

Deterioro de las condiciones de trabajo y de salud en México *

Deterioration of health and working conditions in Mexico

Mariano Noriega Elío ¹, Jesús Gabriel Franco Enríquez ¹, Aishshah Montoya Ruiz ¹, María de los Ángeles Garduño Andrade ², Laura Elena León Cruz ¹, Susana Martínez Alcántara ¹, Adriana Cecilia Cruz Flores ¹

“La mentira es la esencia de nuestra vida política.”

Sara Sefchovich: País de mentiras.

1. El Modelo Neoliberal y su Repercusión en el Mundo del Trabajo. Una Mirada Fugaz.

Las nuevas formas de organización del Trabajo (NFOT) surgieron como resultado de la adopción del modelo neoliberal a inicios de la década de los ochenta, que fue la respuesta a una crisis económica que venía gestándose desde tiempo atrás, y se consolidaron en México, finalmente, con la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), en 1994. (México, 2003).

México se disponía a cruzar las puertas del mercado mundial y para ello era necesario un nuevo modelo económico que permitiera a las empresas existentes aumentar su competitividad, que facilitara la atracción de Inversión Extranjera Directa (IED) y que ofreciera un panorama propicio para el establecimiento de las grandes empresas transnacionales. Aunado a ello, y para garantizar el óptimo funcionamiento de este nuevo modelo, el consenso de Washington establecía claramente que era crucial la transformación de la estructura productiva predominante, además de la reforma a las leyes laborales. Únicamente así, el país podría -por lo menos ese fue el discurso que justificó dichas acciones- sentar las bases para su crecimiento y, por ende, lograr la mejoría de las condiciones de su población. Ese cambio tan anhelado, por fin llegaría.

Sin embargo, lo que ocurrió en realidad fue algo totalmente distinto. La situación de la población se tornó mucho más inestable y los resultados que se pregonaron, nunca llegaron. Como era de esperarse, la adopción de las políticas neoliberales se llevó a cabo bajo circunstancias y con efectos sumamente distintos a los de los países desarrollados. Así, México se incorporó al mercado mundial en condiciones desiguales y desventajosas, lo que determinó que la mayoría de las iniciativas planteadas resultaran poco plausibles o tuvieran efectos negativos. Por ejemplo, se pensó que

ante el deterioro evidente de la economía y la escasez de recursos financieros para modernizar la producción, la solución radicaba en promover la IED; ésta se convertiría en el pilar que lograría la integración al mercado mundial, el crecimiento económico y, sobre todo, la creación de empleos. Ahora sabemos que ninguna de estas metas se alcanzó.

Lejos de conseguir la igualdad de condiciones para la exportación de mercancías, el resultado fue un régimen que facilitó la formación de grandes monopolios; en el que las principales beneficiadas fueron las compañías transnacionales, para las cuales México se convirtió en territorio propicio para su enriquecimiento, gracias a las facilidades otorgadas: el bajo costo de la mano de obra y las exenciones fiscales (Pérez, 2003).

Ahora bien, en cuanto al crecimiento económico que supuestamente propiciaría el conjunto de reformas neoliberales, el panorama resultó muy similar. El poder adquisitivo de los trabajadores se deprimió como nunca. En 2007 el poder de compra del salario mínimo vigente equivalía al 7% del que se tenía en 1982, cuando se dio el banderazo de salida al modelo económico neoliberal.

De diciembre de 1982, a igual mes de 2007 (tras cinco gobiernos neoliberales), el aumento acumulado del salario mínimo superó ligeramente el 15%, mientras la inflación avanzó 215%, esto es, una diferencia de 15 veces en demérito del poder adquisitivo del ingreso (Fernández-Vega, 2007).

La situación se repite en todos los sectores. En suma, tanto la IED, como el establecimiento de grandes compañías transnacionales en el país estuvieron asociados a la puesta en marcha de la reestructuración productiva y sus implícitas medidas de racionalización y reducción de mano de obra; como resultado, las compañías transnacionales poco o nada contribuyeron a la creación de empleo y, en todo caso, los empleos que

1. Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco / Calzada del Hueso 1100, colonia Villa Quietud, Delegación Coyoacán, 04960, México, Distrito Federal / mnoriega@correo.xoc.uam.mx

2. Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

* Una versión ampliada se puede encontrar en <http://www.alames.org/documentos/trabajo.htm>

generaron fueron mayoritariamente precarios (Berg, Ernst & Auer, 2007).

A esto falta agregar todavía el exorbitante crecimiento del sector informal y el subempleo, estos son los únicos sectores que parecen haber florecido. De acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): la población económicamente activa (PEA) para 1970 era de 26.2 millones de personas y en el 2005 llegaba a 58.3 millones. En 1970 la ocupación estable de la economía formal era de 67% y la de la economía informal y el subempleo era de 33%. En 2005 la ocupación estable era del 45% y la ocupada en la economía informal y el subempleo del 55%. Los derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del IMSS en 1970 eran el 41% de la PEA, y en 2005, apenas llegaban al 26% (Alzaga, 2006).

En síntesis, el país ha cambiado drásticamente de 1982 a la fecha, siendo notables las caídas en: el empleo, el empleo estable y la afiliación de los trabajadores a los sistemas de seguridad social. En cambio, ha crecido la población y, como nunca, la emigración, el subempleo y la ocupación en la economía informal y, con esos fenómenos, también crece la desprotección de la seguridad social y el empleo precario (Alzaga, 2003).

El surgimiento de las NFOT “no son otra cosa que métodos de administración del personal, que vulneran los derechos de los trabajadores” (Centro de Reflexión y Acción Laboral – CEREAL- 2007). Entre estos métodos se encuentra el uso excesivo de agencias de empleo (outsourcing), la contratación temporal indiscriminada, las presiones para que los trabajadores firmen renunciaciones, la prohibición expresa a sindicalizarse; y la cancelación, por la vía de los hechos, de prestaciones sociales históricamente consagradas como las vacaciones, el pago de liquidación, las prestaciones por maternidad y el pago de utilidades (CEREAL, 2007). Todos éstos destinados a abatir los costos laborales. De los múltiples aspectos que se han modificado, ninguno tan lesivo como los contratos de trabajo precarios, más conocidos ahora como contratos basura: por hora, eventuales, de prueba o capacitación, sin obligación alguna para el patrón en caso de despido. Contrarios a la ley actual, que garantiza la estabilidad en el empleo y los contratos por tiempo indeterminado o de planta, los únicos que permiten generar derechos y prestaciones de la ley (Alzaga, 2006).

Sin embargo, en México, el cambio en las leyes laborales y las facilidades otorgadas a los empresarios, no han generado ningún impacto sobre la creación de

empleo o el aumento de la formalización; más bien, la tendencia creciente desde los años 90 ha sido el incremento en la proporción de trabajadores pobres sin protección (Berg, Ernst & Auer, 2007).

2. El Marco Jurídico.

El marco jurídico de la salud en el trabajo en nuestro país tiene su fundamento en el Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, del cual se derivan directamente la Ley Federal del Trabajo (Secretaría del Trabajo y Previsión Social –STPS-, 1970), el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo (STPS, 1997), así como un número importante de Normas Oficiales Mexicanas (NOM); instrumentos legales donde se detallan los lineamientos que deben cumplir las empresas en materia de seguridad, higiene y salud de los trabajadores.

No obstante que es un marco legal bastante amplio, existen importantes problemas para su aplicación y actualización, así como inconsistencias y omisiones. Una de las principales dificultades para su aplicación es el rechazo histórico, por parte de los empresarios, para cumplirlo; especialmente en lo que se refiere a las obligaciones que deben contraer los patrones para mejorar las condiciones de trabajo y asumir los costos por concepto de accidentes y enfermedades de trabajo. En cuanto a la actualización, las últimas reformas importantes que se realizaron a la Carta Magna y a la Ley Federal del Trabajo datan del año 1970. Ahora, los empresarios pretenden efectuar modificaciones al marco legal, pero con el propósito de adaptarlo a una realidad que ha llevado por la vía de los hechos al empeoramiento de las condiciones de salud de los trabajadores, sobre todo, a expensas de las nuevas formas de organización del trabajo que favorecen notoriamente a la parte patronal.

Este desinterés por mejorar las condiciones de trabajo a favor de la salud se expresa en el presupuesto que destinan las empresas para ese rubro, ya que los gastos que dedican para el servicio médico y el área de seguridad e higiene son mínimos y los consideran costos no deseados, a pesar de que son desembolsos deducibles de impuestos. Los patrones cumplen con sus obligaciones legales únicamente porque es una exigencia de las autoridades, pero generalmente tratan de evadirlos. En síntesis, el marco legal se cumple muy por abajo de los estándares internacionales en la materia (Franco, 2006)

Los cambios legales más relevantes han sido contrarios al interés de la población trabajadora: la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, antes

de su modificación en 1995, establecía como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión garantizada por el Estado. La Ley aprobada en 1995 reformó el régimen colectivo de solidaridad por uno de cuentas individualizadas, con muchas otras modificaciones, todas en perjuicio de los trabajadores y sus familias. En el año 2007, siguiendo el modelo del IMSS, se promulgó una legislación para los trabajadores del Estado que, además de aumentar el tiempo de servicio para las jubilaciones, también manda a cuentas individuales parte de los recursos de los trabajadores en activo y la totalidad de las cotizaciones de quienes sean contratados a partir de su promulgación (IMSS, 1995^a; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado –SSSTE- 2007).

3. La Atención a la Salud.

La atención a la salud recae en tres entidades principales: el Instituto Mexicano del Seguro Social, que atiende a la población trabajadora que labora en las empresas del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que, como su nombre lo indica, se encarga de los trabajadores al servicio del Estado, es decir, la burocracia; y la Secretaría de Salud que se hace cargo, en teoría, de aquellas personas no asalariadas que son marginadas de las instituciones de seguridad social. Las primeras dos instituciones cuentan con sus respectivos servicios de salud en el trabajo, mientras que la última no lo tiene; y además, cumple una función doble, ya que se encarga de elaborar algunas normas oficiales respecto al medio ambiente laboral, y también ofrece servicios médicos a las personas “sin trabajo” y a los trabajadores del sector informal.

Así, las instituciones de seguridad social -IMSS e ISSSTE- tienen un carácter operativo enfocado a la atención de los accidentes y enfermedades laborales y a la calificación y valuación de los mismos; en tanto la Secretaría de Salud es normativa, tarea que comparte con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), pero también atiende a los marginados del sistema. Los trabajadores inscritos al IMSS, se rigen por el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo; la burocracia del ISSSTE, por el Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal (ISSSTE, 2006); mientras que la Secretaría de Salud, carece de un reglamento al respecto.

Como se puede apreciar, los trabajadores como sujetos de atención son de “primera” y de “segunda” clase, ya que mientras las personas ocupadas en el sector privado cuentan con servicios especializados de atención y una normativa específica, los trabajadores del sector informal o los desempleados, carecen de asistencia y una reglamentación que regule su situación particular. Esto se debe a la falta de un verdadero sistema de seguridad social que integre las diferentes instancias. Se puede decir que existe un sistema de previsión social enfocado exclusivamente a la atención de los asalariados del país, pero no existe un Plan Nacional de Salud en el Trabajo, para normar criterios y avanzar en el mejoramiento del recurso más importante del país: los trabajadores.

4. El Deterioro de la Salud.

Las repercusiones del modelo neoliberal en el desarrollo económico, el empleo y las leyes, normas y reglamentos, se manifiesta claramente en un mayor deterioro de la salud, con un marcado predominio de las enfermedades crónico degenerativas. La diabetes ocupó el primer lugar en el 2008 y representa el 13% de toda la mortalidad; el infarto el 11%; la cirrosis el 6%; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) el 4%; y la enfermedad hipertensiva el 3%. Estos problemas se han incrementado, de manera alarmante, en términos relativos (tasas de mortalidad) de 2000 a 2007: 26,6%; 13,0%; 3,0%; 17,2% y 20,0%, respectivamente (Secretaría de Salud, 2008).

En los hombres el porcentaje de incremento de las tasas de la mayoría de las enfermedades crónicas, de 2000 a 2005, ha sido enorme: para diabetes de 35%; infarto de 21,3%; cirrosis 2,3%; enfermedad cerebrovascular 10,5%; EPOC 14,5%; e hipertensión 36,0%. En las mujeres el problema ha sido mayor en ciertos padecimientos: diabetes 26,5% de incremento en las tasas; infarto 14,0%; enfermedad cerebrovascular 7,3%; EPOC 16,3%; hipertensión 25,0%; cirrosis 10,9% y tumor maligno de mama 20,0 (Secretaría de Salud, 2008).

Las transformaciones en el terreno de la salud de la población trabajadora se hacen patentes en la información del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en donde también destacan las enfermedades crónico-degenerativas, los trastornos mentales y, especialmente, los accidentes y las violencias. (IMSS 1993; IMSS, 1995b; IMSS, 2003; IMSS, 2009).

A pesar de que existe un notorio empeoramiento en las condiciones de trabajo, los reportes oficiales sobre

accidentes laborales muestran un descenso (IMSS, 2009). Es evidente que para ello confluyen diversos fenómenos. En primer lugar, el incremento en términos absolutos y relativos, de la población ocupada en actividades menos peligrosas para la generación de accidentes, como las del sector terciario. También es probable que el aumento del 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 registra 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, 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 la salud de los trabajadores.

Otra forma de mostrar el problema son los estudios de casos que, como se muestra en el Cuadro N° 1, evidencian el ocultamiento de los accidentes y las enfermedades asociadas al trabajo.

Tabla N° 1: Tasas comparativas de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo, en algunos centros laborales de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México

Tipo de Empresa	Tasa General de Accidentes (*)	Tasa de Morbilidad Laboral(*)	Año de Estudio
Manufacturera de Vidrio	27.8	276.5	2003
Mercado	20.0	379.0	2000
Procesamiento de Frutas	18.9	322.0	2004
Restaurantera	16.0	304.0	1999
Hidroeléctrica	14.2	302.5	2003
Metalmecánica	12.4	314.3	1999
Farmacéutica	12.2	179.1	2000
Galletera	11.0	140.1	1999
Vestido	9.0	363.0	1999
Autopartes	8.8	250.7	2002
Editorial	8.3	265.6	1999

(*) Tasas por 100 trabajadores expuestos.

Así, mientras que la tasa nacional de accidentes por 100 trabajadores en el 2008 fue de 2,9 % y la tasa de enfermedades ocupacionales por 100 trabajadores fue de 0,03%, según el IMSS (2009), algunos estudios de caso muestran que los accidentes tienen tasas hasta 9,5% más altas y en las enfermedades relacionadas con el trabajo las tasas fueron hasta 12,633 veces mayores, si comparamos la empresa con mayor morbilidad y la cifra oficial (Cabrera, 2000; Cid, 2000; De la Rosa, 2000; Mendoza, 2000; Reynaldos, 2000; Álvarez y Noriega, 2003; Pulido y Noriega, 2003; Guerrero, 2005; Vázquez, Noriega y López, 2005; Rodríguez, 2006; Velasco y Noriega, 2006).

El escandaloso subregistro de las enfermedades de trabajo, se debe a varias causas. Una se relaciona con la falta de formación profesional de los médicos con relación a los temas de patología laboral, pues no tienen elementos para sospechar y buscar este tipo de causas frente a las enfermedades que presentan los trabajadores, tanto en el IMSS como en el consultorio de empresa. Esto se relaciona con su formación, pues sólo el 50% de las escuelas de medicina del país incluyen algunas horas con temas relacionados con la medicina

ocupacional. A nivel de postgrado se forma un exiguo número de especialistas, hasta febrero de 2005 se habían formado a 699 médicos del trabajo por el IMSS y PEMEX, aunque se estima que entre 9 y 12 mil médicos trabajan en las empresas privadas, y de éstos sólo alrededor de 1,600 cuentan con una certificación en medicina laboral (Sánchez, Juárez, Aguilar, Haro, Borja & Claudio, 2006).

Además de la falta de formación académica, como limitación para el diagnóstico de las enfermedades de trabajo, existen otros problemas graves que generan subregistro. Por un lado, el conflicto de intereses de los médicos de empresa entre su obligación profesional y la que tienen con su patrón, muchos niegan u ocultan el diagnóstico de las enfermedades laborales, cuando está en riesgo su empleo. Por otro lado, en el IMSS es muy frecuente que los médicos consideren a los trabajadores como simuladores y les niegan el reconocimiento profesional del daño, buscando que los trabajadores desistan debido a los trámites burocráticos que les implica el tener que demandar ante las juntas de conciliación y arbitraje para que sean ellas las que se los otorguen. Esta actitud se justifica con el argumento falaz de evitar el desfinanciamiento institucional (Sánchez *et al.*, 2006).

Lo anterior se aplica a aquellos trabajadores que cuentan con seguridad social, o sea, a los trabajadores formales. El IMSS (2009), que actualmente da servicio a más de 833 mil empresas y a más de 14 millones de trabajadores, así como a sus beneficiarios, cubre a poco más del 30% de la población total del país. El ISSSTE, por su parte, atiende alrededor de 2 millones y medio de trabajadores y sus familias (5.9% de la población), y en PEMEX, Fuerzas Armadas y Marina se cubre sólo al 1%. Entonces, el 63% de la PEA no cuenta con seguridad social (Sánchez et al., 2006). En esa población adulta e infantil descubierta de la seguridad social se encuentra el sector informal, también los trabajadores no asalariados del campo y una parte fundamental de la población infantil trabajadora. Muy poco se sabe de ella y sufre, sin ninguna atención, los daños que genera su trabajo.

5. Un Ejemplo: El Caso de la Industria de la Construcción.

La industria de la construcción en México es un ejemplo muy ilustrativo de lo que ha hecho el neoliberalismo con la población trabajadora, especialmente con la más depauperada. Esta industria que genera el 6,7% del PIB (Martínez, 2009) y valores totales de producción de aproximadamente 16 mil millones de dólares en todo el país (Instituto Nacional de Estadística y Geografía – INEGI - 2006), mantiene en condiciones de trabajo precarias a casi 1 millón 200 mil trabajadores (INEGI, 2003). Las cifras oficiales indican que el 76% de los albañiles son contratados en forma verbal y el 90% no tiene seguridad social como prestación laboral (INEGI, 2003). Este tipo de contratación verbal, libra de toda responsabilidad a patrones, contratistas y constructoras sobre la salud de estos trabajadores. Lo que significa además una subestimación de las cifras relacionadas con la salud y en el conjunto de daños. La tasa oficial anual de accidentes en la industria de la construcción es de 2,5 por cada 100 trabajadores (IMSS, 2007). Cuando la realidad es totalmente diferente.

Una investigación con los trabajadores que participan en la construcción de un distribuidor vial en la Ciudad de México mostró lo siguiente: las medidas de seguridad e higiene son pésimas en relación a: orden, limpieza, sistemas contra incendio, instalaciones eléctricas, ruido, condiciones térmicas y servicios para los trabajadores. Esto quiere decir que la empresa no cumple lo especificado en las normas oficiales mexicanas en ninguno de estos rubros. En estos trabajadores, la duración de la jornada es al menos de 12 horas, el 97% tiene una jornada mayor de 48 horas a la semana y el 31% tiene trabajo nocturno. El 92% tiene una antigüedad menor a un año y el 91% tiene contrato temporal. Más del 75% reportó abundantes riesgos relacionados con condiciones de seguridad e higiene y, de la misma manera, con exigencias ergonómicas (León, 2008).

Los datos referentes a los daños mostraron que estas condiciones de trabajo llevan a una altísima tasa de accidentes: 44,5 por cada 100. Estas cifras revelan señalan la falsedad de los datos oficiales, que reportan una tasa anual de 2.5, es decir, 17.8 veces menor. Es importante resaltar que además, se encontraron tasas extremadamente altas para trastornos de miembros superiores e inferiores (50,6%), para lumbalgia (40.5%) y para fatiga patológica (38,1%) (León, 2008).

Discusión y Conclusiones.

Si en México los años ochenta se considera como la década perdida, las siguientes dos décadas bien pueden plantearse como la consolidación de una nueva era de capitalismo salvaje, donde grupos importantes de trabajadores tienen que ser sacrificados (despidos, expulsión de enfermos, muertes) para que otros puedan subsistir. En este mundo al revés, el siglo XXI se inaugura con el incumplimiento, más que nunca, de la legislación en materia de trabajo y de salud; las acciones institucionales prácticamente han desaparecido o están en vías de extinción; las empresas nacionales y transnacionales utilizan todo el apoyo gubernamental para violar sistemáticamente la ley y los derechos de los trabajadores; la vigilancia de la seguridad y la salud de los trabajadores en las empresas es inexistente (un ejemplo son los 65 mineros muertos, en el 2006, en Pasta de Conchos); las acciones de la seguridad social son cada vez más limitadas.

La ofensiva patronal y gubernamental sigue y ahora pretende modificar la Constitución y la Ley Federal del Trabajo para avalar lo que ya se practica en todo el país: trabajo por horas; salario individualizado en función de la productividad; flexibilidad en la contratación; escalafón por desempeño; revisión de los tribunales de trabajo para suprimir su función tutelar del trabajo, de la seguridad social, del derecho a huelga y de la contratación colectiva (De la Garza, 2007). Asimismo, establecer contratos a prueba y de aprendizaje, revisar formas de terminación de las relaciones laborales, así como las indemnizaciones por despido y los días de descanso obligatorio, entre otros (Lóyzaga, 2002). También propone la creación de Comités de Empresa como órganos diferentes a los sindicatos para firmar los convenios de trabajo. Éstas, sólo son un botón de muestra del avasallamiento de los trabajadores en estos tiempos.

Ante esta realidad, las principales tendencias que se vislumbran alrededor de la salud de los trabajadores son:

a) Un abanico más amplio de exigencias para los trabajadores como producto del deterioro en la calidad y contenido del trabajo.

- b) Será más difícil el reconocimiento de los accidentes y enfermedades tipificados como del trabajo, ya que la movilidad y polivalencia de los trabajadores darán argumentos para desconocer la causalidad laboral de los mismos.
- c) Se puede prever que la morbilidad laboral se incrementará notablemente en aquellos padecimientos aún no reconocidos como de trabajo.
- d) Es probable esperar un aumento en el conjunto de la morbilidad en grupos altamente vulnerables de trabajadores y sus familias directamente relacionado con estas nuevas condiciones de trabajo y de vida. Es claro, desde ahora, el aumento en las manifestaciones patológicas derivadas de la violencia.
- e) Los cambios en la legislación laboral y de seguridad social posibilitan incrementar la nocividad laboral y reducir, aún más, la defensa colectiva de los trabajadores.

f) El combate frontal a la participación organizada de los trabajadores redundará en menos posibilidades de transformar las condiciones nocivas de trabajo y de salud (Noriega, *et al.* 2005).

g) Para la población económicamente activa pero desempleada, para quienes se adscriben en el sector informal y para los niños trabajadores, la perspectiva no es más halagüeña. Grandes sectores de esta población están siendo cautivados por el narcotráfico y otras formas ilícitas de ganarse la vida. La crisis que se ha instaurado en el último año en el capitalismo mundial agravará este panorama referido de manera sintética.

Bajo este panorama, la organización de la clase trabajadora, de la sociedad civil, de las organizaciones de colonos, de intelectuales, de campesinos y toda aquella gente comprometida con la vida y el trabajo se perfila como una necesidad impostergable.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, A. & Noriega, M. (2003). Repercusiones del proceso laboral en la salud de los trabajadores de producción y administrativos de una empresa de autopartes. *Salud trab. (Maracay)*, 11(2), 87-97.
- Alzaga, O. (2003). La estabilidad en el Empleo amenazada con la Reforma Laboral. *Alegatos*, 53, 63-68.
- Alzaga, O. (2006). La política laboral en México y la pretendida reforma laboral. *Alegatos*, 62, 141-58.
- Berg, J., Ernst C. & Auer, P. (2007). Retos en materia de empleo y respuestas de políticas en Argentina, Brasil y México. *Revista de la Cepal*, 91, 95-110.
- Cabrera, S. (2000). *Diagnóstico laboral y estado de salud de un grupo de trabajadores de Gamesa, Planta Vallejo*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias en Salud en el Trabajo, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Centro de Reflexión y Acción Laboral. (2007). Segundo informe sobre condiciones laborales en la industria electrónica de México. México: Autor.
- Cid, R. (2000). *Propuesta metodológica para evaluar las condiciones de trabajo y efectos en la salud de los trabajadores en el sector de servicios de la Ciudad de México*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Salud en el Trabajo, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- De la Garza, E. (2007). Los cambios en las relaciones laborales y la flexibilidad salarial. En: STPS. (Ed.). *Convenios y Bonos de Productividad en Empresas Mexicanas* (33-57). México: STPS.
- De la Rosa, M. (2000). *Condiciones de trabajo y salud en una industria metalmecánica de la Ciudad de México*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Salud en el Trabajo, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Fernández-Vega, C. (2007, Noviembre 30). México SA. Réquiem por un salario. Desplome del poder de compra del mini ingreso. *La Jornada*. Extraído el 20 de enero, de 2009 de la siguiente dirección electrónica: <http://www.jornada.unam.mx/2007/11/30/index.php?section=economia&article=032o1eco>

Referencias Bibliográficas

- Franco, J. (2006). *Cultura de la empresa y salud en el trabajo en México*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), Universidad Autónoma de México, México.
- Guerrero, C. (2005). *Las nuevas formas de organización del trabajo en la pequeña empresa como condicionantes de los daños a la salud de los trabajadores (estudio de caso)*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1993). *Memoria estadística 1992*. México: Autor.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1995a, Diciembre 21). Ley del Seguro Social. *Diario Oficial de la Federación*, pp. 25-63.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1995b). *Riesgos de trabajo e invalidez* 1994. México: Autor.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2003). *Memoria estadística 2002*. México: Autor.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2007). *Memoria estadística 2006*. México: Autor.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). *Memoria estadística 2008*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2003). *Encuesta Nacional de Empleo*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2006). *Principales Indicadores de Empresas Constructoras. Estadísticas Económicas*. México: Autor.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2007, Marzo 31). Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Diario Oficial de la Federación*, pp. 2-64.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2006, Noviembre 29). Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo del Sector Público Federal. *Diario Oficial de la Federación*, pp. 72-88.
- León, L. (2008). *Las causas de los accidentes en la industria de la construcción: propuesta metodológica y estudio de caso*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Lóyzaga, O. (2002). *Neoliberalismo y flexibilización de los derechos laborales*. México: UAM-A y Editorial Porrúa.
- Martínez, R. (2009, Febrero 25). Aporta sector servicios 62.8% del PIB. *El Financiero*. Extraído el 11 de Marzo, 2009 de la siguiente dirección electrónica: <http://www.elfinanciero.com.mx/ElFinanciero/Portal/cfpages/contentmgr.cfm?docId=174531&docTipo=1&orderby=docid&sortby=ASC>
- Mendoza, F. (2000). *Salud y trabajo en empresas del vestido de la Ciudad de México*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Salud en el Trabajo, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Noriega, M., Franco, G., Garduño, A., León, L., Martínez, S. & Cruz, A. (2008). Situación de México En: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Eds.). *Informe Continental sobre la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo* (1-12). Extraído el 26 de Enero, 2009 del sitio web: <http://www.alames.org/documentos/trabajo.htm>
- Noriega, M., Cruz, C. y Garduño, A. (2005). The Impact of Neoliberalism on the Health of Latin-American Workers. En An Alternative World Health Report. *Global Health Watch* (59-65). Quito: CEAS.
- Pérez, R. (2003). Temas económicos actuales que inciden en el marco teórico de la regulación de los monopolios. *Alegatos*, 53, 37-46.
- Pulido, M. y Noriega, M. (2003). Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 269-77.
- Reynaldos, C. (2000). *Industria editorial: proceso de trabajo y daños a la salud*. Tesis para obtener

Referencias Bibliográficas

- el grado de Maestro en Ciencias en Salud en el Trabajo, Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Rodríguez, E. (2006). *Efectos nocivos de la actividad comercial en la salud de los trabajadores establecidos en el mercado de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México*. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Sánchez, R., Juárez, P., Aguilar, M., Haro, G., Borja, A. & Claudio, L. (2006). Occupational Health in Mexico. *Int J Occupa Environ Health*, 12(4), 346-54.
- Secretaría de Salud. (2008). *Estadísticas de mortalidad*. México: Dirección General de Información en Salud.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (1970, Abril 1). Ley Federal del Trabajo. *Diario Oficial de la Federación*, pp. 1-220.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (1997, Enero 21). Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo. *Diario Oficial de la Federación*, pp. 30-52.
- Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) a 10 años de su entrada en vigor (2003). México, DF.: Subsecretaría de Negociaciones Comerciales Internacionales.
- Vázquez, G., Noriega, M. & López, O. (2005). La producción de energía eléctrica y la salud de los trabajadores. *Salud trab.* (Maracay), 13(1), 19-36.
- Velasco, R. y Noriega, M. (2006). Evaluación de las causas de accidentes y enfermedades en una industria manufacturera de vidrio. *Salud trab.* (Maracay), 14(1), 5-17.

Fecha de recepción: 05 de Junio del 2009.
Fecha de aceptación: 17 de Junio del 2009.



Universidad
de Carabobo



Facultad de las Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
"Witremundo Torrealba"

Comunidad y Salud

Revista Científica del Departamento de Salud Pública
Núcleo Aragua

Revista científica arbitrada que publica trabajos originales sobre temas de Salud Pública. También recoge las tendencias conceptuales, sociales y políticas que marcan el rumbo general de la salud pública, dando a conocer las decisiones e iniciativas del Departamento de Salud Pública adscrito a la Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba" de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, núcleo Aragua.

Suscripciones: comunidadysalud@hotmail.com - revistacomunidadysalud@hotmail.com
Teléfonos: (0243) 2170739 Departamento Salud Pública - Universidad de Carabobo.



reapertura

"honramos el pasado, hacemos el presente, construimos el futuro"



Centro de Estudios en Salud de los Trabajadores
Cronograma de Cursos en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral
2do Semestre 2009

CURSO	FECHA	DURACIÓN (Horas Académicas)	CUPOS	INVERSIÓN	LUGAR	DOCENTES
Curso Básico en Salud Ocupacional (Modalidad Presencial)	Viernes 16 y Sábado 17, Viernes 23 y Sábado 24 de Octubre de 2009	40 horas	25	2.500 BsF	Universidad de Carabobo (Salón de la Especialidad en Salud Pública)	Ahender Romero Iris Bracho Franklin Torrealba Carlos Rangel
Curso Básico de Vigilancia Epidemiológica	Viernes 30 y Sábado 31 de Octubre de 2009	20 horas	15	1.400 BsF	Universidad de Carabobo (Salón de la Especialidad en Salud Pública)	Luis Galíndez Franklin Torrealba
Evaluación Audiológica para Salud Ocupacional	Viernes 06 y Sábado 07 de Noviembre de 2009	20 horas	10	1.700 BsF	CATDIS	María del Carmen Martínez
Formación Técnica en Espirometría para Salud Ocupacional	Viernes 13 y Sábado 14 de Noviembre de 2009	20 horas	10	1.900 BsF	Universidad de Carabobo (Salón de la Maestría)	Gladys Mago Ellécer Hernández
Bioseguridad para Trabajadores de la Salud	Viernes 20 y Sábado 21 de Noviembre de 2009	20 horas	15	1.400 BsF	Universidad de Carabobo (Salón de la Especialidad en Salud Pública)	Magola Fernández Aismara Borges
Curso Básico de Ergonomía para el Análisis del Trabajo	Viernes 27 y Sábado 28, Viernes 04 y Sábado 05 de Diciembre de 2009	40 horas	20	2.300 BsF	Universidad de Carabobo (Salón de la Especialidad en Salud Pública)	Evelin Escalona

Información: (0243)271-05-20 / 271-06-06 (ext. 112) / (0243) 711-22-33
E-mail: cestucursos@gmail.com / cestucservicios@gmail.com