

Ana Cristina Laurell
Crisis y salud
en
América Latina

I. INTRODUCCIÓN

Los periodos de crisis son, en una perspectiva histórica, periodos de transición; de reestructuración económica, política y social. Así, la actual crisis, gestada en el auge de posguerra y que irrumpe en todo el mundo capitalista a partir de finales de los años sesenta, significa el agotamiento de un ciclo de acumulación de capital y simultáneamente una profunda redefinición en la relación entre el capital y el trabajo. Esta cuestión se expresa en cambios importantes en la correlación de fuerzas entre las clases de cada sociedad concreta.

El análisis de las condiciones de salud en la crisis, entonces, no puede basarse en una simple extrapolación de las tendencias del periodo anterior, sino que pasa por el reconocimiento de los procesos básicos de la sociedad: económicos, políticos y sociales, y sus implicaciones para el proceso colectivo salud-enfermedad. Pensamos que es en estas coyunturas históricas cuando la superioridad científica de una epidemiología materialista histórica se muestra con claridad, ya que la epidemiología tradicional, que se mueve en el terreno fenomenológico, no puede desentrañar las causas de los cambios, los cuales desde una perspectiva biológico-sanitarista parecen azarosos. Menos aún tiene capacidad predictiva, función última de la ciencia.

Sin embargo la realidad plantea algunos problemas que no se resuelven con el simple pronunciamiento de las reglas del método alternativo, sino que sólo pueden ser dilucidados en un proceso cuidadoso de investigación. Tal vez el problema más sorprendente es el decremento sistemático de la mortalidad infantil en la mayoría de los países latinoamericanos durante los años setenta, a pesar de que parece igualmente innegable que hay un deterioro creciente en las condiciones de vida y trabajo de las clases dominadas.

Este ensayo obviamente no puede dar una respuesta al cúmulo de preguntas planteadas en el actual periodo, ni dar cuenta de la especificidad de la problemática de cada uno de los países

latinoamericanos. Pretende simplemente fijar cuáles son los procesos implicados en la crisis actual, mismos que es preciso analizar para poder explicar el proceso colectivo salud-enfermedad. Como la inserción de cada una de las clases, y las fracciones de clase, es distinta en el proceso productivo, es necesario discernir las particularidades de los perfiles epidemiológicos de cada una de ellas, ya que es la combinación entre ellos lo que nos da el proceso global de salud-enfermedad de determinada sociedad.

Parece necesario, entonces, profundizar en el análisis de cada una de las partes y descubrir sus interrelaciones para poder volver a reconstruir la totalidad.

II. LA CRISIS

El carácter estructural de la actual crisis se confirma, hoy, con la nueva tendencia recesiva que vive la mayor parte de los países capitalistas desde 1979. Las esperanzas de salir de la crisis con la aplicación de políticas económicas monetaristas se han probado infundadas. Lo más que se ha podido lograr son periodos de crecimiento errático, esencialmente apuntalados por el gasto público, alternados con periodos de estancamiento. La actual crisis económica, como cualquiera, se caracteriza por la caída de la tasa de ganancia, pero presenta algunos rasgos nuevos. La característica más sobresaliente es la presencia simultánea de inflación y desempleo, que se explica por la estructura monopólica del capital. El mecanismo empleado por las empresas monopólicas para compensar la baja en la demanda consiste en subir los precios, comportamiento que acelera la inflación aun en presencia de un ritmo lento de producción con un nivel de empleo bajo. En realidad, sólo los precios de las materias primas han bajado en este periodo con consecuencias especialmente graves para los países exportadores de este tipo de productos.

La estructura monopólica del capital, sin embargo, no excluye un incremento en la competencia intercapitalista, que se visualiza más claramente en la competencia entre los capitales de distinto origen nacional. La pérdida de la hegemonía económica norteamericana y el peso creciente del capital alemán y el japonés se expresan entre otras cosas en el desorden monetario internacional, pero tienen como efecto más profundo una reestructuración de los procesos de trabajo mediante una creciente automatización y una nueva división internacional del trabajo. Aparte de que estos procesos son el origen del creciente desempleo estructural en los países capitalistas centrales, tienen profundas consecuencias para los países capitalistas latinoamericanos como analizaremos más adelante.

Pero las crisis no son únicamente fenómenos económicos, sino que se mueven en un terreno político; están inscritas en el campo de la lucha de clases. Los problemas de la acumulación de capital no son ajenos a la correlación de fuerzas entre capital y trabajo. Asimismo, las políticas económicas no sólo se dirigen a intentar corregir problemas económicos sino son una manera de enfrentar a las clases explotadas.¹ Por otra parte, la sola presencia de elementos económicos y tecnológicos suficientes no garantiza la salida de la crisis, si no existen determinadas condiciones políticas y sociales. La política económica monetaria significa un ataque global a la clase obrera que se materializa en la caída del salario real, el desempleo y los cortes del gasto social. La reestructuración del capital a nivel internacional aunada al recambio tecnológico, reconstituye el ejército industrial de reserva y transforma las condiciones de organización obrera. La crisis económica significa, así, crecientes dificultades para la lucha obrera reivindicativa al mismo tiempo que abre un ciclo de intensificación y ampliación de las luchas sociales y revolucionarias, como lo atestiguan Vietnam, Angola, Mozambique y Nicaragua. Sin embargo, en el proceso de polarización política, también la derecha ha consolidado sus posiciones, como lo muestran los gobiernos de Thatcher y Reagan.

La crisis mundial del capitalismo es el marco general dentro del cual se desenvuelven los países latinoamericanos, que durante los últimos diez años han experimentado los mismos problemas que el capitalismo central y por añadidura la profundización de una serie de contradicciones particulares. En prácticamente todos los países del área el desarrollo del capitalismo en el campo conlleva la destrucción de la agricultura de subsistencia, el auge de los cultivos de exportación, la penetración definitiva del “agrobusiness” y, como correlato necesario, la pauperización y/o proletarización del campesinado.² Por otra parte, el desarrollo industrial, sustentado principalmente en la sustitución de importaciones de bienes de consumo básico y duradero, enfrenta crecientes obstáculos por su poca competitividad y la estrechez del mercado interno, al tiempo que no logra cambiar su eje dinamizador a la producción de bienes de producción.³ Como resultado de un crecimiento económico apoyado en el endeudamiento público, los Estados latinoamericanos muestran durante la última década una deuda externa exorbitante (México y Brasil baten récord mundial y Perú llega a la “quiebra”), que agudiza los problemas del crecimiento basado en la importación de maquinaria y profundiza las crisis fiscales. Los procesos inflacionarios se disparan en prácticamente todos los países y rebasan incluso el 100% anual en países como Brasil y en momentos el 50% mensual en Argentina. Los conflictos sociales y políticos, de por sí intensos, se agudizan y la década se caracteriza por amplísimos movimientos populares y como contraparte un autoritarismo político apoyado en el uso de la represión policiaca y militar, que

llega incluso al genocidio, como en Centroamérica y Argentina.

III. LA CRISIS Y LOS PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS

Varias características de la crisis parecen tener una importancia profunda respecto a las condiciones de salud. En primer lugar ha provocado una pauperización absoluta de las clases trabajadoras latinoamericanas que se expresa en la de- presión del salario real y el incremento en el desempleo y subempleo. En segundo lugar están en camino transformaciones profundas en los procesos de trabajo, como resultado de la reestructuración de la industria con la quiebra de pequeños y medianos establecimientos y la aceleración de la inversión extranjera. En tercer lugar, la aplicación de políticas económicas de corte monetarista ha restringido el gasto social y, en casos como Argentina y Chile, llevado a la privatización de los servicios médicos. Finalmente, la crisis ha cambiado de fondo las condiciones de la lucha reivindicativa y política de las clases dominadas. La represión, la legislación restrictiva, el desempleo y la inflación dificultan enormemente la defensa de las condiciones de vida y de trabajo, pero no han podido derrotar la resistencia popular, que se expresa bajo formas muy variadas y, por necesidad, cada día más políticas.

1] *Pauperización y problemas infecto-nutricionales*

En el proceso de pauperización se va entretejiendo una serie de elementos, que al final se resumen en el deterioro del consumo básico de las clases populares. La acelerada penetración del capitalismo en el campo, con el desplazamiento de los cultivos de subsistencia por las cosechas de exportación, se expresa en el hecho de que en el periodo de 1964 a 1974 la producción per cápita de aquéllos decreció en un 10% mientras que éstas se incrementaron en un 27% en América Latina.⁴ Incluso, países que anteriormente eran exportadores de granos básicos como México tuvieron que importarlos durante la última década. Las altas tasas de ganancia que logró el capital de sus inversiones han resultado en un aumento de la inversión norteamericana agroalimentaria en América Latina, de 356 a 832 millones de dólares, o en un 233%, entre 1966 y 1977; la tasa de ganancia subió en el mismo periodo de 10% a 17.7%.

Esta dinámica agrícola tiene consecuencias tanto para la población rural como para la población

asalariada urbana. Para el campesinado significa un proceso rápido de pauperización que conlleva su proletarización parcial o total, lo que entre otras cosas monetariza definitivamente su economía, con todo lo que implica de transformación de los patrones de consumo; también obliga a la migración masiva en búsqueda de trabajo y la ruptura de estrategias de sobrevivencia construidas en base a una determinada relación con la naturaleza. Para los asalariados urbanos, la capitalización del campo significa el encarecimiento de los productos alimenticios, hecho que se demuestra, por ejemplo, por el hecho de que en Brasil un trabajador con salario mínimo tenía que trabajar 105.13 horas para adquirir la ración mínima alimenticia en 1970, mientras que en 1978 correspondía a 137.37 horas.⁵ Asimismo, el consumo de calorías per cápita-día en Chile descendió de 218.1 a 106.5 y de proteínas de 65.9 a 57.1 entre 1970 y 1978.⁶

En México el consumo medio de alimentos bajó en los rubros de leche (15%), carne (8%), fruta fresca (25%) y aceite (62%), mientras que aumentó en maíz (11%), raíces feculantes (12%) y arroz (4%) entre 1968 y 1975.⁷

Otro elemento del proceso de pauperización de las masas trabajadoras es la depresión del salario real que se ha dado con mayor o menor intensidad en prácticamente todos los países como resultado de la imposición de “topes salariales” dentro del marco de las políticas económicas monetaristas, con frecuencia dictadas directamente por el Fondo Monetario Internacional, y de los acelerados procesos inflacionarios.

Como se desprende del cuadro 1 el deterioro salarial se da con mayor fuerza en los países que viven bajo dictaduras militares pero también se presenta en países como México, especialmente a partir de 1977 cuando su gobierno firmó un convenio con el FMI. La política de contención salarial, que en tiempos de inflación equivale a depresión salarial, no es el simple reflejo de que hay menos que repartir, sino va de la mano con una distribución regresiva del ingreso. Por ejemplo, en Brasil, mientras que en 1970 le correspondía un 20.9% del total del ingreso al 60% de ingresos más bajos y un 34.1% al 5% de ingresos más altos, los datos correspondiente para 1976 eran 18.6% y 37.9% respectivamente.⁸

Datos semejantes han sido presentados para Argentina.⁹

Cuadro I

EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE SALARIO. ARGENTINA, BRASIL, CHILE, ECUADOR Y MÉXICO, 1970-1980 (1970 = 100)

Año	Argentina ¹ (Salario indus.)	Brasil ² (Salario mín.)	Chile ³ (Salarios y sueldos)	Ecuador ⁴ (Salario mín.)	México ^o (Salario mín.)
1970	100	100	100	100	100
1971	105	96	138	114	95
1972	96	94	125	106	107
1973	104	86	125	95	96
					(113)*
1974	115	79	54	127	105
					(129)**
1975	116	83	73	143	111
1976	74	79	66	152	117
					(144)***
1977	65	82	79	135	124
1978	60	85	75	120	119
1979	68	70	83	150	118
1980	75	—	—	—	110
1981	67	—	—	—	—

*Después de aumento de emergencia en septiembre; ** después de aumento de emergencia en octubre; *** después de aumento de emergencia en octubre.

FUENTES:

1 Modificado de FIDE, abril 1982, p. 13.

2 DIEESE. Salario mínimo; *Divulgat;ao*, 2/79.

3 M. Echeverría: *Crisis, trabajo y salud*, tesis de Maestría, UAM-Xochimilco, mimeo, 1982.

4

⁴ J. Breilh, E. Granda: *Acumulación económica r salud-enfermedad*. CEAS, Quito, 1981 (mimeo).

^o *La economía mexicana en cifras*, Nacional Financiera, México, D. F., 1981.

Enfrentada con la depresión salarial, la población trabajadora necesariamente tiene que recurrir a nuevas estrategias para contrarrestar el deterioro de sus desde antes precarios niveles de sobrevivencia. Una de estas estrategias consiste en que más miembros de la familia se integren al trabajo asalariado para contribuir al sostén del grupo familiar. No existe mucha información al respecto pero datos de Brasil muestran que mientras que en 1970 en el 59.2% de las familias sólo laboraba una persona, en el 19.2% dos personas y en el 13.2% tres personas o más, en 1976 los datos correspondientes eran 49.8%, 23.0% y 17.4% respectivamente.¹⁰ Este hecho tiene varias implicaciones. Por una parte, significa cambios importantes a nivel familiar, ya que la integración de las mujeres a la producción en ausencia de servicios domésticos colectivos aumenta sus horas de trabajo y plantea el cuidado de los niños como

un problema serio. Igualmente conlleva el incremento en el trabajo infantil y de jóvenes con consecuencias para su educación.

Por otra parte, parece claro que la integración de las mujeres y adolescentes al mercado de trabajo retroalimenta la tendencia de depresión salarial. Ocurre así porque incrementa la cantidad de fuerza de trabajo disponible, lo que hace crecer el ejército industrial de reserva. Esta situación está forzando una redefinición del valor de la fuerza de trabajo, que ya no corresponde al valor de los bienes necesarios de la familia obrera sino tiende a acercarse al valor de los bienes necesarios para la reproducción tan sólo de la fuerza de trabajo del obrero.

Los bajos salarios, asimismo, obligan al trabajador a aceptar laborar más de 48 horas a la semana; o sea, no puede, por coerción económica, resistirse a la prolongación de la jornada. Por ejemplo, en Brasil el 24.8% de la población económicamente activa trabajaba 50 horas o más a la semana en 1970, porcentaje que había aumentado a 29.1% en 1975.¹¹ Si bien no se pueden hacer comparaciones temporales en México, para 1978 el 21.8% de los obreros industriales laboraban 49 horas o más a la semana, dato que llegaba a cerca del 30% en las industrias extractivas y de construcción.¹² Esta prolongación de la jornada incrementa el desgaste obrero y quita tiempo de reposo.

Otro efecto de la crisis que acelera el proceso de pauperización son el desempleo y el subempleo. Si bien es cierto que éstos son problemas crónicos de los países latinoamericanos, la crisis los agrava tanto estructural como coyunturalmente. La proletarización del campesinado, la integración masiva de mujeres y adolescentes al trabajo asalariado y la reestructuración tecnológica de la industria, todos son procesos acelerados por la crisis que alimentan el des-subempleo estructural. Además esto se añade al desempleo más coyuntural de las fases recesivas sucesivas características del *stop-and-go* de la economía.

Resulta difícil tener una idea precisa respecto a estos problemas tanto por lo precario de los datos oficiales como por el hecho de que la mayor parte del desempleo necesariamente se reviste de formas de subempleo, que no se registran, en ausencia de instituciones sociales que garanticen la sobrevivencia de los desempleados francos. Otra razón por la cual una parte del desempleo no aparece en las estadísticas nacionales, es porque da origen a migraciones internacionales muy importantes que, sin embargo, no son registradas como desempleo por nadie. Por ejemplo, una parte importante del desempleo mexicano asume la forma de aproximadamente cinco millones de “indocumentados” en Estados Unidos; hay un número indeterminado de desempleados colombianos trabajando en Venezuela; como resultado de la persecución política, pero también, importantemente, por razones de

trabajo, un millón de chilenos y dos millones de argentinos viven fuera de sus países.

A pesar de todos los problemas de registro, por ejemplo, los datos de Chile son elocuentes (véase cuadro II). La implantación, a partir de 1975, de una política económica de corte estrictamente monetarista incrementó el desempleo abierto hasta el 14.5%, dato que se mantiene en 1980 en 12.2%.

Cuadro II

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE DESEMPLEO ABIERTO, ARGENTINA, CHILE Y MÉXICO, 1970-1978

Año	Tasas de desempleo %		
	Argentina ¹	Chile ²	México ³
1970	4.8	5.7	—
1971	6.0	3.8	—
1972	6.6	3.1	—
1973	5.4	4.8	7.5
1974	3.4	9.2	7.2
1975	3.7	14.5	7.2
1976	4.0	14.8	6.8
1977	3.0	12.7	8.0
1978	2.7	13.4	6.9
1979	1.8	13.0	—
1980	2.0	12.2	—

FUENTES:

1 *Evolución económica de la Argentina*, Ministerio de Economía, Buenos Aires, 1981.

2 M. Echeverría: *Crisis, trabajo y salud*, tesis de Maestría, UAM- Xochimilco, 1982.

3 *Encuesta sobre ocupación* (números correspondientes) Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1973-1978.

Los datos de México muestran un incremento en el desempleo en 1977 que coincide con una aguda recesión de la economía y la implementación de una política monetarista pactada con el FMI a fines de 1976. Un disparo semejante del desempleo, aún no cuantificado, se dio a partir de las dos devaluaciones y los recortes presupuestales estatales en lo que va de 1982.

Cuadro III

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y MÉXICO, 1965-1978

<i>Año</i>	<i>Argentina</i> ¹ (Buenos Aires)	<i>Brasil</i> ² (Sao Paulo)	<i>Chile</i> ³	<i>México</i> ^o
1965	31	69	—	61
1966	31	74	—	63
1967	33	74	—	64
1968	36	77	—	66
1969	37	84	—	68
1970	37	90	79	63
1971	32	94	70	61
1972	32	93	71	52
1973	31	94	65	47
1974	28	86*	63	49
1975	29	87*	55	52
1976	30	81*	54	—
1977	29	71*	47	—
1978	—	—	39	—

por 1 000 nacidos vivos.

* Estimación.

FUENTES:

1 S. Belmartino, C. Bloch, Z. T- de Quinteros: "El programa de estabilización económica y las políticas de salud y bienestar social", *Cuadernos Médico Sociales*, n. 18, 1981, p. 32.

2. IBASE: *Saúde e Trabalho no Brasil*, Vozes, Petrópolis, 1982, p. 34.

3 D. Marcotti: *La mortalidad infantil: ¿un indicador de desarrollo?* Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, 1981, p. 4.

^o *Manual de estadísticas básicas sociodemográficas III*, Secretaria de Programación y Presupuesto, México, D. F., s.f.

Todos estos indicadores apoyan la suposición de que se está dando un proceso de pauperización absoluta de las clases trabajadoras, que necesariamente se traduce en un empeoramiento de sus condiciones de reproducción. Sin embargo, en el terreno de la salud los indicadores tradicionales no muestran un comportamiento unívoco como expresión de este hecho. Por ejemplo, la mortalidad infantil, considerado como un indicador sensible de las condiciones de vida, muestra en prácticamente todos los países una tendencia descendente, tal como se puede apreciar en el cuadro III. Esta

observación tiene carácter preliminar, dado que la mayoría de los países sólo han publicado oficialmente sus estadísticas de mortalidad hasta 1976 o 1977.

Una revisión más cuidadosa de los datos revela que en Brasil, Argentina y México el decremento en las tasas de mortalidad infantil está antecedido por un incremento, que coincide con el periodo durante el cual la crisis capitalista mundial empieza a manifestarse con toda claridad. Esta situación nos orienta a buscar una explicación de índole distinta a la que generalmente se da a las tasas de mortalidad infantil. Es decir, parece probable que lo que presenciamos no es un mejoramiento en las condiciones de salud sino una relación cambiante entre la morbilidad y la mortalidad. Este planteamiento conlleva la necesidad de explorar la posibilidad de que acciones sanitarias puntuales puedan bajar las tasas de mortalidad infantil sin mejorar ni las condiciones de vida y de trabajo, ni las condiciones generales de salud. Por ejemplo, con tres medidas relativamente sencillas y baratas de implementar como son una alta cobertura de vacunación, rehidratación oral y distribución gratuita de leche, se puede modificar sensiblemente la mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas. Por ejemplo, a pesar de que la junta chilena cortó bruscamente el gasto en salud casi a la mitad entre 1972 y 1975,¹³ dejó intacto el programa de distribución de leche a los menores de cinco años.

En esta misma línea es necesario recordar que durante los años setenta se inició a una escala grande en muchos países la extensión de cobertura a través de los programas de atención primaria, que constituyen la infraestructura para llevar adelante el tipo de acciones antes mencionadas. La investigación de Casas¹⁴ sobre la mortalidad infantil rural en Costa Rica, confirma la importancia de la atención médica, ya que encuentra que la tasa de mortalidad infantil es un 40% más alta en los cantones donde hay una baja cobertura —46.4%— que en los de alta cobertura: 33.1%.

Sin embargo, la misma investigación demuestra que, si bien la atención médica influye sobre la mortalidad infantil, los procesos socioeconómicos acelerados por la crisis tienden a agravar la problemática de salud de los infantes. Así, las zonas rurales, donde menos del 6% de la población está desocupada, muestran una tasa de mortalidad infantil de 33.7 por mil, mientras que fue de 41.6 por mil en las zonas de una desocupación mayor del 6%. Por otra parte, en condiciones iguales de atención médica las zonas con un alto porcentaje de población proletarizada exhibían sistemáticamente tasas más altas de mortalidad infantil. Estos resultados concuerdan con los de un estudio de morbilidad realizado en dos comunidades rurales mexicanas en 1973, que mostró que las tasas de morbilidad general fueron significativamente más altas entre la población desocupada y entre los jornaleros agrícolas.¹⁵

Datos de Guatemala y Panamá¹⁶ ofrecen otras evidencias que refuerzan la suposición de que estamos presenciando una relación cambiante entre la morbilidad y la mortalidad. Demuestran que mientras la mortalidad de los menores de cinco años bajó en estos países, la tasa de desnutridos de segundo o tercer grado se incrementó en un 21 % y un 84% respectivamente. Es decir, el hecho de que las tasas de mortalidad infantil estén bajando no excluye que el deterioro alimenticio, provocado por los cambios en la estructura agrícola y la depresión salarial, efectivamente signifique un incremento en la desnutrición. Datos del estado de São Paulo, Brasil, confirman la estrecha relación entre el nivel salarial y la frecuencia de desnutrición en los niños, ya que se encontró que el 48% de los niños de las familias con ingresos de salario mínimo o menos estaban desnutridos, mientras que el dato correspondiente para las familias de ingresos de 2.5 veces del salario mínimo o más era 11.5%.¹⁷ La crisis está generando, pues, una población con altos índices de desnutrición que, sin embargo, no se muere. Resulta interesante recordar que una serie de estudios norteamericanos,¹⁸ realizados durante la crisis de 29, llegan a resultados semejantes. Constatan que a pesar de que los efectos de la crisis no se reflejan en las tasas de mortalidad, se incrementa la desnutrición en los sectores sociales más afectados por la debacle económica.

Como un último indicio de que la pauperización de grandes grupos de latinoamericanos conlleva un deterioro de sus condiciones de salud es ilustrativo revisar el comportamiento de la incidencia de algunas enfermedades infecciosas. El problema más espectacular es un nuevo auge del paludismo, que después de un periodo de disminución vuelve a presentarse como un problema sanitario de primer orden, como se puede apreciar en el cuadro IV. Las razones del incremento del paludismo parecen ser varias, más ligadas a acontecimientos económicos y políticos que a dificultades técnicas.¹⁹ Otro ejemplo del incremento en las enfermedades infecciosas lo tenemos en el caso de Chile, que muestra un incremento sostenido en tifoidea, reportando 3530 casos en 1973 y 11 533 en 1977. En el mismo periodo los nuevos casos de sífilis suben sostenidamente de 2 691 a 5 722.²⁰

Finalmente habría que aclarar que resulta insuficiente para poder desentrañar los efectos de la pauperización de las clases trabajadoras sobre sus perfiles epidemiológicos analizar solamente los datos globales respecto a la población, ya que no permiten distinguir los efectos diferenciales sobre los diferentes grupos de la población. Disponemos de poca información respecto a las diferenciales de morbi-mortalidad de la población latinoamericana, pero los datos brasileños del cuadro v nos dan una buena indicación del grado de diferenciación existente.

Cuadro IV

INCIDENCIA DE PALUDISMO EN ALGUNOS PAISES LATINOAMERICANOS, 1975-1978.

País	1975	1976	1977	1978
Brasil	88 630	89 959	104 436	114 353*
Bolivia	6 615	6 714	10 106	10 897
Colombia	32 690	39 022	63 888	53 412
Ecuador	6 555	10 974	11 275	11 140*
Guatemala	4 979	9 616	34 907	59 755
México	27 925	18 153	18 851	17 810

FUENTE: *Malaria en las Américas*, Publicación Científica 405, OPS/ OMS, 1981.

* Proyectado en base a datos hasta septiembre-octubre.

Cuadro V

ESTIMACION DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER SEGUN EL NIVEL DE INGRESO FAMILIAR, BRASIL, 1976.

Nivel de ingreso	
1 salario mínimo o menos	54.8
1 a 2 salarios mínimos	59.5
2 a 5 salarios mínimos	64.0
5 o más salarios mínimos	69.6
Toda la población	60.5

FUENTE: *Indicadores sociais*. 1979.

Secretaría de Planejamenw da Presidência Da República, Brasilia, 1979.

2] *Transformación industrial, productiva y desgaste obrero*

Si bien los efectos de la crisis se muestran con toda crudeza en la distribución y el consumo como un proceso de pauperización de las clases trabajadoras, los cambios más profundos y decisivos ocurren en la producción. No es posible entender la conformación de los perfiles epidemiológicos de los grupos sociales a menos de analizar las características de los procesos laborales en los cuales participan, y que originan determinadas formas de consumo de la fuerza de trabajo que se corresponden con patrones

específicos de desgaste obrero. Los perfiles epidemiológicos finalmente se derivan de la combinación entre el desgaste y la reproducción característicos de los distintos grupos, entendiendo que la reproducción no es un elemento disociado de la producción sino determinado por ella.²¹

La crisis agudiza la competencia intercapitalista y tiende a redefinir el tiempo socialmente necesario para la producción. Esto se logra a través del aumento en la productividad, que se implementa por medio de la intensificación del trabajo y/o del recambio tecnológico.²² En términos generales esto conlleva una reestructuración de la industria y la eliminación de su parte más atrasada y sin posibilidades de realizar las inversiones necesarias para producir rentablemente bajo las nuevas condiciones. Respecto a los procesos laborales concretos esto significa ritmos de trabajos más altos, una tendencia al aumento del trabajo por turnos, un proceso de descalificación/recalificación, una creciente pérdida de control por parte del obrero sobre su tarea, el manejo de tecnología potencialmente más peligrosa, etcétera. Elementos que tienen todas las repercusiones para la salud, como se intentará demostrar más adelante.

La tendencia a la concentración y centralización del aparato industrial se ejemplifica por el caso mexicano donde en el periodo 1970 a 1975 los establecimientos industriales artesanales decrecieron en un 14.7% y el personal empleado en ellos en un 16.4%; el número de establecimientos de la pequeña industria bajaron en un 2.6% y su personal en 6%, y los datos correspondientes para la mediana industria fueron —1.0% y —3.3%. Sólo los establecimientos con más de cien empleados crecieron en un 8.0% y su personal en un 16.6%.²³ Esto significó una creciente concentración de trabajadores en la gran industria, ya que era el 61.3% en 1970 y el 66.4% en 1975. En Chile y Argentina se dieron procesos semejantes y aún más agudos debido a la aplicación de políticas económicas, bautizadas de *shock* por la escuela de Chicago, iniciadas en los años 1975 y 1976 respectivamente, que tuvieron como requisito político previo los golpes militares y el ejercicio de una profunda represión contra el movimiento obrero.²⁴ En Chile esto se tradujo en quiebras masivas de pequeñas y medianas industrias y aun de empresas grandes en determinadas ramas. En términos de la concentración de los ocupados en la gran industria, se expresa en el hecho de que subió al 50.7% del total de ocupados en 1977 en comparación con el 42.4% en 1967, mientras que el empleo en la pequeña industria bajó del 29.2% al 19.8% en el mismo periodo.²⁵ El proceso argentino se asemeja al chileno y ha golpeado especialmente duro a la pequeña y mediana industria, pero también a las grandes empresas, por ejemplo en las ramas automotriz, electrónica y textil.²⁶ De paso cabe señalar que, si bien las políticas económicas monetaristas, en sus variantes blanda y dura, lograron una recuperación económica en términos del

crecimiento de PNB, para 1981 los países mencionados se encuentran de nuevo en agudas recesiones con crecimiento cero o incluso negativo.

Otro fenómeno en relación directa con la transformación de los procesos laborales concretos, que se ha acelerado por la crisis y que parece asumir características parcialmente nuevas, es la transnacionalización del capital industrial. Para 1980 el 54.1% de la inversión privada norteamericana en Latinoamérica, excluyendo al Caribe, era inversión industrial.²⁷ Parece importante señalar que la nueva inversión extranjera directa en países como México y Argentina mantenía hasta 1978 un nivel relativamente estable, con altibajos dependiendo de las coyunturas político-económicas específicas de cada país. Sin embargo, en 1979, cuando se comienza a resentir una nueva recesión a nivel mundial, la inversión extranjera crece a un ritmo inusitado. Por ejemplo en México sube de 383.3 millones en 1978 a 1 622.6 en 1980, o sea se incrementa en un 425%,²⁸ tendencia que según informes preliminares se mantuvo en 1981.

Otro ejemplo lo constituye Argentina, donde la inversión extranjera directa se incrementó entre 1978 y 1980 en 275%.²⁹ En Chile, finalmente, entre 1977 y 1980 se incrementó en 625%,³⁰ aumento que, sin embargo, tiene que interpretarse a la luz de la historia política de este país, ya que se acercó a cero durante el gobierno de la Unidad Popular. El destino de inversión resulta de especial interés porque nos permite vislumbrar qué busca el capital extranjero y qué significa en relación con los procesos laborales concretos, y por lo tanto, que repercusiones tendrá sobre el desgaste obrero y los perfiles epidemiológicos.

En México en 1980 el 77.6% de la IED se encontraba en la industria de transformación, ubicándose un 18.5% en la industria química, un 14.5% en equipo y material de transporte (léase automotriz), un 9.0% en eléctrica y electrónica, un 7.4% en maquinaria y equipo, un 6.9% en alimenticia, un 9.4% en minero-metalúrgica y un 2.0% en textil y vestido.³¹ En Argentina la nueva IED de los años 1977 y 1980 se repartía en un 26.0% en gas y petróleo, un 19.2% en automotriz, un 14.1% en minería y un 7.9% en química plástica y petroquímica.³² Otra vía tal vez de mayor importancia para condicionar el desarrollo de determinadas ramas industriales es a través de los préstamos extranjeros, públicos y privados, que sin embargo son mucho más ocultos. Por ejemplo, una parte muy importante de los préstamos al gobierno mexicano están absorbidos por petróleo, electricidad y siderurgia. Los datos respecto a la "ayuda" norteamericana para el desarrollo de la industria del acero en América Latina, son igualmente elocuentes: 941.2 millones a Brasil, 624.5 a México, 380.5 a Argentina y 122.4 a Chile.³³

Estos datos conforman un cuadro que permite precisar algunos rasgos fundamentales de lo que puede

llegar a ser, efectivamente, una nueva división internacional del trabajo. Se basa en dos elementos distintos que están ambos interrelacionados con la crisis. Por una parte obedece a las características de la lucha de clases en los países capitalistas centrales, donde la clase obrera en la posguerra logró una organización y capacidad reivindicativa muy alta y que hoy se enfrenta a una burguesía que por vías distintas intenta debilitarla. Una vía es descentralizar la industria reconstituyendo el ejército industrial de reserva a nivel internacional y otra es desarrollar tecnología que elimina fuerza de trabajo e incrementa el control del capital sobre el proceso laboral cambiando, así, las condiciones de la organización obrera.³⁴ Por otra parte, se han generado las condiciones materiales de la descentralización industrial al desarrollar e integrar a la producción la informática y el control computarizado de la producción.³⁵

En concreto esto significa que el capital internacional, principalmente norteamericano pero también alemán, japonés y suizo, está transfiriendo procesos de trabajo a América Latina que requieren de abundante mano de obra; que implican tareas monótonas y descalificadas; que conllevan alto riesgo para los obreros y son altamente contaminantes y que permiten utilizar maquinaria obsoleta en los países de origen. Ejemplo de lo primero es la llamada maquila de aparatos eléctricos y electrónicos y de vestido y calzado que en su mayoría se realiza en zonas francas de Brasil, Dominicana, El Salvador, Guatemala, Haití, Colombia, México, Panamá y Puerto Rico, ocupando, en cálculos conservadores, 275 mil obreros a mitad de los setentas.³⁶ Tomando como ejemplo México, el salario pagado representa aproximadamente el 25% del de Estados Unidos, la productividad horaria es un 25 a 40% más alta que en ese país y el ausentismo más bajo. El mercado de trabajo local, además, permite a los empresarios elegir obreros con características específicas en cuanto a capacitación, edad y sexo, adquiriendo fuerza de trabajo en condiciones óptimas que, sin embargo, se desgasta y queda inutilizada en un lapso de siete a diez años.³⁷

Las industrias química, petroquímica y siderúrgica ejemplifican la exportación de procesos laborales que implican riesgos altos para los obreros y el ambiente. Estas industrias se mueven hacia la periferia con la finalidad de evitar la legislación laboral y ambiental, resultado de la lucha obrera y ambientalista, y encuentran en América Latina condiciones óptimas de operación, ya que en caso de que exista legislación, ésta es mucho más inespecífica o simplemente no se aplica. Los estudios de Castleman³⁸ demuestran con claridad que industrias como la de asbestos y las de fundición, que ambas manejan sustancias carcinógenas, han sido trasladadas entre otros países a México. Cabe añadir que en México se maneja a gran escala benceno (depressor de la hematopoesis), cromatos (carcinógeno), vinilo

de cloruro (carcinógeno), etcétera.

La industria automotriz, finalmente, ejemplifica procesos laborales monótonos, repetitivos y con acelerados ritmos de trabajo y un alto grado de conflictividad laboral. No es casual que tanto en Italia y Francia como en Estados Unidos los obreros de esta rama hayan desempeñado un papel importante en las luchas obreras. Las grandes empresas automotrices han desarrollado una política doble para contrarrestar la resistencia obrera y la caída de las tasas de ganancia. Por una parte, han automatizado segmentos de la producción, especialmente los de alta conflictividad, y por otra han desarrollado plantas con producción semejante en distintos países, todas sometidas a control computarizado, lo que permite implementar reajustes en la producción local instantáneamente. Estos mecanismos, evidentemente, garantizan mantener estable la producción a pesar de conflictos laborales locales.

Las transformaciones que ha sufrido la industria latinoamericana bajo la crisis se expresan en incrementos sostenidos de productividad, como se puede observar en la gráfica I. La política salarial tanto de Brasil como de Argentina, además, está condicionada a los aumentos de productividad, ya que una parte de los aumentos salariales tiene que estar respaldada por ella.³⁹ En México hay una situación semejante, ya que el gobierno, apoyado por los dirigentes sindicales oficialistas, permite aumentos por encima de los “topes salariales” cuando están basados en aumentos de la productividad.

Al ir analizando las transformaciones industriales van apareciendo los elementos que se traducen en condiciones de trabajo concretas; condiciones de trabajo que no son externas al obrero sino formas de existencia social, biológica y psicológica. La dificultad metodológica de ir aprehendiendo esto en perfiles epidemiológicos estriba en dos problemas. Por una parte, no tiene expresiones inmediatas en la morbi-mortalidad, ya que son procesos que tardan años en concretarse en patologías específicas. El *stress* y la fatiga no matan necesariamente a corto plazo sino van minando el organismo poco a poco; la exposición a carcinógenos resulta en tumores malignos después de 15-20 años. La crisis la traerán consigo en sus cuerpos por un periodo largo las clases trabajadoras, independientemente del futuro cercano. Por esto podemos decir que la historia de la enfermedad de una población es social y no natural; que se va gestando en los procesos sociales antes que llegar a sus expresiones sensibles. Por otra parte, hay un silencio oficial en cuanto a estadísticas de morbi-mortalidad a partir de 1976-1977 o aun antes.

Sin embargo, en los accidentes de trabajo tenemos una expresión directa de los cambios ocurridos en el proceso laboral. El cuadro VI recoge la evolución de los accidentes de trabajo registrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre la población trabajadora asegurada. Cabe señalar

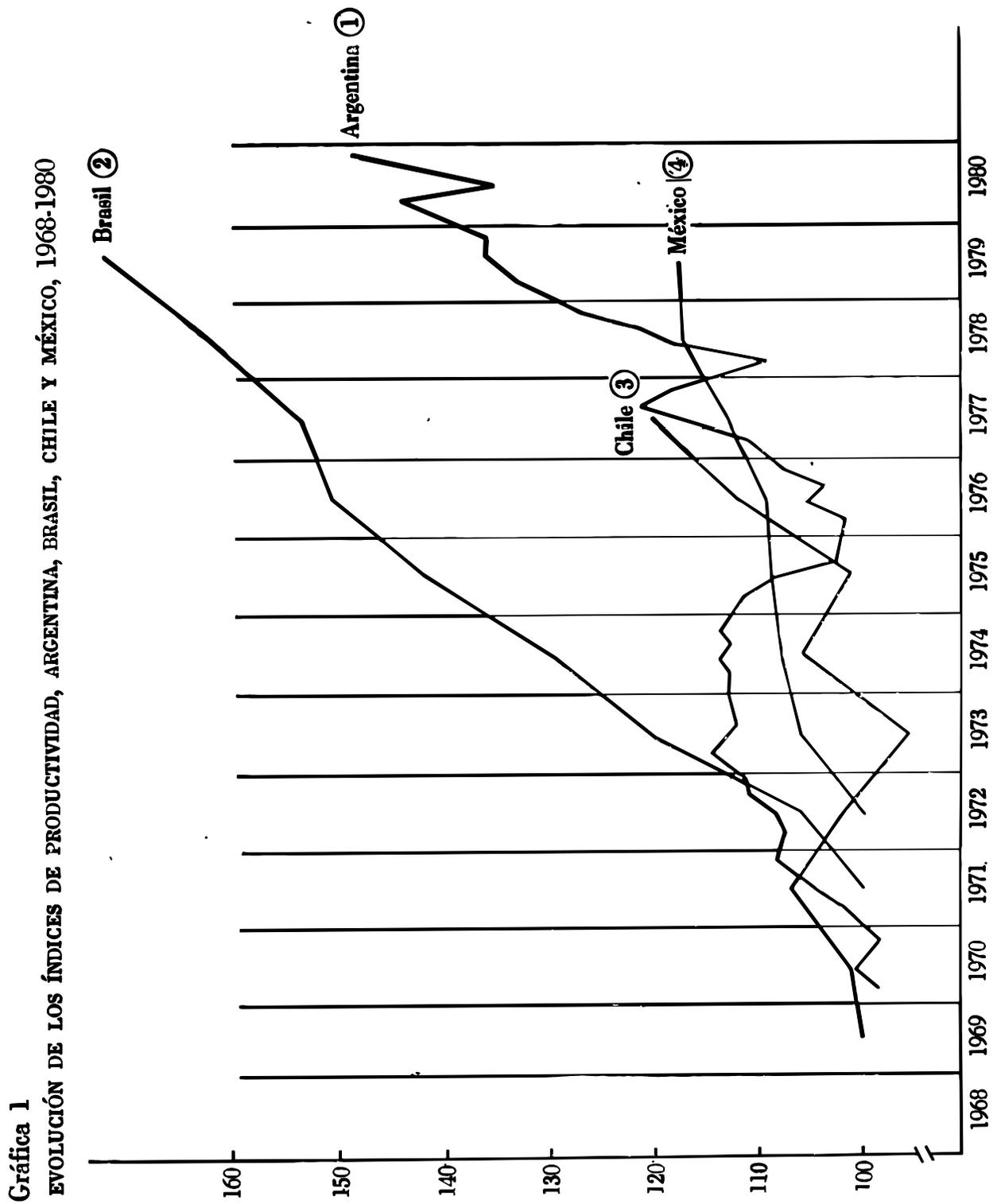
que este registro deja fuera los accidentes ocurridos en la población trabajadora no-asegurada, que en términos generales corresponde a los pequeños y medianos establecimientos.

Como se puede apreciar en el cuadro VI, el número de accidentes de trabajo se duplicó entre 1970 y 1979, los accidentados con invalidez permanente se incrementaron 2.5 veces y las muertes aumentaron casi tres veces. Esta situación no se explica sólo por un incremento en la población trabajadora, ya que las tasas se van incrementando paralelamente aunque no al mismo ritmo. Esto quiere decir que el riesgo de accidentarse en el trabajo es hoy más grande que hace diez años. Como punto de referencia se puede mencionar que la tasa de mortalidad por accidente de trabajo, 28.9 por 100 mil, se ubicaría como séptima causa de muerte en la escala de mortalidad general en 1975 y como segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 34 años.

Los datos de accidentes de trabajo en Brasil durante los años setenta muestran un comportamiento semejante al de los datos mexicanos, como se puede observar en el cuadro VII.

Cabe señalar que la frecuencia de accidentes de trabajo en Brasil es tan alta que a partir de la mitad de los años setenta se comenzó a denunciar intensamente la situación. Con la reorganización del movimiento sindical a partir de 1978, el problema de la salud del trabajador fue asumido por una serie de sindicatos como bandera de lucha.

Parece necesario insistir en que determinados modos de organizar el trabajo incrementan el riesgo de accidentes. Por ejemplo, la práctica implementada por los empresarios de rotar la fuerza de trabajo, esto es, despedir obreros y contratar nuevos, con el fin de mantener bajos los salarios y debilitar la organización sindical, indudablemente incrementa los accidentes. Información de Chile y Brasil muestra una alta rotatividad. Por ejemplo, en 1976 el 41% del proletariado industrial brasileño tenía un año o menos en su actual empleo.⁴⁰ Asimismo, formas salariales como el destajo tienden a incrementar la frecuencia de los accidentes, ya que inducen a violaciones a las normas de seguridad.



FUENTES

- 1 *Evolución económica de la Argentina*, Ministerio de Economía, Buenos Aires, 1981. (Productividad Industrial.)
 2 IBAFE *Saúde e trabalho no Brasil*, ed. Vozes, Petropolis, 1982.

3 M. Echeverría, *Crisis, trabajo y salud*, Tesis de maestría en Medicina Social, UAMX, México, 1982.

4 C. Laurell, "El obrero mexicano las condiciones de trabajo" en *El obrero mexicano*, ed. Siglo XXI, en prensa, 1982.

Cuadro VI

EVOLUCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO EN MÉXICO 1960 a 1979.

Año	Total de accidentes		Accidentes c/invalidez		Accidentes mortales	
	Núm.	Tasa por mil asegu.	Núm.	Tasa por mil asegu.	Núm.	Tasa por 100 mil asegu.
1960	100 762	79.0	2 148	1.68	138	10.8
1970	245 723	89.1	4 381	1.59	471	17.1
1975	361 154	98.9	7 185	2.13	936	25.6
1976	401 303	107.8	8 940	2.41	1 077	28.9
1977	449 508	116.2	9 640	2.49	1 269	32.8
1978	—	—	—	—	—	—
1979	547 883	112.3	11 578	2.37	1 371	28.11

FUENTE: Jefatura de Medicina del Trabajo, Servicios de Análisis e Información Estadística, IMSS.

Cuadro VII

EVOLUCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO EN BRASIL, 1969 a 1979

Año	Número de accidentes de trabajo	Índice	Número de muertes por accidentes de trabajo	Tasa por 100 accidentes
1969	1 059 296	100	—	—
1970	1 220 111	115	—	—
1971	1 330 523	126	2 587	1.94
1972	1 504 723	142	2 854	7.90
1973	1 632 696	154	3 153	7.93
1974	1 796 761	170	3 833	2.13
1975	1 916 187	181	4 001	2.05
1976	1 743 825	165	3 900	2.24
1977	1 614 750	152	4 445	2.75
1978	1 564 380	148	—	—
1979	1 476 056	139	—	—

FUENTE: IBASE: *Saúde e Trabalho no Brasil*, Vozes, Petrópolis, 1982, pp. 50 y 53.

Respecto a las enfermedades legalmente reconocidas como ocupacionales se puede constatar que

están gravemente sub- registradas, ya que en Brasil constituyen entre el 0.10 al 0.32% del total de los riesgos laborales registrados y en México entre el 0.36 y el 0.45%. Por ejemplo, en 1977 en ese país no se registró un solo caso de cáncer ocupacional y casi el 50% de las enfermedades registradas eran neumoconiosis. El mismo año se reportaron 131 casos de sordera, a pesar de que la mayor parte de la industria trabaja con niveles de ruido por encima de 90 decibeles.⁴¹

Sin embargo, los daños a la salud más importantes implícitos en los procesos de transformación de los procesos laborales impulsados por la crisis seguramente no se encuentran entre lo que la ley define como riesgos laborales sino se verifican en lo que se registra como patología “civil”. Habría que poner especial atención en la patología del *stress*, que está íntimamente ligada a las formas concretas de organización del trabajo. Por ejemplo, un estudio de la morbilidad en una empresa automotriz mexicana demostró que existía una relación directa entre las consultas obreras por enfermedad relacionada con el *stress* y el aumento en la productividad. Asimismo, datos de la mortalidad por enfermedades izquémicas del corazón muestran un incremento sostenido tanto en México como en Ecuador al incrementarse la productividad.⁴² Habría que contemplar que las fuentes del *stress* no sólo se encuentran en los procesos laborales sino también en la tensión que genera un salario decreciente y una inseguridad laboral creciente.

Uno de los pocos estudios que han intentado reconstruir la morbilidad obrera durante el periodo de la crisis es el realizado por Echeverría, en Chile.⁴³ Ella encontró un incremento sostenido en el número de consultas por obrero de 1979, especialmente por causas psicológicas, sicosomáticas, accidentes y enfermedades por esfuerzo y posición. Concluye la investigación que las razones de estos perfiles epidemiológicos cambiantes están tanto en las transformaciones de los procesos laborales como en la amenaza constante y real del despido en una sociedad caracterizada por sus altos índices de desempleo.

Otra práctica de organización del trabajo inherente al uso capitalista del tiempo es la implementación del trabajo por turnos, las más de las veces con rotación. Mantener la producción 24 horas al día puede ser una exigencia técnica en determinados procesos laborales, pero en la mayoría de los casos se debe a las necesidades de valorización del capital. Esto ocurre especialmente cuando el ciclo de renovación tecnológica es corto, ya que obliga al empresario a trabajar al máximo la maquinaria antes de que se vuelva obsoleta. Un estudio mexicano demostró que el 22% de los obreros involucrados en trabajos por turno con rotación trabajaban en procesos laborales que no se podían interrumpir por razones técnicas para el otro 78%, no existían impedimentos técnicos para realizar el trabajo en horarios normales sin embargo se realizaba en turnos rotativos. Un exhaustivo estudio sobre los trabajadores por turno en

Perú realizado por Galin⁴⁴ muestra que el porcentaje de trabajadores por turno aumentó del 53.6% al 60% durante la década de los setenta. El incremento se da principalmente en la gran industria donde en 1971 el 38.4% de las empresas empleaban este régimen de trabajo, porcentaje que había aumentado al 48.5% para 1980.

Estos datos asumen gran relevancia en relación al proceso de reestructuración industrial acelerada por la crisis, porque permiten suponer que situaciones semejantes se han dado en otros países latinoamericanos. En México se estima que un 45% de los obreros participa en trabajo por turno, dato igual que el peruano, 44.2%. Llama la atención que sobrepasa en mucho lo registrado en los países capitalistas centrales: Francia el 22%, Estados Unidos el 27% y Japón el 13%. Las consecuencias sobre la salud derivadas del trabajo por turnos, especialmente cuando hay rotación, involucra problemas como trastornos digestivos incluyendo úlcera, accidentes más graves, agudización de problemas nerviosos, insomnio y fatiga patológica.⁴⁵ Los sindicatos peruanos entrevistados al respecto señalaron todos estos problemas y añadieron el desgaste y envejecimiento prematuro y, como consecuencia, el acortamiento de la vida.

Los aumentos en la productividad están ligados a incrementos de los ritmos de trabajo sea por vía del control tecnológico o por vía de las formas salariales. En el primer caso tenemos los procesos taylorizados o fordizados ordenados como una sucesión de tareas simples eventualmente ligadas por la banda de producción. Esta manera de organizar el proceso laboral, que por ejemplo en México involucra al 17% de los obreros industriales,⁴⁶ somete al trabajador a un mayor *stress* que cuando él puede determinar sus ritmos de trabajo produciendo el mismo volumen de mercancías, como fue demostrado a través de una excreción mayor de catecolaminas. La forma salarial de preferencia para incrementar los ritmos de trabajo es el destajo, que de la misma manera que el trabajo en cadena incrementa el *stress*.⁴⁷

Finalmente, es necesario considerar el cambiante ambiente químico que sufre una parte de los trabajadores latinoamericanos, ya que guarda una relación estrecha tanto con el riesgo de intoxicaciones agudas y frecuentemente masivas como con una serie de enfermedades ocupacionales tradicionales y con el cáncer. El proceso de transformación selectiva de este tipo de producción a Latinoamérica presagia problemas graves en el futuro.

IV. A MODO DE CONCLUSION: UNA SUGERENCIA

La crisis por la cual transita hoy América Latina tiene implicaciones profundas para el proceso de trabajo global de las sociedades. Significa tendencias de reestructuración tanto de los procesos laborales agrícolas como industriales y parece agravar el no-trabajo: el desempleo. En cuanto al consumo hay evidencias claras que nos hablan de un proceso de pauperización absoluta de las clases trabajadoras, especialmente profunda en los países que viven bajo regímenes militares. Es justo admitir que no sabemos con precisión qué significan estos procesos en términos del proceso salud-enfermedad de las clases trabajadoras tanto porque carecemos de datos como porque a todas luces estamos frente a problemas que no pueden ser aprehendidos por los indicadores sanitarios convencionales. Pero si estamos convencidos, porque la ciencia lo ha demostrado, que la salud-enfermedad colectiva es un proceso social y biológico, estamos en la obligación de profundizar la investigación respecto a en qué y cómo están transformándose los perfiles epidemiológicos.

Lo que intenta este ensayo no es resolver cómo se expresa la crisis en las condiciones colectivas de salud sino problematizar la realidad que tenemos enfrente. Espero haber podido demostrar que prácticamente cualquier aspecto que se elige contiene una serie de preguntas que no tienen respuesta hoy pero que pueden ser respondidas en un proceso de investigación. Es mérito de una generación de sanitaristas latinoamericanos, crecidos en íntima relación con las agudas luchas sociales que caracterizan la última década, el haber roto con el pensamiento sanitario tradicional e iniciado la formulación de nuevos planteamientos teórico-metodológicos dentro del marco del materialismo histórico. Éstos son los instrumentos que deben permitirnos aprehender la esencia del periodo de cambio que estamos viviendo.

REFERENCIAS

- 1 A. Gilly, "La mano rebelde del trabajo", *Coyoacán*, n. 13, 1981, pp. 15-54.
- 2 CEPAL, *El desarrollo social en las áreas rurales de América Latina*, CEPAL, Santiago, 1978.
- 3 *Punto Crítico*, n. 123, pp. 9-30.
- 4 US. Department of Agriculture, *Agriculture in the Americas: Statistical Data* US. Government Printing Office, Washington, 1975.
- 5 IBASE, *Saúde e Trabalho no Brasil*, ed. Vozes, Petrópolis, 1982, p.34.
- 6 D. Marcatti, *La mortalidad infantil ¿indicador de desarrollo?*, Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, 1981 (mimeo).
- 7 Gabinete del Sector Salud, *Cuaderno de Información Oportuna*, n. 1 Comisión Nacional de Información, México, 1980.
- 8 *Indicadores Sociais: 1979*, Secretaría de Planejamento da Presidência da República, Brasília, 1979, pp. 63-64.
- 9 *FIDE*, abril de 1982, p. 13.
- 10 *Indicadores Sociais*, cit., p. 18.
- 11 *Ibid.*, p. 38.
- 12 *Encuesta continua sobre ocupación*, vol. 6, n. 1, Secretaría de Programación y Presupuesto, México, 1979.
- 13 C. Fassler, "Política Sanitaria de la Junta Militar Chilena", *Revista Latinoamericana de Salud*, vol. 1, n. 2, 1982, p. 35.
- 14 A. Casas, *Evolución de la mortalidad infantil en 52 cantones rurales de Costa Rica 1962-1977*, tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1982.
- 15 A. C. Laurell y Gil Blanco, "Enfermedad y desarrollo", *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 22, n. 84, 1976, pp. 83-130.
- 16 C. Teller et al, "Population and Nutrition", ponencia al XI International Nutrition Congress, Río de Janeiro, 1978.
- 17 IBASE, op. cit., p. 18.
- 18 C. V. Kiser, R. K. Stix, "Nutrition and Depression", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, octubre de 1933, pp. 299-307; C. E. Palmer, "Height and Weight of Children of Depression Poor", *Public Health Reports*. vol. 50, n. 32, pp. 1106-12.
- 19 S. Franco, *El paludismo en América Latina*, tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1980; H. Cleaver, "Malaria and the Political Economy of Public Health", *International Journal Health Services*, vol. 7, n. 4, 1977, pp. 557-79.
- 20 *World Health Statistics Quarterly* 1974-1978, OMS Washington.
- 21 A. C. Laurell, "El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo", en *Vida y muerte del mexicano*, ed. Folios, México, 1982, pp. 189-217.
- 22 K. Marx, *El Capital*, ed. Siglo XXI, México, 1975, t. I, cap. X.
- 23 A. Alvarez, "Heterogeneidad estructural del proletariado mexicano", en *El obrero mexicano*, ed. Siglo XXI (en prensa).
- 24 J. Martínez y E. Tironi, *La clase obrera en un nuevo estilo de desarrollo*, Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, 1981; A. Ferrer. "La economía argentina", *Economía de América Latina*, n. 5, 1980, p. 184.
- 25 M. Echeverría, *Crisis, trabajo y salud: Chile 1970-1980*, tesis de Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1982.
- 26 Ferrer, op. cit., p. 155.
- 27 *Punto Final*, vol. 9, n. 200, 1982, p. 11.
- 28 *Anuario estadístico*, Dirección General de Inversiones Extranjeras y Transferencia de Tecnología, México, 1981, p.8.

- 29 *Evolución económica de la Argentina*, Ministerio de Economía, Buenos Aires, 1981, p. 51.
- 30 J. Osorio, *La economía chilena bajo la dictadura militar* (mi. meo), 1982.
- 31 *Anuario estadístico*, cit., pp. 11-12.
- 32 *Evolución económica de la Argentina*, cit., p. 52.
- 33 H. Shapiro, S. Volk, "Global Shih, BraZil Steals The Show", *NACLA*, vol. 13, n. 1, 1979, p. 26.
- 34 Gilly, art. cit., pp. 18-20.
- 35 R. Murray, "Imperialism and Labour Process", ponencia presentada al primer Seminario internacional sobre internacionalización del capital, transformación del proceso de trabajo y organización obrera, UNAM, México, 1980.
- 36 F. Frobel, Y. Henrichs, O. Kreye, *La nueva división internacional del trabajo*, ed. Siglo XXI, México, 1981, pp. 548-49.
- 37 M. P. Fernández, *Las maquinas y las mujeres en Ciudad Juárez*, Department of Sociology, University of California, Berkeley, 1981 (mimeo).
- 38 B. I. Castleman, "The Export of Hazardous: Factories to Developmg Countries", *International Journal Health Services*, vol. 9, n. 4, 1979.
- 39 E. Sader, P. Sandorni, "Luchas obreras y táctica burguesa en Brasil", *Cuadernos Políticos*, n. 26, 1980, p 60; *Evolución económica de la Argentina*, cit.
- 40 Echeverría, op. cit.; J. Huulphrey, "Control del trabajo en la industria automotriz brasileña" *Cuadernos Políticos*, n. 24, 1980, pp. 70-71; A. C. Minella, "El proletariado industrial en Brasil", *Anuario del Movimiento Obrero Latinoamericano*, n. 1, Centro de Estudios del Movimiento Obrero "Salvador Allende", Guadalajara, 1980, p. 185.
- 41 IBASE, op. cit., p. 45; Jefatura de Medicina del Trabajo, Servicios de Análisis e Información Estadística, IMSS, México, s.f.; *La medicina del trabajo en México*, Syntex, México, 1979, p. 25.
- 42 M. Echeverría et al, "El problema de la salud en Dina", *Cuadernos Políticos*, n. 26, 1980, p. 87; A. C. Laurell, "Proceso de trabajo y salud", *Cuadernos Políticos*, n. 17, p. 71; J. Breilh, E. Granda, *Acumulación económica y salud-enfermedad*, CEAS, Quito, 1981 (mimeo).
- 43 Echeverría, *Crísis, trabajo y salud*, cit.
- 44 P. Galin: *Las condiciones de trabajo y vida de los trabajadores por turno en el Perú*, CLACSO, 1982 (mimeo).
- 45 D. Baker, "The Use and Health Consequences of Shift Work", *International Journal Health Services*, vol. 10, n. 3, 1980, pp. 405.20.
- 46 A. C. Laurell y M. Márquez, "La estructura tecnológica de la industria mexicana", ponencia al segundo Seminario internacional sobre crisis, nuevas tecnologías y procesos de trabajo, UNAM, México, 1981.
- 47 M. Timio, S. Gentili, S. Pede, "Free Adrenaline and Noradrenaline Excretion ReLated to Ocupational Stress", *British Heart Journal*, n. 42, 1979, pp. 471-74.