

## “Modernidad” y polarización de la salud en México. Condiciones de vida de los trabajadores y sus familias

“Modernity” and polarization of health in Mexico. Living conditions for workers and their families

Jorge Villegas Rodríguez <sup>1</sup>  
 Mariano Noriega Elío <sup>1</sup>  
 Ricardo Cuéllar Romero <sup>1</sup>  
 Juan M. Araujo Alvarez <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Del. Coyoacán, México, D.F. 04960, México. jvillega@cueyatl.uam.mx

**Abstract** *This article analyzes the characteristics of the modernization process in Mexico and the polarization produced in living and health conditions for the general population as well as workers and their families. We studied socioeconomic and health indicators for this purpose. Infectious diseases occupy a high percentage of general morbidity, yet diseases such as diabetes, hepatic cirrhosis, myocardial infarction, malignant tumors, and accidents and violence are also serious public health problems as causes of morbidity and mortality. In some regions of the country with specific socioeconomic characteristics, polarization of health conditions is even more evident, as in the state of Chiapas as compared to Nuevo León. Deterioration of working conditions and available data on workers' health indicate that the latter should be considered a priority group for health measures. Such data also show the paradoxical trend of the more severe but less frequent work-related accidents and diseases that are subject to compensation as compared to the detection of chronic work-related diseases at an advanced stage, as well as significant differences in occupational morbidity among different branches of manufacturing.*

**Key words** Public Health; Indicators of Quality of Life; Worker's Health; Occupational Health; Epidemiology

**Resumen** *Se analizan las características del proceso de modernización en México y el deterioro y polarización que ha producido en las condiciones de vida y salud de la población general y de los trabajadores y sus familias. Para ello se muestran diversos indicadores socioeconómicos y de salud. Respecto a la morbilidad, las enfermedades infecciosas ocupan un porcentaje muy elevado, pero otros fenómenos como diabetes, cirrosis hepática, infarto cardiaco, tumores malignos y accidentes y violencias son también serios problemas de salud pública. En regiones del país con características socioeconómicas bien diferenciadas, como los estados de Chiapas y Nuevo León, la polarización de la salud resulta más evidente aún. Por otra parte, el deterioro de las condiciones laborales y la información existente respecto a la salud de los trabajadores, a pesar de sus limitaciones, indican que los trabajadores deben ser considerados como un grupo prioritario. Se muestra el comportamiento paradójico de los accidentes y enfermedades laborales objetos de compensación, con menos accidentes pero más graves, y detección de enfermedades en grados muy avanzados, así como diferencias significativas en la morbilidad laboral en distintas ramas de la producción manufacturera.*

**Palabras clave** Salud Pública; Indicadores de Calidad de Vida; Salud de los Trabajadores; Epidemiología

## Introducción

En el presente, a menos de un lustro de que el siglo termine y como parte de un proceso que data de los años setenta, México transita por la crisis más severa de su historia moderna. Se trata de una crisis estructural que ha dado paso al llamado proyecto modernizador que, en especial desde el año de 1982, ha puesto en operación nuevas condiciones de producción e intercambio que se han dado en un escenario caracterizado por tres situaciones básicas: la derrota política de los trabajadores y sus organizaciones; un deterioro permanente y progresivo de los niveles de ingreso y del mercado de trabajo (en todas sus formas); y el agudizamiento del fenómeno de la llamada heterogeneidad estructural de la economía y una marcada desigualdad de la población en todos los ámbitos sociales.

El objetivo de este trabajo es explorar e ilustrar las condiciones de trabajo, vida y salud de los trabajadores y sus familias como expresión de la creciente *heterogeneidad social* de la población en el contexto de la modernidad. Para ello se revisan algunos indicadores sociales y de la morbi-mortalidad de la población general y de los trabajadores y también se muestran algunos datos específicos de la morbilidad por accidentes y enfermedades de trabajo de la población bajo cobertura de la seguridad social. La información consultada para este análisis presenta algunas limitaciones, no obstante permite identificar la difícil situación en que se encuentran los trabajadores y sus familias.

## Modernidad y condiciones de vida

El deterioro de las condiciones laborales y de vida parece un hecho indiscutible que se ha agudizado en los últimos quince años. Indicadores básicos como ingreso, concentración de la riqueza, desempleo, subempleo, así como cambios en las formas de organización del trabajo expresan claramente esta situación. En este apartado revisaremos algunos datos que sustentan tal afirmación.

Desde 1984 el nivel de ingreso del 90% de la población ha venido disminuyendo. El relativo proceso de recuperación de los ingresos ocurrido entre 1988 y 1992 benefició tan sólo a los empleados mejor calificados y aquéllos no ligados directamente a la producción, pues incrementaron su ingreso en un 31,3%. En contraste, los *salarios mínimos* sólo aumentaron 4,4%, de ahí que el grueso de los trabajadores estuviera muy lejos de recuperar el nivel que

tenían en 1978 ya que la pérdida del poder adquisitivo en la década de los ochenta fue de 60% (Vázquez, 1994).

Como consecuencia de la disminución de los ingresos, el deterioro en la capacidad de consumo de la población fue notorio. Así, en 1982, una familia destinaba 1,2 salarios para satisfacer sus necesidades esenciales, pero en 1992 ya debía contar con un ingreso de 4 salarios para cubrirlas. Cabe señalar que la cifra de pobres aumentó, ya que, en ese mismo año, el 63% de la población ocupada tenía un ingreso menor a los dos salarios mínimos (Ayala, 1994).

La disminución del ingreso de los trabajadores se aprecia en toda su magnitud, al comparar con otros países el costo de la mano de obra. Mientras que, en 1991, en los Estados Unidos de América, el costo mínimo de la hora era de 4,15 dólares, en México, una jornada completa se realizaba por menos de 4 dólares. No extraña por ello que el nivel, en dólares, de los salarios reales se encontrara en ese año por debajo de los de Corea, Singapur, Brasil y otros países del tercer mundo (García, 1991).

En consecuencia, los fenómenos de concentración y polarización de la riqueza son más que evidentes: mientras en 1991 el 50% de los hogares sólo obtuvo el 15% del total de sueldos y salarios generados en la economía, el 10% más favorecido concentró el 38% del ingreso nacional. De hecho, se señalaba que 37 empresarios controlaban alrededor del 22% del Producto Interno Bruto (PIB). Visto de otra manera, el ingreso del 10% de los más favorecidos fue 23,6 veces mayor que el del 10% de los más pobres, quienes concentraron el 1,55% de los recursos disponibles. Cabe señalar que, ya en 1984, esta diferencia era de 19 veces (Vázquez, 1994).

En relación al desempleo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) estimó que, para fines de 1992, la población desocupada y subempleada era de aproximadamente 8,5 millones, es decir, 35% de la población económicamente activa (PEA). Cabe agregar que debido al recrudecimiento de la crisis de fines de 1994 quedaron sin empleo más de un millón de trabajadores (Ayala, 1994).

Esta situación crítica del mercado de trabajo se ha visto agravada por un crecimiento demográfico importante, cuya tasa promedio anual fue de 1,82% para los últimos 5 años, superando entre 55% y 75% las tasas de crecimiento demográfico de países con economías fuertes como Canadá y Estados Unidos (OPS, 1996). En este contexto, el problema de los bajos niveles de empleo no parece tener solución. Algunos autores han señalado que, aunque el

crecimiento de la población se estabilizara en 1,5% anual y la economía creciera 5% anualmente durante una década, la demanda no sería satisfecha, ya que se requiere crear cada año, por lo menos, un millón de nuevos empleos (Vidal, 1993).

Otro aspecto problemático del mercado de trabajo es su inestabilidad ya que, en los últimos años, las formas de contratación se han ido modificando sustancialmente. Así, el empleo eventual, lo que se ha dado en llamar la *precarización del trabajo* se ha convertido en el aspecto dominante. Para el año de 1995, el sector informal ocupó a 12,250 millones de trabajadores, es decir, 50,8% del empleo total del país (Monroy & Peñaloza, 1996).

La combinación de altos índices de desempleo y subempleo y la inestabilidad del mercado laboral, con su depresión salarial, configuran un panorama crítico para los trabajadores (Veloz, 1994). Pero esto no es todo, el proceso de modernización también ha significado importantes modificaciones en otros aspectos de las relaciones laborales al interior de los centros de trabajo.

Sin dejar de reconocer que, para el caso de la industria, hay un incremento en la inversión de maquinaria y equipo en la mayoría de las ramas de actividad, en la relativa recuperación de la eficiencia productiva también juegan un papel importante el mantenimiento de bajos salarios y, en algunos casos, la intensificación de la jornada laboral, de ahí que los índices de horas-hombre trabajadas por personal ocupado se haya incrementado en algunas ramas industriales, inclusive en los grandes establecimientos (Rojas, 1994).

Desde luego, la expresión fundamental del proyecto modernizador en el sector productivo es su tendencia exportadora, en el que, en México, tiene un papel importante y creciente la maquila. Esta industria, caracterizada fundamentalmente por procesos de ensamble con un uso intensivo de mano de obra, goza de ventajas comerciales, financieras, fiscales e incluso de infraestructura, y por lo general los obreros carecen de autonomía sindical. Las mujeres participan de ella como fuerza de trabajo, de manera preponderante. Caracterizase además por una organización del proceso laboral de tipo taylorista-fordista: bajos salarios, inestabilidad en el empleo, escasa capacitación y condiciones laborales insalubres; elementos que hacen que el empleo en este tipo de industria no garantice, históricamente hablando, un mejoramiento en la calidad de vida de la población que ocupa (Reygadas, 1991). Además, este es el sector industrial en el que la brecha

entre productividad y salarios resulta más grande (García, 1991).

Cabe señalar que en nuestro país los rasgos que se presentan en la maquila tienden a generalizarse a otros sectores del trabajo. Entre los destacamentos de trabajadores que también han sido afectados por estas "estrategias" se encuentran: obreros de la industria del hule, del azúcar, textiles, automotrices, del petróleo y siderúrgicos (Rojas, 1994).

### La salud de los trabajadores y sus familias

La situación descrita muestra que una gran parte de la población mexicana ha sufrido el deterioro en sus condiciones de vida y de trabajo como efecto de la modernización. En este apartado nos proponemos analizar de qué manera la salud de la población, y particularmente la salud de los trabajadores y sus familias, se ha visto afectada. Las limitaciones de la información son diversas: no se cuenta con datos confiables para el total de la población; tampoco para todo el periodo que interesa estudiar; además, los criterios para generar la información han ido cambiando en el transcurso del tiempo, por lo que en ocasiones no se pueden establecer comparaciones entre datos de distintos años.

A pesar de ello consideramos que la información disponible ofrece elementos suficientes para mostrar que los cambios en el panorama epidemiológico en los últimos veinte años, más que modificaciones sustanciales en los perfiles, plantean situaciones de mayor contraste entre grupos sociales. De ahí que, a pesar de la disminución de la mortalidad por algunos padecimientos transmisibles, se aprecian problemas no resueltos e incluso crecientes en el comportamiento de la morbilidad. Por otra parte, al establecer comparaciones con otros países, aún con la limitada información disponible, también es posible mostrar serios rezagos en materia de salud.

### Mortalidad en México

Al analizar la primeras causas de mortalidad, se observa que persisten viejos problemas relacionados estrechamente con precarias condiciones de vida y trabajo y con la deficiente calidad y cobertura de los sistemas de atención médica. Así, además de enfermedades transmisibles como causa de muerte, que han disminuido pero no desaparecido, se encuentran diabetes, cirro-

Tabla 1

Indicadores de mortalidad en varios países de América.

país	mort. infantil <sup>1</sup>	mort. < 5 años <sup>1</sup>	mort. materna <sup>2</sup>	% EDA <sup>3</sup>	% IRA <sup>4</sup>
México	30	37	45	11,0	15
Cuba	10	12	32	5,0	9
EUA	8	10	8	0,4	3
Canadá	7	8	3	0,1	2

mort.: mortalidade

<sup>1</sup> Datos de 1994. Tasa por mil nacidos vivos.<sup>2</sup> Datos disponibles entre 1987 y 1993. Tasa por mil nacidos vivos.<sup>3</sup> % de defunciones por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años (último periodo disponible: 1987-1993).<sup>4</sup> % de defunciones por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años (último periodo disponible: 1987-1993).

Fuente: OPS, 1996.

sis, enfermedades isquémicas del corazón, tumores malignos y accidentes y violencias.

No obstante que en los últimos años han descendido las tasas de mortalidad infantil y la de menores de cinco años, aún se observan niveles elevados de éstas (Tabla 1). En 1994 la mortalidad infantil fue cuatro veces superior a la de Estados Unidos de Norteamérica y Canadá y tres veces la de Cuba. La mortalidad en menores de 5 años también es mayor en México, entre tres y casi cinco veces, que la de los países señalados. En la misma tabla se puede apreciar que las muertes por enfermedades respiratorias y gastrointestinales todavía constituyen un porcentaje importante de la mortalidad. Las cifras absolutas son también preocupantes pues, por ejemplo, en 1990 se registraron alrededor de 20 mil defunciones por diarrea (El Financiero, 7 de junio 1990). Asimismo, 100 mil de los 2,300 millones que nacen a cada año morirán antes de los 5 años de edad debido a insuficiencias alimentarias. De hecho se calcula que entre un 60% y un 80% de las muertes infantiles se debe a la desnutrición (El Día, 1<sup>o</sup> de junio, 1990).

La mortalidad por causas como tumores malignos, enfermedades cardiovasculares y accidentes y violencias también muestra diferencias importantes entre países, como se observa en las Tablas 2 y 3. Los tumores malignos y las enfermedades del aparato circulatorio encuentran su tasa más baja en México. Sin embargo, la mortalidad por accidentes y violencias es la más elevada entre los países seleccionados, 2 y 2,5 veces mayor que en Estados Unidos y Canadá. Al analizar con más detalle este grupo de causas, se debe destacar que, en México, la tasa de homicidios es de 17,6 por 100 mil habitantes, mientras que para EUA es 10,1 y en Canadá es de apenas 2,06.

La mortalidad por accidentes y violencias en todos los países siempre es mayor para los hombres que para las mujeres; pero en México la diferencia es notoria, casi 5 veces más alta en los hombres. En otros análisis que se han hecho en México, en la población mayor de quince años, la mortalidad por esta causa, entre las mujeres adultas, es más o menos similar en las diferentes regiones del país, pero en los hombres se observan variaciones importantes (Funsalud, 1994: 29-33). Estas diferencias permiten suponer no sólo el efecto del género en términos biológicos, sino la diferente participación social y, particularmente, la forma de inserción a la vida laboral.

#### Mortalidad en algunos sectores de la población

A fin de apreciar con mayor detalle el comportamiento de la mortalidad en el país, analizaremos la información correspondiente a la población bajo cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual, para los años 1990-1991, cubría aproximadamente a 38 millones de mexicanos, 47,5% de la población. En la población usuaria, la mortalidad general aumentó ligeramente de 1985 a 1990, lo mismo que la mortalidad infantil (IMSS, 1993a). El perfil de mortalidad para ese último año se caracteriza por un marcado predominio de las enfermedades crónico-degenerativas. La diabetes ocupa el primer lugar y representa el 12% de toda la mortalidad. La cirrosis y el infarto ocupan el segundo y tercer lugar, representando cada uno el 5%. La mortalidad por accidentes y violencias, por las peculiaridades del registro consultado, no aparece en su verdadera magnitud (IMSS, 1993a).

Es importante resaltar, como se aprecia en la Tabla 4, que, de 1986 a 1990, se incrementaron marcadamente las tasas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, cáncer mamario, sarampión y sida y disminuyeron los padecimientos infecciosos intestinales. También es importante consignar el incremento de muertes por infecciones respiratorias agudas y la permanencia de la tuberculosis pulmonar dentro de las principales causas de muerte (IMSS, 1993a).

El conjunto de esta información muestra un agudizamiento y deterioro de las condiciones de vida. Es indudable que ciertas enfermedades se han convertido en un verdadero problema de salud pública, tales son los casos de la diabetes, la cirrosis hepática o el infarto del miocardio. De esta manera, si comparamos los fenómenos de mortalidad hasta aquí señalados con los de la década de los 70 (Betancourt et al., 1986), más que hablar de *transición epidemiológica*, nos encontramos con el abatimiento de algunas enfermedades infecto-contagiosas como causa de muerte, frente a la persistencia y el agudizamiento de un sinnúmero de problemas ya presentes mucho tiempo atrás.

### Polarización de las causas de muerte

Ahora bien, resulta interesante analizar cómo las diferencias económico-sociales de las regiones del país se manifiestan en importantes contrastes en la mortalidad. Pare ello se han

Tabla 2

Tasas de mortalidad en hombres, por diversas causas, en varios países de América (1990-1992)\*.

país	transmisibles	tumores malignos	aparejo circulatorio	accidente/violencia
México	78	74	176	150
Cuba	54	107	211	94
Chile	78	144	201	131
Costa Rica	36	110	160	76
Canadá	19	145	202	58
EUA	28	140	204	78

\* Tasas por 100 mil hombres, ajustadas por edad.  
Fuente: OPS, 1996.

Tabla 3

Tasas de mortalidad en mujeres, por diversas causas, en varios países de América (1990-1992)\*.

país	transmisibles	tumores malignos	aparejo circulatorio	causas externas
México	71	84	165	33
Cuba	50	88	223	46
Chile	67	136	199	33
Costa Rica	33	110	164	21
Canadá	20	121	164	20
EUA	26	118	161	27

\* Tasas por 100 mil mujeres, ajustadas por edad.  
Fuente: OPS, 1996.

Tabla 4

Tasas de mortalidad por ciertos padecimientos prioritarios en derechohabientes usuarios, 1986-1990\*.

diagnósticos	1986	1987	1988	1989	1990
diabetes	32,8	30,1	31,4	34,2	35,7
cirrosis	14,9	13,8	13,7	14,4	15,6
enfermedad isquémica del corazón	13,6	14,5	17,1	19,5	22,1
enfermedad infecciosa intestinal	12,0	11,8	9,5	9,3	7,4
enfermedad pulmonar obstructiva crónica	10,0	9,3	11,9	12,0	12,8
enfermedad hipertensiva	7,3	6,3	6,4	5,1	4,8
infección respiratoria aguda	4,3	6,1	6,8	8,0	7,5
tuberculosis pulmonar	4,0	3,7	3,7	4,0	4,2
cáncer cérvico-uterino	3,4	3,3	3,7	4,5	4,5
fiebre reumática	2,9	2,6	3,0	3,2	3,5
cáncer mamario	1,9	1,9	2,1	2,4	2,5
tétanos	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1
sida	0,2	0,5	0,9	2,2	2,9
sarampión	0,1	0,0	0,0	1,1	2,8

\* Tasa por 100 mil derechohabientes usuarios cada año.  
Fuente: IMSS, 1993a:303.

seleccionado dos estados, Chiapas y Nuevo León, que se ubican en los extremos del desarrollo económico y social, según se puede apreciar a través de diferentes indicadores. Así, el 30,1% de la población de Chiapas mayor de 15 años es analfabeta y de Nuevo León es el 4,6%; el porcentaje de habitantes cuya vivienda no tiene drenaje ni excusado es de 42,6% para el primero y de 4,2% para el segundo; sin energía eléctrica, 34,9 y 3,5%; sin agua entubada, 42,1% y 6,7%; con piso de tierra, 50,9% y 6,1%, respectivamente; y población con ingreso menor de dos salarios mínimos, Chiapas, 80,1% y Nuevo León, 58,7% (Vázquez, 1994).

Cabe señalar que, en este apartado, se analiza la información perteneciente a población derechohabiente del IMSS y que tampoco se analizan los datos de mortalidad por accidentes y violencias debido a que los registros analizados no lo consignan.

La mortalidad infantil entre la población derechohabiente es casi 50% más alta en Chiapas que en Nuevo León (22,3 y 15 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente). Las infecciones intestinales, que han disminuido de manera importante como causa de muerte entre la población del país, también observan un comportamiento regional diferenciado. En 1985, la mortalidad (tasa por 100.000 derechohabientes) para todo el país fue de 14,6 y, en 1990, ésta fue de 7,4, es decir, en 5 años la mortalidad se redujo a la mitad. Sin embargo, en Chiapas, esta tasa se redujo sólo un tercio, de 31,8 a 21,3. Visto de otra manera, en 1985 la razón de mortalidad entre Chiapas y la población total del país para estas enfermedades era de 2,2, mientras que, en 1990, la razón aumentó a 2,9.

Las infecciones respiratorias agudas también presentan un comportamiento diferenciado ya que, en 1990, la tasa nacional fue de 7,5, la de Nuevo León fue de 5,6 y la de Chiapas de 12,8. Una vez más, Chiapas tiene una razón de mortalidad 2,3 veces la de Nuevo León y 1,7 veces la del país.

La tuberculosis pulmonar también guarda un comportamiento crítico; en 1990 ambos estados alcanzaron una tasa superior a la nacional, la cual para ese año fue de 4,17, mientras que en Chiapas fue de 10,64 y en Nuevo León de 5,67. Nuevamente, la mortalidad por este tipo de padecimientos claramente ligados a las condiciones de vida de los trabajadores y sus familias muestra un empeoramiento de las condiciones de salud de la población.

El sarampión es uno de los padecimientos que prácticamente se encontraba bajo control, sin embargo, la epidemia que se presentó en años anteriores llegó a producir en los estados

más afectados tasas relativamente elevadas de mortalidad. Así en 1990, mientras que la mortalidad nacional fue de 2,81 y para Nuevo León fue de 1,25, para Chiapas fue de 5,96.

Por otra parte, en enfermedades crónicas degenerativas como cáncer cérvico-uterino (CCU) y cirrosis hepática, Chiapas presentó tasas de mortalidad superiores a la media nacional y a Nuevo León. Respecto al CCU, la tasa nacional fue de 4,52, en Nuevo León fue de 4,8 y de 7,66 en Chiapas. Para la cirrosis hepática, las tasas fueron 15,6, 14,2 y 20,0, respectivamente. Estos dos padecimientos se encuentran claramente relacionados con deficientes condiciones de vida, pero también el CCU se encuentra en estrecha relación con un deficiente sistema de detección y control oportuno.

De manera opuesta a las enfermedades analizadas con anterioridad, en la mortalidad por enfermedades reconocidas como relacionadas con condiciones de estrés, como la enfermedad hipertensiva y las isquémicas del corazón, Chiapas tiene bajas tasas de mortalidad.

Al comparar las cifras de la región que aparentemente tiene mayor desarrollo socioeconómico, se puede observar que aún las zonas del país que tienen índices relativamente bajos de morbi-mortalidad muestran una situación desventajosa si se comparan con otros países. Por ejemplo, las enfermedades transmisibles, de la nutrición y reproducción, son las que más contribuyen a los diferenciales de mortalidad entre regiones, pero también con respecto a otros países, ya que en los estados de menor desarrollo, como Chiapas, el riesgo de morir es 8 veces mayor que en los países industrializados, mientras que en Nuevo León el riesgo es 3 veces mayor que en aquéllos (Funsalud, 1994).

Otra manera de apreciar el impacto producido por las condiciones socioeconómicas del país en la mortalidad de la población es analizando las muertes en exceso, es decir, aquéllas que podrían evitarse si en México los niveles de mortalidad fueran similares a los de los países industrializados. Así, en 1991 se registraron 446 mil defunciones y las muertes en exceso alcanzaron la cifra de 135 mil. Esto es aún más crítico si se observa que en ese año murieron alrededor de 93 mil menores de cinco años. Si hubieran tenido el mismo riesgo que el de los países desarrollados, se habría reducido su mortalidad en un 75%, evitándose el fallecimiento de 72 mil niños. Más de la mitad del total de defunciones en exceso corresponde a los menores de 5 años, le siguen los varones adultos jóvenes y las mujeres mayores de 60 años (Funsalud, 1994).

## Morbilidad

Al analizar la morbilidad se puede apreciar otro aspecto fundamental del panorama epidemiológico que también refleja las críticas condiciones de vida de la población. Así, los problemas infectocontagiosos están muy lejos de desaparecer y constituyen un porcentaje muy elevado de la atención por demanda. Para analizar esta problemática se revisarán las estadísticas generadas a partir de la demanda de consulta en el IMSS y – para algunos puntos – también la información generada por el *Programa IMSS-Solidaridad*. Este último es un sistema de atención médica orientado a población abierta, ubicado en zonas que, según indicadores socioeconómicos, han sido consideradas marginadas y que, entre otros factores, no cuentan con otras alternativas institucionales de atención (López, 1995). Ambos sistemas cubrían en 1991 a una población superior a los 48 millones de habitantes, aproximadamente el 60% de la población del país (IMSS, 1993b).

También se revisarán los datos que corresponden a motivos de hospitalización de los derechohabientes del IMSS y otros sobre la población general. Es importante resaltar que los registros consultados no contemplan los datos de accidentes y violencias, los cuales seguramente ocuparían un lugar importante de las causas de demanda de atención médica.

### Morbilidad por demanda

Este perfil se caracteriza centralmente por enfermedades infecto-contagiosas según se observa en la Tabla 5. Así, de los diez primeros grupos de padecimientos, seis (sin incluir a las conjuntivitis) se refieren a esas enfermedades y representan más del 83% de la morbilidad por demanda en el IMSS. Es de resaltar que más de la mitad de la patología se refiere a infecciones respiratorias agudas.

En esa misma tabla se pueden apreciar las deterioradas condiciones de vida de los trabajadores y sus familias, con la presencia de enfermedades relacionadas con la falta de saneamiento básico para la mayoría de la población. Así son los casos, entre otros, de las helmintiasis y de la sarna (escabiasis). Las deficientes condiciones de vida y de reproducción de estos amplios grupos, y no sólo la deficiencia de saneamiento, se ilustran por padecimientos como la anemia ferropriva, que ocupa el noveno lugar de la morbilidad por demanda. De las enfermedades crónicas resaltan, entre las diez primeras causas la hipertensión y la diabetes.

Tabla 5

Morbilidad por demanda en derechohabientes y solidariohabientes, 1991.

diagnósticos	tasa*	%
infecciones respiratorias agudas	20.257,52	56,09
enfermedades infecciosas intestinales	6.367,32	17,63
helmintiasis	2.096,20	5,80
tiñas	719,48	1,99
conjuntivitis	646,41	1,79
enfermedades hipertensivas	363,14	1,01
sarna	312,89	0,87
varicela	308,31	0,85
anemia por deficiencia de hierro	242,38	0,67
diabetes	217,08	0,60
otras	4.587,83	12,70
total	36.118,55	100,00

\* Tasa por 100 mil derechohabientes y solidariohabientes.

Población al 30 de junio de 1991:

derechohabiente = 38.273.391

solidariohabiente = 10.300.801

total = 48.574.192

Fuente: IMSS, 1993a.

Cabe agregar que problemas como la desnutrición no aparecen consignados en su verdadera magnitud en las estadísticas de salud. Estudios en México demuestran que hay más de 1 millón 300 mil niños menores de 5 años de edad con desnutrición profunda, los cuales sobreviven con defectos físicos o mentales (El Universal, 9 de enero, 1992). Asimismo, en 1991, se reconoció el *reingreso* de padecimientos que aparentemente habían sido controlados a las estadísticas de morbilidad. Tales son el sarampión, el paludismo y la oncocercosis (Excelsior, 13 de mayo, 1991). Respecto al sarampión, se notificaron 25.000 casos en el período 90-93 y se señaló que las campañas de vacunación habían sido inadecuadas (López & Blanco, 1993).

### Morbilidad hospitalaria

Al revisar la morbilidad hospitalaria se puede apreciar otro ángulo importante de los problemas de salud que afectan a la población ya que en este caso se identifican problemas de mayor gravedad. Al analizar los datos de 1986 y 1993, se puede observar un descenso muy importante, como causa de hospitalización, en padecimientos transmisibles como tuberculosis, sarampión o paludismo (Tabla 6).

Por otra parte, los tumores malignos presentan comportamientos diversos. Unos permanecen estables, como los de estómago y el cáncer cérvico uterino. Pero el resto presenta

Tabla 6

Morbilidad hospitalaria en derechohabientes del IMSS, 1988 y 1993.

diagnóstico	1986	1993	razón
tuberculosis	30,0	17,6	0,59
sarampión	4,4	0,11	0,03
paludismo	3,3	0,28	0,09
tumor maligno colon	1,9	2,7	1,42
tumor maligno recto	3,8	4,7	1,24
tumor maligno traqueo/bronq/pulmonar	12,9	16,0	1,24
tumor maligno de mama	25,4	33,8	1,33
tumor maligno de cuello uterino	56,2	54,7	0,97
leucemia	18,0	25,6	1,42
diabetes	160,8	227,7	1,42
trastorno mental	35,1	45,6	1,30
enfermedad hipertensiva	45,4	59,6	1,31
infarto agudo miocardio	15,1	22,0	1,46
enfermedad cerebrovascular	56,3	66,6	1,18
bronquitis/enfisema/asma	106,8	109,2	1,02
úlceras gástrica/duodenal	16,3	14,2	0,87

Fuente: INEGI, 1993 y 1995; IMSS, 1993a y 1986.

variaciones importantes, los tumores malignos de recto y los traqueo-bronco-pulmonares han aumentado un 24%; los de mama se incrementaron 33%. Llama la atención que los tumores de colon y las leucemias presenten una razón de morbilidad de 1,42. Asimismo, la diabetes, los trastornos mentales y las enfermedades psicosomáticas, como la enfermedad hipertensiva y el infarto agudo del miocardio, también han aumentado significativamente. En otro sentido, la úlcera gástrica y los trastornos respiratorios como bronquitis, enfisema y asma se mantienen con muy poca variación.

Entre las causas de morbilidad hospitalaria no es extraño encontrar que la diabetes, que es la principal causa de muerte en esta población, sea también la principal causa de hospitalización; asimismo cabe señalar que los tumores malignos son relevantes; Además, destacan el cáncer de mama y el cérvico-uterino, que ocupan casi la mitad (44%) de los casos de cáncer.

### Accidentes y enfermedades laborales atendidos por el seguro social

El análisis de la morbilidad laboral, reconocida oficialmente como tal y objeto de compensación por el IMSS, muestra, a pesar de las limitaciones de la misma, algunos puntos de interés. Al observar el comportamiento de los accidentes y enfermedades de trabajo, se puede apreciar un descenso importante en la inci-

dencia de accidentes y un aumento en las enfermedades, si bien éstas representan una mínima proporción del total de problemas de salud objeto de compensación. Los accidentes observaron, para los períodos 80-84, 85-89 y 90-94, una incidencia de 8,64, 6,92 y 5,28, respectivamente, por cien trabajadores expuestos, lo cual representa un descenso de 39% en los quince años estudiados. Las enfermedades de trabajo aumentaron un 75%, si bien la incidencia registrada es muy baja: 0,036, 0,058 y 0,063 para los períodos mencionados (IMSS, 1995).

Al analizar la información de los accidentes de trabajo por sexo, se encuentra que el riesgo de accidentabilidad en el período analizado se mantiene constante para las mujeres, mientras que, en los hombres, se ubica un descenso de casi un 50%. Así, en 1982 la tasa de accidentes para las mujeres fue de 3,5 y, en 1994, fue de 3,4. En cambio la tasa de accidentes para los hombres en esos años fue de 13,2 y 7,0, respectivamente. De manera contraria a la disminución de la incidencia de los accidentes, la gravedad de los mismos ha aumentado en los últimos 15 años. En el lapso 80-84, el promedio general de días de incapacidad fue de 17,5; durante 85-89, fue de 19,2 y, para 90-94, fue de 22,8, lo cual representó un incremento del 30% entre el primer y tercer período. Por otra parte, las enfermedades de trabajo se mantuvieron con la misma gravedad, entre 46,3, 39,9 y 46,2 como promedio de días de incapacidad.

Respecto a las incapacidades permanentes que se expiden con motivo de los accidentes, se observa una tendencia irregular, ya que, para los primeros cinco años del período de estudio, se expidieron 26 incapacidades permanentes por cada 1000 accidentes de trabajo registrados; para el segundo quinquenio, fue de 24,5 y, para el tercero, de 28,1. Por el contrario, en las incapacidades permanentes debidas a enfermedad profesional observamos algo sorprendente, ya que la tasa de enfermedades incapacitantes es superior al 100% de las mismas. Así, en el primer período, es de 103 por 100 enfermedades registradas, en el segundo es de 109 y en el tercero es de 101. Si bien las cifras superiores al 100% muestran que se están otorgando incapacidades por enfermedades registradas en años anteriores, es preocupante apreciar las limitadas acciones que se hacen para detectar oportunamente las enfermedades laborales ya que prácticamente sólo se registran aquéllas que han provocado severos trastornos a los trabajadores.

Al analizar la mortalidad por enfermedades de trabajo se puede apreciar que, en el período estudiado, ha descendido de 8,05 a 2,45 y 1,58,



lo cual representa una disminución de 80%. En los accidentes, por el contrario, se observa una tendencia a su incremento. Los accidentes de trabajo que causaban la muerte en el quinquenio 80-84 eran 2,01 por cada 1000 registrados; 2,27 en el quinquenio 85-89 y 2,51 para el de 90-94. Con ello se encuentra que la proporción de accidentes de trabajo mortales aumentó 25% en los últimos 15 años.

El comportamiento observado en las estadísticas de enfermedades y accidentes de trabajo muestra diversos puntos interesantes que a primera vista parecen contradictorios. Por un lado, un aspecto positivo es el descenso en las tasas de incidencia. Pero el incremento en los días de incapacidad y en la letalidad de los mismos sugieren que hay un empeoramiento en las condiciones de trabajo. Lo más probable es que confluyan diversos fenómenos en esta situación. Así, el incremento en términos absolutos y relativos de la población ocupada en actividades de menor riesgo, como las del sector terciario, podrían ser una variable que influyera positivamente en la incidencia de los accidentes. Otra variable podría ser la instrumentación de medidas preventivas o la implantación de tecnologías más seguras en algunos procesos productivos.

Pero tampoco hay que olvidar que se ha visto incrementada la población incorporada a la economía informal, donde no existe la seguridad social ni se cuenta con las estadísticas correspondientes. También es probable que el aumento en el número de empresas con servicio médico tenga como consecuencia que muchos accidentes sean atendidos a ese nivel y no por los servicios de la seguridad social. Esto también podría ser causa del aumento en la gravedad de los accidentes que se registran en las estadísticas, ya que es probable que en los últimos años tiendan a ser atendidos por la seguridad social, en forma predominante, aquellos problemas cuya gravedad amerita la atención médica especializada.

De cualquier manera, las estadísticas muestran la necesidad de un análisis más detallado de la problemática, ya que la gravedad y la letalidad de los accidentes, así como la detección tardía de las enfermedades de trabajo, revelan la persistencia de condiciones laborales que impactan negativamente en la salud de los trabajadores (IMSS, 1995).

Con la intención de profundizar ese análisis, citaremos a continuación algunos aspectos abordados en un estudio de caso realizado con la información generada por el IMSS. Ese estudio, realizado en Naucalpan, zona industrial del Estado de México y de gran relevancia para

el país, mostró tasas de accidentes mucho más elevadas, incluso con diferencias significativas entre diversas ramas industriales. Si bien la tasa nacional de accidentes y enfermedades de trabajo para ese año se situó en 7,5 por cien trabajadores, en el Estado de México, la tasa de accidentabilidad fue 9,0 (IMSS, 1989), y, en la zona de Naucalpan, fue ligeramente mayor, 9,7 (Villegas et al., 1993). En varias ramas industriales de esa zona encontramos cifras muy superiores a las mencionadas. Para citar algunas de ellas: en la rama de Construcción y Ensamble de Equipo de Transporte, la tasa fue de 12,7; en la Metálica Básica, de 13,4; en la Fabricación de Muebles no Metálicos, de 14,1 y en la Fabricación de Productos de Madera y Corcho, de 16,1. Todas ellas alrededor del doble de la media nacional (Cuéllar et al., 1993).

Por otra parte, ese mismo estudio mostró que el 37% de los accidentes de trabajo que fueron atendidos por el IMSS no se registra en las estadísticas oficiales, porque el trabajador accidentado no regresa al servicio de medicina del trabajo para ser dado de alta (por ello, el IMSS denomina a esos accidentes "*riesgos no reclamados*"). Si consideramos que ese subregistro puede existir en el resto del país, nos encontramos con una situación mucho más crítica que la señalada por las estadísticas oficiales, ya que al menos uno de cada tres accidentes de trabajo que fueron atendidos por el seguro social no fue registrado en las estadísticas de esa zona. Cabe señalar, además, que ese subregistro se da por cuestiones puramente administrativas, ya que, en esos casos, el accidente de trabajo sería reconocido como tal por las empresas, debido a que los trabajadores recibieron atención médica de los servicios de la seguridad social.

### Comentario final

Hasta aquí se ha analizado cómo el avance y la consolidación de la *modernización* en México han significado el agudizamiento del fenómeno de la llamada heterogeneidad estructural de la economía y una marcada desigualdad de la población en todos los ámbitos sociales. En este sentido, la modernización se ha caracterizado por un deterioro permanente y progresivo de los niveles de ingreso y de las condiciones de vida de la población, en el que las condiciones de salud de la misma, lejos de haber experimentado una mejoría sustancial, muestran signos de una *polarización*, con fuertes rezagos y nuevos problemas que afectan a grupos importantes de los trabajadores y sus familias.

El perfil de morbilidad y mortalidad que se pudo analizar revela una estrecha relación con precarias condiciones de vida y trabajo y con el deficiente acceso a los sistemas de atención médica. Los perfiles de morbilidad y mortalidad se diferencian cada vez más; en el primero de ellos, la morbilidad infecciosa abarca un porcentaje sumamente elevado en las demandas de atención médica. Así, las enfermedades transmisibles, a pesar de lo que muestra el perfil de mortalidad, siguen siendo problemas de salud de primera importancia a las que se agrega el agudizamiento de fenómenos como la diabetes, la cirrosis, los infartos, los tumores malignos y los accidentes y violencias que ya constituyen verdaderos problemas de salud pública.

Al comparar regiones con características socioeconómicas bien diferenciadas, la polarización en las condiciones de salud resulta más evidente aún, al observar que los avances en el abatimiento de algunas causas de muerte también tienen una distribución desigual. Asimismo, la región que tiene mayor desarrollo so-

cioeconómico y mejores condiciones de salud también tiene algunos importantes problemas, si la comparamos con los indicadores de otros países.

En lo que se refiere a la población trabajadora, ésta debe ser considerada también como un grupo prioritario ya que la información socioeconómica revela la existencia de condiciones laborales críticas y, aún a pesar de las limitaciones de la información, se han identificado cifras preocupantes en la morbilidad sujeta a compensación. La información que se refiere a grupos de trabajadores de la industria manufacturera también permite apreciar la necesidad de desarrollar acciones específicas a nivel de los centros de trabajo, orientadas prioritariamente a la prevención (Noriega et al, 1993). Parece necesario profundizar en el análisis de la nocividad laboral ya que la detección tardía de fenómenos como las enfermedades de trabajo o el subregistro de los daños ocasionados por los accidentes, no benefician ni la salud de los trabajadores, ni la productividad de las empresas.

## Referencias

- AYALA, E., 1994. La evolución de los salarios y el empleo en el periodo de la modernización económica de México. *El Cotidiano*, 61:118-127.
- BETANCOURT, O.; CUELLAR, R. & NORIEGA, M., 1986. *Los Trabajadores Mexicanos y sus Condiciones de Salud, 1970-1980*. Cuaderno No. 13 de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana.
- CUELLAR, R.; NORIEGA, M. & VILLEGAS, J., 1993. *Informe Sobre el Diagnóstico de Salud de los Trabajadores Industriales de Naucalpan, 1989*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana. (mimeo.)
- EL DÍA, 1990. *Declaración de Raúl Ponce, investigador del Departamento de Epidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*. 1º de junio:1.
- EL FINANCIERO, 1990. *Declaración de la Asociación Mexicana de Pediatría*. 7 de junio:59.
- EL UNIVERSAL, 1992. *Declaración de A. Viguera, Director del Hospital del Niño del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia de Toluca, México*. 9 de enero:3.
- EXCELSIOR, 1991. *Declaración de Francisco Millán, Director de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud*. 13 de mayo: 25 y 43 .
- FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud), 1994. *El Peso de la Enfermedad en México: Un Doble Reto*. México: Funsalud.
- GARCIA, M., 1991. La otra agenda del Tratado de Libre Comercio. *El Cotidiano*, 43:4-15.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), 1986. *Estructura de la Población Adscrita a Médico Familiar*. México: Subdirección General Médica. (mimeo.)

- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), 1989. *Memoria Estadística 1989*. México: IMSS.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), 1993a. *Atlas Epidemiológico 1985-1990*. México: IMSS.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), 1993b. *Población Usuaria por Grupos de Edad y Sexo*. México: Jefatura de Servicios de Salud Pública. (mimeo.)
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), 1995. *Riesgos de Trabajo e Invalidez 1994*. México: IMSS.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), 1993. *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*. Cuaderno nº 9. México: INEGI.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática), 1995. *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*. Cuaderno nº 11. México: INEGI.
- LOPEZ, O. & BLANCO, J., 1993. *La Modernización Neoliberal en Salud. México en los Ochenta*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana.
- LOPEZ, O., 1995. De la solidaridad en salud a la neobeneficencia sanitaria. Un camino riesgoso para el IMSS-Solidaridad. *LVI Legislatura del Congreso de la Unión*. Ponencia presentada en el Foro: "Beneficios, costo y financiamiento de la seguridad social". México.
- MONROY, M. & PEÑALOZA, A., 1996. *Balance económico 1995 y perspectivas para 1996*. México. Red Mexicana de Acción Frente al Libre Comercio-Servicios Informativos Procesados.
- NORIEGA, M.; VILLEGAS, J. & CUELLAR, R., 1993. Las condiciones de salud de los trabajadores industriales de Naucalpan. *IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública*. Cuernavaca.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1996. *Situación de la Salud de las Américas: Indicadores Básicos 1995*. Washington: OPS.
- REYGADAS, L., 1991. Libertad laboral y Tratado de Libre Comercio. *El Cotidiano*, 43:16-21.
- ROJAS, J. A., 1994. Notas sobre el cambio industrial reciente de México. *El Cotidiano*, 59:15-33.
- VAZQUEZ, D., 1994. Algunas causas que explican el levantamiento armado en Chiapas. *El Cotidiano*, 61:26-31.
- VELOZ, N., 1994. La respuesta obrera en 93. *El Cotidiano*, 61:106-117.
- VIDAL, G., 1993; Empleo y salarios en el TLC: un sumario. *El Cotidiano*, 59:80-87.
- VILLEGAS, J.; NORIEGA, M. & CUELLAR, R., 1993. Accidentes de trabajo en una zona industrial del Valle de México. *IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública*. Cuernavaca.