Empresas de Cancún, con Alto Índice de Accidentes de Trabajo" *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, Vol.31, Núm. 5-6.
- CORDOVA, A., (1976) *La Dimensión Humana del Accidente de Trabajo* Editorial Popular de los Trabajadores, México.
- CORDOVA, A., y ORTIZ, F., (1979) "El Proceso de Trabajo y su Relación con la Salud Mental" *Revista Salud Mental*, Vol 2, A fo 2, N24, Diciembre.
- COWEN, E., (1985) "El Medio Comunitario" FELDMAN, Ph., y ORFORD, J., *Prevención y Solución de Problemas Psicológicos Aplicando la Psicología Social*, Editorial Limusa, México
- COX, T., (1978) "Stress" University Park Press, Baltimore. Citado en: IVANCEVICH, J., y MATTESON, M., (1989) *Estrés y Trabajo. Una Perspectiva Gerencial. Serie Teoría y Práctica Organizacional* Edit. Trillas, México
- CRUZ, C., (1984) *Condiciones de Trabajo y Tecnología Digital en la Industria Telefónica*. Coloquio Salud y Seguridad en el Trabajo en México: Situación Actual y Perspectivas, D.E.P. Facultad de Economía, U.N.A.M., Octubre 1984.
- CUETOS, M., (1978) "Patología del Trabajo". ITURREGUI, M., (Coordinador) *Conocimientos Básicos de Higiene y Seguridad, en el Trabajo*. Ediciones, Debusto, S.A., España.
- DE GORTARI, E., CASTRO, E., y FERNANDEZ, F., (1993) "Costo de Operación de los Hospitales Psiquiátricos de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal" *Salud Pública de México*, Noviembre-Diciembre, Vol.35, N26, México.
- DEJOURS, Ch., (1987) *A Loucura do Trabalho. Estudo de Psicopatologia do Trabalho* Oboré Editorial, Sao Paulo, Brazil.
- DE LA GARZA, F., y VEGA, A., (1990) *La Juventud y las Drogas. Guía para Jvenes, Padres y Maestros*, Editorial Trillas, México.
- DE LA FUENTE, R., (1974) Mesa Redonda "Historia Natural de la Enfermedad", *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol.17, N21, México.
- DEL REY, J., (1991) "Enfermedades Profesionales" *Medicina Preventiva y Salud Pública*, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. MASSON SALVAT, Barcelona
- DELGADO, J. L., (1989) "Aspectos de Legislación en Materia de Higiene y Seguridad", NORIEGA, M., (Coordinador) *En Defensa de la Salud en el Trabajo*, SITUAM, México.
- DESOILLE, H., MERCADAL, M., SCHERRER, J., y TRUHUAT, R., (1993) *Medicina del Trabajo*, Editorial Masson S.A., España.

- Diccionario de la Lengua Española**, (1970) Decimonovena Edición, Editorial Calpe, S.A., Madrid.
- DOMINGUEZ, (1991) "Salud Laboral" **Medicina Preventiva y Salud Pública**, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. MASSON SALVAT, Barcelona.
- DSM-III-R. Manual, Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales** (1992) Editorial Masson, S.A., Barcelona.
- DUBOS, R., (1975) **El Españismo de la Salud**, Fondo de Cultura Económica, México.
- ECHVERRIA, M., FRANCO, S., LOPEZ, M., SANCHEZ, R., SEMPETEGUI, A., y VEGA, M., (1980) "El Problema de la Salud en DINA" **Cuadernos Políticos** No. 26 Octubre-Diciembre, México.
- EPELMAN, M., FERNANDEZ, J., y LLORET, A., (1978) "Estudio Médico, Psiquiátrico y Fisiológico en Trabajadores Expuestos a Riesgo Eléctrico" **Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud**, Vol.4, No.11.
- FARRINGTON, B., (1974) **Nano y Cerebro en la Grecia Antigua** Editorial Ayuso, Madrid.
- FERNANDEZ, J., (1986) "Salud Mental en el Trabajo" MATRAJT, M., **Salud Mental y Trabajo**, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.
- FORM, W., y BYRON, D., (1983) "Women, Men, and Machines" **Work and Occupations**, An **International Sociological Journal**, Vol.10: N2 2; May, SAGE Publications.
- FRANCO, J., (1990) "Perspectivas de los Agentes Químicos en el Campo de la Salud de los Trabajadores" **Gaceta Médica de México**, Organó de la Academia Nacional de la Medicina, Vol. 126, No.3 Mayo-Junio.
- FRASER, R., (1947) 'The Incidence of Neurosis among Factory Workers', Medical Research Council, His Majesty's Stationery Office. Citado en: ARGYLE, M., (1977) **Psicología Social del Trabajo**, Ediciones Deusto, S.A. España.
- FRECH, J., y CAPLAN R., (1973) "Occupational stress and individual strain", AMACOM, New York. Citado en: JONES-JOHNSON, G., y JOHNOSON, R., (1992) "Subjective Underemployment and Psychosocial Stress: The Role of Perceived Social and Supervisor Support" **The Journal of Social Psychology**, Vol.132, N21, February.
- FRIEDMAN, G., y NAVILLE, P., (1985) **Tratado de Sociología del Trabajo**, Fondo de Cultura Económica, México.
- GERARD, A., y DE LA VEGA, A., (1991) **Manual del Seguro Social** Noriega Editores y Editorial Limusa, México.

- GOMEZ, G., (1982) "Proceso de Trabajo y Trastornos Psíquicos" TECLA, A., (Coordinador) *Enfermedad y Clase Obrera*, Instituto Politécnico Nacional, Secretaría Académica Dirección de Graduados e Investigación Escuela de Enfermería y Obstetricia.
- GOMEZ, G., (1993) "Consideraciones sobre los Psicotrastornos y el Trabajo" *Psicología y Sociedad* 17/18, Universidad Autónoma de Querétaro, México.
- GOMEZ, G., "Lo Social" Mecanograma, Febrero de 1995, México.
- GOMEZ, G., y SANDOVAL, J., (1989) "Alienación y Trabajo", NORIEGA, M., (Coordinador) *En Defensa de la Salud en el Trabajo*, SITUAM, México.
- GOMEZ, J., LOPEZ, A., y MONROY, C., (1987) *Factores Psicosociales que Intervienen en los Riesgos de Trabajo*, (Tesis) Fac. de Psicología, U.N.A.M.
- GONZÁLEZ, E., (1988) *Diagnóstico de la Salud en México* Trillas, México.
- GONZALEZ, K., (1993) "La Modernización de la Atención de la Salud" *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 31, Nº 4., México.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA JEFATURA DELEGACIONAL DE SERVICIOS MEDICOS EN PUEBLA, Instituto Mexicano del Seguro Social, (1993) "La Administración del Modelo Moderno de Atención a la Salud en las Delegaciones" *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol.31 Nº 5-6, México.
- GUIALLUCA, D., BATTAGLINO, A., MARRAU, M., y LAQUEZ, S., (1991) "La Sobreadaptación al Trabajo en Forma de Alienación" *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, Vol. 10, Nº 1.
- GURIN, G., VEROFF, J., y FIELD, S., (1960) "Americans view their Mental Health", Basic Books, New York, Citado en: ARGYLE, M., (1977) *Psicología Social del Trabajo*, Ediciones Deusto, S.A. España
- GUZMAN, G., y MADERO, N., (1987) *La Determinación de las Condiciones de Trabajo en la Salud y el Nivel de Vida Familiar de los Obreros de la Empresa Textil DELVER*, (Tesis) UNAM, México.
- HERNÁNDEZ, H., (1982) "La Historia de la Participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México 1935-1980", ORTIZ, F., (Editor) *Vida y Muerte del Mexicano*, Tomo II, Folios Ediciones, México.
- Indicadores y Noticias de Salud, Mortalidad 1992 *Revista Salud Pública de México*, Enero-Febrero de 1994, Vol.36, Nº1, México.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL *Información Estadística de Salud en el Trabajo 1992*, Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, México.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, (1985) *Neurosis*, Subdirección General Médica y Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo del IMSS, México.

- IVANCEVICH, J., y MATTESON, M., (1989) *Estrés y Trabajo. Una Perspectiva Gerencial*. Serie Teórica y Práctica Organizacional, Editorial Trillas, México.
- JABLENSKY, A., (1992) "Politics and Mental Health I" *The International Journal of Social Psychiatry*, Vol.38, No1.
- JASIS, M., y GUENDELMAN, S., (1993) "Maquiladoras y Mujeres Fronterizas: Beneficio o Daño a la Salud Obrera?" *Salud Pública de México*. Noviembre-Diciembre de 1993, Vol.35, No6.
- JERVIS, G., (1977) *Manual Crítico de Psiquiatría*, Editorial Anagrama, Colección: Elementos Críticos 10, Barcelona.
- JONES-JOHNSON, G., y JOHNSON, R., (1992) "Subjetive Underemployment and Psychosocial Stress: The Role of Perceived Social and Supervisor Support" *The Journal of Social Psychology*, Vol.132, No.1, February.
- JORES, A., (1967) *La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo*, Siglo XXI Editores, México.
- JOVAL, R., (1993) "La Prevención en el Seno de la Empresa" MARTI, J., y DESOILLE, H., (1993) *Medicina del Trabajo*, Editorial Masson, S.A. España.
- KATZ, D., y KAHN, A., (1985) En: SILVA, R., y ZAMUDIO, C., (1994) *Propuesta para Reducir el Estrés en las Organizaciones Laborales*, (Tesis) UNAM, México.
- KAYE, D., (1985) *Los Riesgos de Trabajo*, Trillas, México.
- LAIN, E., (1972) *Historia Universal de la Medicina*, Tomo II, Salvat Editores, México.
- LAURELL C., (1976) "Algunos Problemas Teóricos y Conceptuales de la Epidemiología Social", *Debates en Medicina Social* (1991) OPS-ALAMES, Ecuador.
- LAURELL, C., (1978) "Proceso de Trabajo y Salud" *Cuadernos Políticos N217*, Editorial Era, México.
- LAURELL, C., (1982) "La Salud-Enfermedad como Proceso Social" *Revista Latinoamericana de Salud 2* Editorial Nueva Imagen, México.
- LAURELL, C., (1986) "Salud y Trabajo: los enfoques teóricos" En: NANES, E., *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Tendencias y Perspectivas*, OPS-CIESU: Montevideo.
- LAURELL, C., LEPE, J., GARDUÑO, M.A., SCHLAPFER, L., NORIEGA, M., VILLEGAS, J., RIVERA, J., y PEREZ, S., "Reforma de las Políticas de Salud en la Defensa de la Vida" *Coyuntura. Análisis y Debate de la Revolución Democrática*, Núm. 50/51, Tercera Epoca, Julio-Agosto de 1994.

- LAURELL, C., y ENRIQUEZ, E. (1980) "La Política de Salud en la Crisis Económica: 1976-1978". *Territorios*. No. 2. UAM-X, México.
- LAURELL, C., y MARQUEZ, M., (1983) *El Desgaste Obrero en México: Proceso de Producción y Salud*. Ediciones Era, México.
- LAURELL, C., y NORIEGA, M., (1987) *Trabajo y Salud en SICARTSA*. SITUAM, México.
- LAURELL, C., y NORIEGA, M., (1989) *La Salud en la Fábrica: Estudios sobre la Industria Siderúrgica en México*. Ediciones Era, México.
- LEGASPI, A., (1985) *Neurosis*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- LEGASPI, A., (1988) *Aspectos Generales de la Patología en el Trabajo*. Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- LEGASPI, A., (1990) "Las Enfermedades del Trabajo, su Importancia de Diagnóstico y Evaluación" *Gaceta Médica de México*. Órgano de la Academia Nacional de Medicina. Vol.26, NQ3.
- LEGASPI, A., y BOHORQUEZ, A., (1988) "Enfermedad de Trabajo: Concepto y Evolución en México" MARTINEZ, F., (Coordinador), *La Salud en el Trabajo*. LITOARTE, Novum Corporativo.
- LEVI, L., (1988) "Las Enfermedades Psicósomáticas como Consecuencia del Estrés Profesional" O.M.S. *Los Factores Psicosociales en el Trabajo*, Ginebra.
- LEY DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO Y LA LEY DEL ISSSTE**, (1994) Ediciones Delma, México.
- LEY DEL SEGURO SOCIAL** (1990) Colecciones Leyes Mexicanas, Editorial Harla, México.
- LEY FEDERAL DEL TRABAJO** (1993) Editorial Alco, México
- LOPEZ, A. D., (1981) *La Salud Desigual en México*. Siglo XXI Editores, México.
- LOPEZ, L., RODRIGUEZ, C., SOTO, J., y SOTO, H., (1988) "Beneficios Económicos Obtenidos en un programa Conductual en Seguridad del Trabajo" *Revista Psicológica del Trabajo y de las Organizaciones*. Vol. 4, NQ 10.
- LOPEZ, O., (1992) "La Política de Salud en México: Un ejemplo de Liberalismo Social?" LAURELL, C., (Coordinadora), *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo*. Fundación Friedrich Ebert Stiftung, México.
- LOPEZ, O., y BLANCO, J., (1992) "La Modernización Neoliberal en Salud" *México en los Ochentas*. UAM-Xochimilco, México.
- MACIAS, J., (1993) "Neurosis y Sociedad" *DIFusión Científica. Revista del Instituto Nacional de Salud Mental*. Año 1, NQ 1, Tomo I, Enero-Julio, México.

- MARQUEZ, E., (1982) "Salud Ocupacional" Instituto Mexicano del Seguro Social. *Lecturas en Materia de Seguridad Social: Medicina del Trabajo*, México.
- MARTINEZ, A., (1973) *Patología Psicosomática en la Clínica Médica y Psicológica*. Editorial Científico Médica, España.
- MARX, C., (1968) *Manuscritos Económicos Filosóficos de 1844, Clásicos del Marxismo*. Editorial Grijalbo, México.
- MARX, C., (1975) *El Capital*, Tomo I, Volumen I, Siglo XXI Editores, México
- MARX, C., (1981) *El Capital*, Tomo II, Fondo de Cultura Económica, México.
- MATRAJ, M., (1984) "Hacia una Nueva Salud Mental Ocupacional" *Coloquio Salud y Seguridad en el Trabajo en México: Situación Actual y Perspectivas*. D.E.P. Facultad de Economía, U.N.A.M., Octubre.
- MATRAJ, M., (1987) *Las Enfermedades Mentales en la República Mexicana*. Ediciones Taller Abierto, México.
- MATRAJ, M., (1991) "Industrialización, Proceso de Trabajo y Salud Mental" *Subjetividad y Cultura*, México.
- MCKEOWN, J., y LOWE, C., (1981) *Introducción a la Medicina Social*, Siglo XXI Editores, México.
- MENENDEZ, E., (1990) *Morir de Alcohol: Saber y Hegemonía Médica*. Alianza Editorial Mexicana/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.
- MORENO, E., MOGUEL, J., DIAZ DE SANDI, M., GARCIA, M., y CESARMAN, E., (1982) *Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México*. IMSS, México.
- NAVARRO, V., (1979) *La Medicina bajo el Capitalismo*. Editorial Crítica, Grupo Editorial Grijalbo, Barcelona.
- Necesidades Esenciales de México. Situación Actual y Perspectivas al año 2000.* (1985) Salud 4, Siglo XXI Editores, México .
- NEFFA, J., (s/f) *¿Que son las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo?*. Editorial Humanitas, Buenos Aires.
- NEFFA, J., (1981) *Proceso de Trabajo, División del Trabajo y las Nuevas Formas de Organización del Trabajo*. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Instituto de Estudios del Trabajo, CONACYT. Septiembre, México.
- NORIEGA, M., (1988) "El Trabajo, sus Riesgos y la Salud" NORIEGA, M., (Coordinador) *En Defensa de la Salud en el Trabajo*. SITUAM, México.

- NORIEGA, M., (1989) "Diversas Experiencias de los Trabajadores sobre la relación entre el trabajo y la salud" NORIEGA, M., (Coordinador) *En Defensa de la Salud de los Trabajadores*. SITUAM, México.
- NORIEGA, M., (1993) "Organización Laboral, Exigencias y Enfermedad" LAURELL, C., (Coordinadora) *Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores*. Serie PALTEX; Salud y Sociedad 2000, No.3, Organización Panamericana de la Salud.
- NORMA OFICIAL MEXICANA. Normatización en Seguridad, Higiene y Medio Ambiente Laboral.** (1994) Folleto de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México.
- ORFORD, J., (1985) "El Medio Doméstico" FEELDMAN, Ph., y ORDFORD, J., *Prevención y Solución de Problemas Psicológicos Aplicando la Psicología Social*. Editorial Limusa, México.
- O. I. T., (1983) *Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*. Manual de Educación Obrera, Ginebra..
- O.I.T., (1984) *La O.I.T. y el Mundo del Trabajo*, Ginebra.
- O. I. T., (1986) *Factores Psicosociales en el Trabajo. Naturaleza, Incidencia y Prevención*, Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo N256, Ginebra.
- ONGARO, F., (1992) "Politics and Mental Health II" *The Journal of Social Psychiatry*. Vol 38, No. 1.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1986) *Enfermedades Ocupacionales. Guía para su Diagnóstico*. Publicación Científica 480, Washington.
- ORTIZ, F., (1982) *Vida y Muerte del Mexicano* Tomo II, Folios Ediciones, México.
- ORTIZ, F., "Descartes y el Dualismo Mente-Cuerpo" *Uno más Uno*, 8 de Noviembre de 1982, México.
- ORTIZ, F., (1983) "Aspectos Psicológicos de la Enfermedad Orgánica" *Revista Médico Moderna*. Vol XXI, No.9, México.
- PAEZ, D., ADRIAN, J. A., Y BASABE, N., (1992) "Balanza de Afectos, Dimensiones de la Afectividad y Emociones: una aproximación Sociopsicológica a la Salud Mental". ALVARO, L., TORREGROSA, R., y GARRIDO, A., (Comps.) *Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental*. Siglo XXI Editores, México.
- PALMA, A., (1977) La División Capitalista del Trabajo. *Cuadernos de Pasado y Presente*, No. 32, México.
- PALLOIX, C., (1981) *Proceso de Producción y Crisis del Capitalismo*. Editorial Blume, Madrid.

- PENICHE, C., (1985) *Psicología de los Accidentes*, Editorial C.E.C.S.A., México.
- PEPLAU, H., (1970) "Preparación y Funciones de los Equipos de Salud Mental Comunitaria" Citado en: BERMANN, S., (1993) "El Estudio de la Salud Mental en Relación con el Trabajo" LAURELL, C., (Coordinadora) *Para la Investigación en la Salud de los Trabajadores*. Serie PALTEX. Salud y Sociedad 2000, No.3, Organización Panamericana de la Salud.
- PEREZ, E., (1988) *La Relación Psicológica, Salud, Trabajo: Algunas Consideraciones en Torno a su Estudio*, (Tesis), UNAM, México.
- PEREZ, M., y JOFFRE, V., (1983) "Aspectos Psiquiátricos de la Patología Laboral" *Lecturas en Materia de Seguridad Social*, IMSS, México.
- PETRESCU, L., (1980) *El Surmanaja*. Editorial Herder, México.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL *Plan Nacional de Salud, 1984-1988*, México, 1984.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL *Programa Nacional de Salud, 1984-1988*, México, 1984.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, (1980) "Política de Salud y Seguridad Social" *Plan Global de Desarrollo, 1980-1982* Secretaría de Programación y Presupuesto, México.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, (1982) *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, Coordinación General de Salud, Presidencia de la República, México.
- REGLAMENTO GENERAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO** (1992) Dirección General de Medicina y Seguridad en el Trabajo, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México.
- REIG, A., y CARUANA, A., (1989) "Estrés Ocupacional y Patrón A de Comportamiento como Predictores de Insatisfacción Laboral y del Estado de Salud en Personal de Enfermería en Hospital" *Revista Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Vol 5, No.14.
- REIKO ITO, M., MERCADO, L., y SANCHEZ, N., (1981) *Representación Social del Trabajo y su Relación con Familia y Escuela en un Grupo Obrero y un Grupo Campesino del Municipio Tula de Allende, Hidalgo*, (Tesis), UNAM, México.
- REIS, H., (1984) "Social interaction and well-being" DUCK (comp.) *Personal Relationships*, Academic Press, Londres.
- RICCHI, R., (1981) *La Muerte Obrera*. Editorial Nueva Imagen, México.
- RIOS, R., "La Práctica en la Medicina Social, vital para impulsar el bienestar colectivo" *La República. Órgano de Difusión del Partido Revolucionario Institucional*. Año XLV, Número 616, 15-VI-1994, México.
- ROJAS, M., Ponencia en la Conferencia "Psicología y Estrés" Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 26 de Octubre de 1994 (Grabación).

- ROJAS L., (1994) *Prevención y Atención de Riesgos en la Industria a través de Programas de Capacitación e Higiene y Seguridad Industrial* (Tesis) F.E.S. Zaragoza, México.
- ROJAS, R., (1985) *Capitalismo y Enfermedad*. Folio Ediciones, México.
- ROSEN, G., (1985) *De la Política Médica a la Medicina Social*, Siglo Veintiuno Editores.
- RUELAS, E., (1993) "Calidad, Productividad y Costos" *Salud Pública de México*, Mayo-Junio de 1993 Vol.35, No.3.
- RUIZ, A., (1987) *Salud Ocupacional y Productividad*, Editorial Limusa, México.
- SALAS, E., y GLICKMAN, A., (1991) "Dando los primeros pasos: un marco conceptual para la comprensión de la calidad de vida laboral en Latinoamérica" *Revista Interacadémica de Psicología Ocupacional*, Vol.10 No.1
- SALAS, E., HALL, J., y BOWERS, J., (1991) "Estrés Ocupacional y Seguridad: Una Revisión e Implicaciones para la Investigación y la Práctica" *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, Vol.10, No.2.
- SALINAS, C., y LAGUNA, J., (1994) "La Satisfacción Laboral y su Papel en la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica", *Salud Pública de México*, Vol.36, No.1, Enero-Febrero.
- SALINAS DE GORTARI, C., Sexto Informe de Gobierno. *La Jornada*, No Once, Número 3647, 2 de Noviembre de 1994, México.
- SANCHEZ, H., y AVELAR, E., *Trastornos Mentales y Familias de Obreros de la Zona Metropolitana de Guadalajara*, Trabajo Cartel presentado en: El VII Congreso Mexicano de Psicología, Febrero de 1995, México.
- SANCHEZ, M., (1991) *Elementos de Salud Pública* Editorial Méndez Cervantes, México.
- SANDOVAL, J., (1990) *Psicotrastornos Asociados al Proceso de Trabajo*, (Tesis) E.N.E.P. ZARAGOZA UNAM, México.
- SANDOVAL, J., "Modernización, Trabajo y Salud", Mecanograma, Mayo de 1993, México.
- SAN MARTIN, H., (1988) *Salud y Enfermedad*, La Prensa Médica Mexicana, México
- SARASON, I., y SARASON B., (1988) *Psicología Anormal* Editorial Trillas, México.
- SCHNEIDER, M., (1987) *Neurosis y Lucha de Clases*, Siglo XXI Editores, México.
- SCHULTZ, D., (1978) *Psychology and Industry Today. An Introduction to Industrial and Organizational Psychology*, Macmillan Publishing Co. Inc., New York.

- SCHWARZER, R., y LEPPIN, A., (1989) "Social support and health: a meta-analysis" *Psychology and Health*. Núm.3.
- SECRETARIA DE SALUD *Plan Nacional de Salud, 1990-1994*, México, 1990.
- SECRETARIA DE SALUD *Programa Nacional de Salud, 1990-1994*, México, 1990.
- SEGURA, C., (1991) *La Seguridad Industrial. Un Enfoque Multidisciplinario*. (Tesis) UNAM, México.
- SELIGMANN, E., FIGUEIREDO, M. E., y DA SILVA, M., (1986) *Crise, Trabalho e Saúde Mental No Brasil*. Traco Editora, Brasil.
- SIGERIST, H., (1981) *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo XXI Editores, México.
- SILVA, R., y ZAMUDIO, C., (1994) *Propuesta para Reducir el Estrés en las Organizaciones Laborales*. (Tesis) UNAM, México.
- SMITH, A., (1976) "La riqueza de las naciones". Citado en: NEFFA, J., (1981) *Proceso de Trabajo, División del Trabajo y las Nuevas Formas de Organización del Trabajo*. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Instituto de Estudios del Trabajo, CONACYT, Septiembre, México.
- SIMTH, H. C., (1977) *Psicología de la Conducta Industrial*. Editorial McGraw Hill, México.
- SONIS, A., (1976) "Desarrollo Económico-Social y Salud" *Medicina Familiar y Administración en Salud*. Editorial Ateneo, Buenos Aires.
- SWAROOP, S., (1964) *Estadística Sanitaria*. Fondo de Cultura Económica, México.
- SZASZ, Th., "El Mito de la Enfermedad Mental" En: *Razón, Locura y Sociedad*. Siglo XXI Editores, México.
- TAMEZ, S., (1984) "Una experiencia de Lucha por la Salud". Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría en Salud en el Trabajo. *Coloquio Salud y Seguridad en México: Situación Actual y Perspectivas*. D.E.P. Facultad de Economía, U.N.A.M., Octubre 1984.
- TECLA, A., (1982) *Enfermedad y Clase Obrera*. Instituto Politécnico Nacional, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Sección de Investigación, México.
- TECLA, A., (1992) *Lo Social, Lo Médico y su Articulación*. Ediciones Taller Abierto, México.
- TIMIO, M., (1980) *Clases Sociales y Enfermedad*. Editorial Nueva Imagen, México
- TORRES, M., (1980) Comentarios Sobre Reformas a la Ley Federal del Trabajo. *Revista Mexicana del Trabajo*. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Tomo III, No.3, Julio-Septiembre.

- VALDEZ, C., (1988) *Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas*. Cuadernos de la SSA., No.7, México.
- VALVERDE, E., (1980) *El Accidente de Trabajo*. Editorial JIMS, Barcelona.
- VASQUEZ, S., (1988) "Notas sobre la Estructura y Evolución del Presupuesto Pragmático Ejercido por las Instituciones que Conforman el sector Salud, 1987-1990" *Revista Salud-Problema*, No.15. UAM-Xochimilco, México.
- VEGA, L., y GARCIA, H. (1992) *Bases Esenciales de la Salud Pública*. La Prensa Médica Mexicana, México.
- VIDELA, M., (1991) *Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Colección Texto y Contexto Ediciones Cinco, Argentina.
- VIESCA, C., (1988) "Antecedentes Históricos de la Salud en el Trabajo, en el Mundo y en México", MARTINEZ, F., (Comp.) *La Salud en el Trabajo*. LITOARTE, Novum Corporativo.
- WAR, P., (1971) *Psychology at Work*. Penguin Books, Londres.