

LA INVESTIGACION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA MUJER TRABAJADORA

Doris Acevedo¹

RESUMEN

Los problemas de salud ocupacional de la mujer han sido poco e insuficientemente estudiados. La mayor parte de las investigaciones se refieren a la relación entre trabajo y desenlace del embarazo.

Prevalece la creencia de que los trabajos desempeñados por las mujeres son seguros y que la mayor morbilidad registrada se debe a una mayor susceptibilidad biológica y psicológica de la mujer. Estos supuestos se han convertido en obstáculo para el desarrollo de la investigación en salud ocupacional de la mujer.

En el campo de la salud ocupacional predomina un interés por el estudio de la enfermedad, en el sector industrial y en la población masculina, con una demostración causal precisa de un agente particular. Las áreas de trabajo donde se concentran las mujeres se caracterizan por condiciones de trabajo con efecto acumulativo, impactando la salud física y mental, en acción sinérgica de factores provenientes del trabajo productivo y doméstico.

Concluimos en la necesidad de revisar el concepto de trabajo, en el uso de indicadores sensibles y precoces, y en la aplicación de la diversidad metodológica que nos permita acercarnos junto a los trabajadores y trabajadoras a la real situación de salud, de trabajo y de vida, para ver más claro el camino de la transformación.

Palabras claves: Salud Ocupacional, Mujer, Investigación.

INTRODUCCION

Comenzaremos afirmando que los problemas de salud ocupacional de la mujer han sido poco e insuficientemente estudiados, o deliberadamente evadidos. Al hacer esta afirmación coincidimos con el Informe presentado, en 1987, por el Grupo de Trabajo para el Desarrollo de la Investigación Regional sobre la Mujer en el Trabajo, reunido en Washington por la OPS (1987).

ABSTRACT

Woman's occupational health problems have been little and insufficiently studied. Most research in this field is oriented toward the relationship of working conditions with birth outcomes.

The prevailing belief is that women's employment is safe. High morbidity rates in women are explained by greater biological and psychological susceptibility. These beliefs are barriers in the development of research in woman's occupational health.

Occupational health research basically demonstrates causal agents and focuses illness, industry and male workers. The works environments in woman's occupational health are characterized by synergic actions of productive and domestic working conditions on health.

We conclude that it is necessary to recreate the concept of work, to use early and sensitive indicators, and to apply methodological diversity in research. In order to produce changes, we propose the linking of workers and researchers for clarifying health problems as well as working and living conditions.

Key words: Occupational Health, Woman, Research

“La producción científica en materia de investigaciones sobre la Mujer en el Trabajo ha sido escasa y se ha sesgado hacia el análisis de aspectos biotécnicos, morbilidad y esfera reproductiva-embarazo, refiriendo en sus estudios los factores determinantes de manera aislada”

De las investigaciones en salud ocupacional un porcentaje muy reducido corresponde al estudio de mujeres

¹ Educadora. Especialista en Salud Comunitaria. M.A. Educación Comparada. Profesora del Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua. Venezuela.

trabajadoras. De ellas, la mayor parte se refiere a los problemas de salud reproductiva, particularmente el impacto del trabajo sobre el embarazo: abortos, prematuridad y bajo peso del recién nacido. Por otra parte, algunos investigadores presentan estudios donde se excluye a la mujer trabajadora para conservar la "homogeneidad de la muestra" (Messing y Mergler, 1993) (La Croix y Haynes, 1988).

Prevalece un desconocimiento o no reconocimiento de las condiciones de trabajo lesivas a la salud de la trabajadora, además de una creencia generalizada de la inocuidad de las condiciones de trabajo sobre la salud de la mujer, en aquellos sectores laborales donde se concentran las mujeres (servicios, trabajo informal).

Inicialmente expondremos algunos prejuicios de los investigadores y profesionales de la salud ocupacional en relación a las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres y de su influencia en los problemas de salud.

Posteriormente, desarrollaremos algunas apreciaciones sobre los conceptos involucrados en el análisis de los problemas de salud ocupacional de la mujer, con el propósito de vislumbrar algunas propuestas metodológicas para ser aplicadas en el estudio de la relación entre el trabajo y la salud de la mujer.

PREJUICIOS DE LOS INVESTIGADORES EN EL ABORDAJE DE LA SALUD OCUPACIONAL DE LA MUJER

Falsos supuestos de los investigadores y profesionales de la salud ocupacional obstaculizan el desarrollo de las investigaciones en salud de las trabajadoras. Desarrollaremos cuatro de ellos, los más generalizados.

1.- La fragilidad femenina

Se ha atribuido una mayor susceptibilidad de la mujer para manifestar molestias de salud debido a una supuesta fragilidad física y psicológica. Se subestiman las demandas que plantean las trabajadoras por sus necesidades o problemas de salud, tanto a nivel de la consulta médica, como de los supervisores, patronos y sindicatos. Y, aún, los investigadores y profesionales de la salud ocupacional no le dan importancia suficiente a estos indicios.

La explicación al hecho de que la mujer consulta más o presenta más episodios de problemas de salud es atribuida a una mayor disposición femenina a quejarse y no a la presencia real de problemas y de agresores.

La negligencia en la atención a la salud se evidencia en un mayor registro de síntomas inespecíficos en la consulta médica, y a una mayor inespecificidad en las causas de muerte

para las mujeres que para los hombres, siendo esto último destacado en el estudio realizado por el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), acerca de la Inequidad Básica de Género (1994). Ellos encontraron 40% de mortalidad general femenina con causas inespecíficas para América Latina.

No se presta atención o se evade el estudio de riesgos y condiciones de trabajo a los que están expuestas las trabajadoras, por no considerarlos importantes como provocadores de daños a la salud. Como ejemplo de esta situación citaremos una revisión acerca de las investigaciones de episodios de histeria colectiva en ambiente de trabajo (Brabant, Mergler y Messing, 1990), donde se demuestra negligencia en el estudio de los casos y de las condiciones de trabajo en la mayor parte de dichas investigaciones, amparados en la convicción de que la histeria es una reacción caprichosa de las mujeres.

2.- Inocuidad de las condiciones de trabajo

Existe una creencia generalizada de que las condiciones de trabajo en los sectores de concentración femenina son menos dañinas y más seguras que aquellas donde se concentran los hombres. Cuando la realidad es que las mujeres se concentran en trabajo más precarios: servicios de limpieza, servicio doméstico, restaurante y hotelería, con turnos y horarios irregulares, largas jornadas de trabajo y baja remuneración.

Los estudios en salud ocupacional se han orientado y concentrado hacia los agresores dramáticos (metales pesados, altas temperaturas, altos niveles de ruido...) que desencadenan enfermedades ocupacionales o la muerte prematura. Las prioridades de investigación se establecen por la gravedad del daño inmediato y por lo más estudiado; por tanto, aquellos aspectos menos estudiados o menos espectaculares en el daño son poco seleccionados como tema de investigación. Las condiciones laborales que prevalecen en los sectores de trabajo donde se concentran las mujeres, generan un mayor efecto acumulado físico y mental, caracterizado por la presencia de molestias frecuentes y constantes (dolor, fatiga, estrés, trastornos fisiológicos y psicológicos).

3.- Prevalece una orientación hacia el estudio de la enfermedad y el accidente laboral, desestimando la prevención

Los indicadores de salud ocupacional más usados mundialmente son los accidentes de trabajo (caídas, quemaduras, heridas, mutilaciones) y las enfermedades ocupacionales. En los registros de salud ocupacional, provenientes de Departamentos de Medicina del Trabajo o de la Seguridad Social, se reporta un menor número de accidentes laborales y de enfermedades ocupacionales en mujeres, lo cual pudiera llevar, falsamente, a concluir que la

mujer sufre menos el impacto de las condiciones de trabajo o que trabaja en condiciones más seguras. No obstante, podemos afirmar que las mujeres están sub-representadas, debido a dos razones, fundamentalmente: la primera, una parte importante de las trabajadoras no están aseguradas (servicio doméstico, limpieza, trabajadoras no-formales), por lo tanto, no hay reporte de registros, y la otra, porque presentan más accidentes o dolencias, consideradas menores, que no son reportadas.

Como ya mencionamos, en el punto anterior, las condiciones de trabajo más frecuentes en las trabajadoras producen, más que una enfermedad inmediata, un efecto acumulado y la aparición de enfermedades a más largo plazo. Estas condiciones de trabajo se refieren a: posiciones fijas, rapidez y repetitividad de la tarea, alta concentración mental, trabajo con público, entre otras.

Para ilustrar, en Venezuela, los registros de los servicios médicos de la Seguridad Social, según Informe presentado en el II Congreso Nacional de Mujeres (Rodríguez et al, 1990), reportan los siguientes datos: 4% del total de accidentes laborales ocurren en mujeres, así como 42% de las enfermedades ocupacionales. El 85% de los accidentes ocurren en la industria manufacturera, en las ramas de textil, alimentos y confección. Asimismo, se reporta un crecimiento de la incapacidad laboral femenina en los últimos años. Estos datos provienen, fundamentalmente, de la población asegurada, que son en su mayoría, trabajadores del sector industrial, excluyendo amplios sectores de trabajo.

4.- Prejuicio al feminismo

En trabajos científicos presentados en congresos, talleres y en los cursos de formación en salud ocupacional de la mujer, hemos observado una reacción de "temor" por parte de los investigadores y profesionales de la salud ocupacional en aceptar la particularización del análisis del trabajo de la mujer y a profundizar en el estudio de las singularidades de sus problemas de salud, por no parecer "feministas". Se manifiesta una cautela de identificarse con el feminismo. Bajo el argumento de la igualdad, de que hoy "todos somos iguales", de que todos disfrutamos de los mismos derechos y oportunidades, se niega un abordaje particular de las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres y de sus problemas de salud, ocultando una realidad evidente.

ASPECTOS CONCEPTUALES E IMPLICACIONES METODOLOGICAS

Es necesario establecer nuestro cuadro de referencia conceptual con el interés de aclarar los conceptos involucrados en el estudio de la salud ocupacional de la mujer: el trabajo y su organización social, la condición de mujer y la salud. De ello dependerá la orientación de la

actividad investigativa en este campo.

El trabajo

Prevalece un reduccionismo conceptual que orienta la ejecución de las investigaciones en salud ocupacional, al trabajo remunerado del sector industrial, en la población masculina; parangonando lo que ha sido el objeto de la sociología del trabajo (Daune-Richard y Devreux, 1992).

Con el propósito de superar ese reduccionismo proponemos una acepción más amplia del trabajo que lo define como "la actividad humana, con despliegue de energía física y mental, implicada en el proceso de producción de bienes materiales y servicios necesarios para el consumo humano". En ese sentido incluimos todos los espacios y tipos de trabajo y todos los actores posibles: el momento de la producción y del consumo, remunerado dentro o fuera del hogar.

Se ha aplicado, también, el concepto de producción a la reproducción de la vida humana y el de trabajo productivo al trabajo físico-corporal y mental que permite el desarrollo (gestación), nacimiento y cuidados del recién nacido, (Daune-Richard y Devreux, 1992); proceso que recae, fundamentalmente, en la mujer, con un alto costo físico y mental. Dependiendo del control que tenga la mujer sobre las condiciones en que se desarrolle este proceso podrá obtener resultados menos dañinos y más benéficos para el producto (nueva vida) y para su bienestar físico y mental.

Al analizar el trabajo de la mujer, debemos considerar tres modos de incorporación al trabajo: 1. La producción de bienes y servicios (llamado trabajo productivo), 2. La producción de la vida humana (reproducción biológica), y 3. El cuidado y conservación de los miembros del grupo familiar, que son fuente de fuerza de trabajo (reproducción de la fuerza de trabajo). Estas tres formas de incorporación las realiza simultáneamente, ocasionando un mayor compromiso físico y mental en la medida en que se sobreponen las exigencias.

En relación al proceso de incorporación de la mujer al trabajo, Breilh (1991), hace aportes conceptuales importantes en la distinción entre trabajo doméstico e insertado, para analizar más detalladamente el carácter del trabajo doméstico.

Las consideraciones conceptuales llevan a establecer retos metodológicos en el análisis del trabajo de la mujer, al intentar establecer las cargas de trabajo y cómo éstas se relacionan e inter-relacionan para producir un efecto destructivo o protector sobre su salud.

Algunos estudios han comparado el estado de salud de las mujeres que realizan un trabajo remunerado fuera del hogar con aquellas que sólo se dedican al trabajo doméstico, demostrando un mejor estado de salud en las primeras. Los estudios de las epidemiólogas francesas Saurel-Cubizolles y

Gestin (1991) en relación con el embarazo y el empleo, han demostrado mayor prevalencia de prematuridad y abortos en mujeres desempleadas y en las amas de casa; sin embargo señalan una mayor prevalencia entre las obreras que entre las empleadas del sector administrativo. Una deducción simple de estos resultados nos lleva a concluir sobre el efecto benéfico del trabajo en la salud de la mujer; no obstante, estos estudios europeos se refieren a poblaciones de trabajadoras con una mayor cobertura de la seguridad social, donde también hay que considerar la influencia de las condiciones de vida en la salud, en relación a la clase social a la que pertenecen las mujeres.

En los países latinoamericanos, donde los derechos de igualdad de oportunidades de los sexos son vulnerados, o menos defendidos, una gran cantidad de mujeres se incorpora al trabajo más por la necesidad de enfrentar el deterioro de sus condiciones de vida; y lo hace, generalmente, en espacios de trabajo muy precarios, manteniendo una carga de trabajo doméstico intensa. Su origen de clase ya está limitando su acceso al trabajo. En esta situación el impacto del trabajo suele ser más deteriorante que benéfico.

Borges (1994), intenta establecer una relación entre el desenlace del embarazo y las condiciones de trabajo de obreras textiles, comparando un grupo de textiles y un grupo de amas de casa habitantes del mismo sector y en el mismo rango de edad, encuentra que las textiles tenían un menor nivel educativo que las amas de casa y en su mayoría eran jefas de hogar sin pareja estable, no así las amas de casa que tenían pareja en su mayoría. Las textiles presentan 2,5 veces más abortos y 5,4 veces más bajo peso en recién nacidos que en las amas de casa. Entre las textiles el grupo más afectado por la ocurrencia de abortos fueron las trabajadoras de la línea de enconado, las cuales deben estar permanentemente de pie y en movimiento, con gran concentración mental en la tarea y largas jornadas de trabajo. En este caso, una alta exigencia de trabajo, acompañado de precariedad en las condiciones de vida, potencia los efectos destructores sobre la salud.

En relación al trabajo doméstico, éste es realizado casi en su totalidad por las mujeres. De acuerdo a informes mundiales (ONU, 1991), los hombres realizan entre 5 y 15% del trabajo necesario en el hogar, en tareas de transporte a los niños, reparaciones, jardinería, compras. Las mujeres, en general, manifiestan mucha insatisfacción por este trabajo, el cual es sin horario (interminable), rutinario, con gran diversidad de tareas y no recompensado; generando una carga de trabajo importante, tanto física como psicológica.

Para el abordaje del análisis del trabajo doméstico, algunos estudios han tratado de hacer análisis por tareas; otros han intentado la construcción de índices que reflejen la carga de trabajo doméstico (Garduño y Rodríguez, 1990), o la acumulación de trabajo doméstico más trabajo remunerado (Tierney, Romito y Messing, 1990). Se hace necesario avanzar

más en la búsqueda de técnicas e indicadores que nos aproximen a dimensionar mejor las características del trabajo doméstico y su influencia sobre el proceso salud-enfermedad.

Los aportes metodológicos deberán orientarse en dilucidar los efectos benéficos y destructores de cargas de trabajo que actúan simultáneamente. El abordaje de la investigación exploratoria con técnicas cualitativas, y una mayor participación de las trabajadoras que permita recuperar sus vivencias, podría ayudarnos en la búsqueda de los indicadores apropiados para definir las cargas reales de trabajo y su impacto en la salud.

La condición de mujer

Debemos aceptar una condición distinta para la mujer y el hombre en la sociedad, lo que nos obliga a establecer diferencias entre ambos. Consideramos la condición de mujer desde tres ángulos: biológico, psico-social y socio-histórico.

Desde el punto de vista biológico, la mujer presenta diferencias anatómicas y funcionales en relación al hombre que propician una manera diferente de adaptarse y reaccionar frente a las mismas condiciones y medios de trabajo y una exposición diferencial a los riesgos y condiciones de trabajo.

Courville (1990), hace una revisión de las diferencias biológicas entre los sexos, que deben tomarse en cuenta para los estudios ergonómicos; entre ellas destacamos:

La talla media es menor en las mujeres, lo que ocasiona superficies de trabajo e información visual más altas para las mujeres. Los miembros superiores e inferiores son más cortos en las mujeres; a una misma talla que el hombre, las mujeres tendrán más estrés al levantar cargas. Siendo el patrón de marcha de la mujer de pasos más cortos, se incrementa el riesgo para daños agudos y crónicos debido a repetición de gasto mecánico.

Las manos de las mujeres son más pequeñas y delgadas, por eso, son preferidas para trabajo minucioso con las manos, incluyendo, movimientos rápidos y repetitivos, como en la industria microelectrónica. No obstante, como el diseño de los instrumentos y medios de trabajo sigue el patrón masculino, éstos resultan inadecuados a las mujeres, sobre-exponiéndola a problemas ergonómicos y accidentes.

La masa muscular y la fuerza muscular es menor en la mujer, lo que produce un mayor agotamiento al levantar cargas. La capacidad aeróbica es menor en la mujer, ocasionando un mayor gasto cardíaco que en el hombre al realizar la misma tarea.

En lo que se refiere al empleo de fuerzas, el rango de variación entre hombres y mujeres es más amplio, la mujer despliega de 37 a 95% de la fuerza estática promedio del hombre y entre 50 y 121% de la fuerza dinámica, concluyéndose

que la mujer realiza más trabajo muscular con la misma cantidad de oxígeno que el hombre. En estudios ergonómicos y de evaluación de puestos de trabajo, es necesario particularizar en las características de hombres y mujeres, en su ajuste diferencial a las condiciones de trabajo y los problemas de salud que se presentan.

Otra especificidad de la mujer está referida al sistema reproductor y su funcionamiento, que exige cuidados y protección adicional debido al riesgo de descenso o desviación del útero por elevación frecuente de cargas. Debido a que la mujer se incorpora joven al trabajo, en plenitud de su función reproductiva, debemos considerar que la situación de embarazo representa un compromiso físico y emocional superior de hasta un 20% (Fernández, 1985). Algunas condiciones de trabajo han estado asociadas a riesgos de abortos y malformaciones congénitas (exposición a solventes), y otras a prematuridad y bajo peso del recién nacido. Igualmente, la sobre-exposición al frío y los turnos irregulares ocasionan trastornos menstruales, como dismenorrea y trastornos del ciclo menstrual.

En conclusión, la especificidad biológica de la mujer, la expone de manera diferente al hombre a condiciones particulares. Un mayor cuidado en el estudio de las condiciones de trabajo de las mujeres nos explicaría la aparición frecuente de malestares que en la mayoría de los casos quedan como síntomas inespecíficos y en otras, no son registrados. Además, permitirá contribuir al desarrollo de medidas de protección a su salud.

Una exposición más detallada de las características biológicas del organismo femenino y su relación con el trabajo la encontramos en la obra citada de Fernández (1985).

Se plantea, no pocas veces, que enfatizar en las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, sería evidenciar desventajas biológicas de las mujeres que les limitaría su acceso y mantenimiento en el trabajo. Creemos que esta posición representa una visión masculinizada del mundo. Sería impensable la desincorporación total de las mujeres de la fuerza de trabajo, cuando ellas representan la mitad de la población apta para el trabajo. Al preocuparnos por evidenciar los problemas de salud y las condiciones de trabajo de las mujeres, estamos beneficiando también a los trabajadores hombres.

En relación a los aspectos psicosociales, se ha reconocido en publicaciones de la OMS (1988), tener muy poca información de los factores psicosociales en el ambiente de trabajo.

Se ha atribuido una mayor susceptibilidad femenina a reaccionar frente a factores de estrés, sin embargo, podemos también afirmar que esos factores de estrés son más frecuentes y actúan de una manera más intensa en los espacios de trabajo donde se concentran las mujeres como en el trabajo

con el público, alta exigencia y poco control de la tarea, trabajo precario, etc.

Otros estudios referidos por la OMS (1988), concluyen que las mujeres reaccionan al estrés con un costo psicológico más elevado, presentando más insatisfacción. Esto está de acuerdo con resultados de estudios del CEAS en Ecuador (Breilh, 1991), donde encuentran un mayor sufrimiento mental en mujeres residentes de hospital que en sus compañeros hombres. Sin embargo, no podemos concluir que existen reacciones genuinamente femeninas o masculinas, de acuerdo al genotipo, debido a la influencia del aprendizaje social en los estereotipos. En este sentido, la OMS, 1988, refiere haber encontrado en un estudio, reacciones "masculinas" en mujeres "ambiciosas".

Los investigadores deben tener cuidado de sus propios prejuicios e ideas acerca de los estereotipos sexuales al concluir sobre las reacciones o manifestaciones psicológicas de los trabajadores. Tenemos muy interiorizados los estereotipos de agresividad, resistencia y dinamismo para el hombre, y de pasividad, debilidad y timidez para la mujer.

Al evaluar los estresores psicológicos en el ambiente de trabajo, en el caso de las mujeres, es necesario tomar en cuenta la carga psicológica adicional que representa el trabajo doméstico, el cual es particular a la mujer, y debe ser incorporado al análisis por medio de un diseño de investigación apropiado.

En relación al aspecto socio-histórico, el patriarcado, como expresión de relación de poder, es el polo dominante de la relación social entre los sexos, donde el otro polo, el de la mujer, es de subordinación. Estas relaciones sociales de poder entre los sexos se manifiestan en toda la organización social, incluyendo el proceso de trabajo. Tanto al interior como al exterior del hogar, la mujer es relegada a tareas subordinadas y de servicio a los otros.

Al interior de las profesiones u oficios, mientras más ascendemos en los niveles jerárquicos, menos mujeres encontramos. Las mujeres están poco presentes en puestos de trabajo de supervisión y dirección. En Venezuela 90% de los cargos de directores y patronos son ejercidos por hombres. La situación de subordinación de la mujer se manifiesta en su menor prevalencia en espacios de trabajo donde hay una alta exigencia y poco control de la tarea, lo cual ha sido demostrado como una fuente de estrés (Lowc, 1989).

Otra expresión de las relaciones de poder del hombre sobre la mujer en el ambiente de trabajo es el uso del hostigamiento o acoso sexual, bajo amenaza de pérdida del empleo o con la promesa de un ascenso, y se da, incluso, entre empleados de una misma jerarquía. El solo hecho de ser mujer, ya nos expone al riesgo de hostigamiento sexual.

En la búsqueda de la equidad entre los seres humanos, nos corresponde tratar el problema de la dominación del

hombre sobre la mujer y develar la forma en que esto ocurre, para proponer mecanismos de acceso a una relación más justa entre géneros. Por ejemplo, demostrar la injusta distribución de cargas de trabajo doméstico, podría contribuir a aliviar la sobrecarga de trabajo en las mujeres.

Si bien, en la organización social del trabajo, la relación social predominante es la que se establece entre propietarios y desposeídos, entre patronos y empleados, es manifiesto otro nivel de oposición de poderes referido a las relaciones sociales entre género, donde el hombre es el polo dominante.

PARTICULARIDAD DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN LAS MUJERES

Ya hemos mencionado que las investigaciones en salud ocupacional han estado centradas en el estudio de las enfermedades ocupacionales y los accidentes de trabajo; éstos son los indicadores usados, institucionalmente, para mostrar la situación de salud ocupacional de una población.

En el modelo médico dominante, se exige el estudio de enfermedades claramente diagnosticadas, como enfermedades ocupacionales, con una demostración causal precisa de un agente particular. Este enfoque, lejos de aclarar la situación de salud de los trabajadores, obstaculiza este camino, por la cantidad de limitaciones que presenta. Entre ellas mencionamos: desde el momento en que comienzan a actuar los factores nocivos hasta el momento en que puede ser diagnosticada una enfermedad puede pasar largo tiempo, en el cual, el trabajador puede verse obligado a abandonar el trabajo, no pudiendo ser incluido en ninguna muestra de estudio; y el agente causal ha desaparecido o se ha modificado. Citaremos como ejemplo, una experiencia de investigación con trabajadoras textiles donde relacionábamos el desarrollo del embarazo con las condiciones de trabajo, nos encontramos con el hecho de que tres trabajadoras nos refirieron que habían preferido retirarse del trabajo mientras transcurría su embarazo porque habían identificado condiciones nocivas para el mismo, una de ellas había sufrido un aborto en situación de trabajo y en su próximo embarazo decidió retirarse voluntariamente, durante un año, en acuerdo con el patrón. Por supuesto, que estas trabajadoras no pudieron ser incluidas en la muestra, pero salvaron su embarazo. Esta es una actitud preventiva del trabajador, que puede ser temprana o tardía. En otras ocasiones el trabajador se retira cuando ya está imposibilitado para continuar trabajando.

Este enfoque desestima el estudio de una amplia ocurrencia de problemas de salud que aparecen en forma de síntomas y dolencias soportables, pero que van deteriorando poco a poco el organismo del trabajador. Es en la búsqueda de esos primeros indicios y síntomas donde debemos centrar nuestra atención para identificar un daño que es aún prevenible. En esta búsqueda la opinión o información que nos suministran los trabajadores es de gran importancia.

Las particularidades en la inserción de las mujeres al trabajo remunerado y las peculiares condiciones de trabajo que deben enfrentar, dan lugar a una caracterización de sus problemas que los hacen poco accesibles a la investigación dentro del modelo dominante (es poco probable que sean identificados como problema de investigación o como prioridad de investigación):

1. Una parte importante de las trabajadoras no está amparada por la seguridad social o servicios médicos de empresa. Por lo tanto, los problemas que reportan no quedan registrados como morbilidad ocupacional y van a engrosar las estadísticas de síntomas inespecíficos dentro de los registros de otros servicios de salud.
2. Los agresores a los que están expuestas en el ambiente de trabajo tienen una acción lenta, pero constante y en acción sinérgica de varios factores de trabajo remunerado y doméstico.

Los trabajos de Messing y Mergler (1993), insisten sobre la necesidad de estudiar indicadores precoces que puedan darnos evidencias de daños, antes de que aparezca la enfermedad, para obtener medidas de prevención. Un abordaje orientado hacia la prevención en un modelo multidisciplinario con el aporte de varios especialistas. Resaltan, asimismo, la necesidad de trabajar el proceso de investigación con la participación de los trabajadores para acercarse más a los reales problemas de salud que ellos plantean. Esto en el caso de las trabajadoras es de particular importancia por la complejidad de la situación global que deben componer, para sobrellevar múltiples cargas de trabajo.

A MANERA DE CONCLUSION

1. Ante el reduccionismo conceptual prevaleciente en salud ocupacional, y ante las particularidades del trabajo de la mujer, es necesario avanzar en un proceso de conceptualización o re-conceptualización, que ya ha comenzado, el cual nos permita superar la visión limitada que hasta ahora se ha tenido, de la salud ocupacional, en general y de la salud ocupacional de la mujer, en particular; y, aproximarnos a una real caracterización del trabajo de la mujer y del impacto sobre su salud.
2. Debemos dirigir nuestra atención a sectores de trabajo no formal y no tradicional, que han sido muy poco estudiados. En el sector no formal hay una masiva incorporación de trabajadoras; sobre todo en el actual período de crisis o recesión económica, cuando estos espacios de trabajo se convierten en magras fuentes de subsistencia: vendedores de la calle (buhoneros), trabajo a domicilio, el servicio doméstico, trabajadoras sexuales, etc. Se pueden considerar una prioridad de estudio por la gran cantidad de trabajadores y

- trabajadoras que agrupan, por la precariedad de las condiciones de trabajo y por el gran desconocimiento de su influencia sobre la salud. El sector no tradicional, constituido por oficios tradicionalmente desempeñados por hombres, donde se promueve o se demanda el ingreso de mujeres: construcción, aseo y ornato urbano, pilotos de avión, montacarguistas, mecánica y mantenimiento, transporte colectivo, técnicos agropecuarios, etc. En estas ocupaciones, masculinizadas, los medios de trabajo y la organización del proceso de trabajo no están concebidos para las particularidades biopsíquicas y culturales de la mujer, produciéndose sobrecarga física y psicológica en las exigencias con el consecuente daño a la salud. Estudios adecuadamente conducidos pudieran ayudar a adaptar las condiciones de trabajo para el bienestar de trabajadores de ambos sexos.
3. Una mayor aproximación entre investigadores y trabajadoras, nos ayudará a transitar en esa búsqueda común de la realidad de los problemas de salud, de sus mediaciones y determinaciones. En este sentido, el modelo de investigación participativa debe ser privilegiado por los investigadores en salud ocupacional.
 4. Compartimos con otros investigadores la necesidad de utilizar indicadores no tradicionales, más sensibles, que nos den cuenta de daños a la salud precozmente. Pero, no solamente, indicadores bio-psicológicos como el dolor, la fatiga o cambios comportamentales; sino, también de otro tipo, como organizacionales, por ejemplo. Las trabajadoras hacen un uso muy peculiar de la pausa en la jornada laboral y del reposo, utilizándolos como "retiros preventivos"; entre otras cosas, porque se mueven física y/o psicológicamente en dos o más espacios de trabajos simultáneamente (productivo, doméstico, reproductivo).
 5. Dado que existe un interés por el estudio de la relación entre la salud, la mujer y el trabajo, demostrado por la producción científica, en diferentes centros de formación y de investigación en salud ocupacional en América Latina, debemos procurar el intercambio de los avances (o retrocesos) conceptuales y metodológicos, que nos ayuden a enriquecer nuestra práctica investigativa convirtiéndola en herramienta de lucha y de cambio de las trabajadoras y los trabajadores para mejorar sus condiciones de vida y de trabajo. ■

BIBLIOGRAFIA

- Borges, A. (1994). Condiciones de trabajo y problemas de salud reproductiva en trabajadoras de la industria textil. Tesis de Maestría. Post-grado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Brabant, C.; Mergler, D. y Messing, K. (1990). "Va te faire soigner, ton usine est malade: la place de l'hystérie de masse dans la problématique de la santé des femmes au travail". *Santé mentale au Québec.*; 15(1). p. 205-222.
- Breilh, J. (1991). **La Triple Carga (Trabajo, Práctica Doméstica y Procreación)**. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito. Ecuador.
- CEAS. (1994). Condiciones Sociales e Inequidad de género en América. Cuadernos Sociales de Salud Colectiva. N° 7. Serie Salud Colectiva. 3(1).
- Courville, J. (1990). Différences biologiques entre les hommes et les femmes et activité de travail. Memoria de Maestría en Biología. Universidad de Québec. Montreal. Canadá. p. 8-32.
- Daune-Richard A. M. y Devreux, A. (1992). "Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique. Recherches féministes". *Femmes au travail.*, 5(1). p. 7-30.
- Fernández E, M. (1985). La protección a la Mujer Trabajadora. Serie 3. Comité Estatal del Trabajo. Instituto del Protección al Trabajo. La Habana. Cuba.
- Garduño, M. y Rodríguez, J. (1990). "Salud y Doble Jornada: Taquilleras del Metro". *Salud Problema*; 20. Invierno 90. UAM-Xochimilco. México. p. 41-45.
- La Croix, A. y Haynes, S. (1988). Gender differences in the Health Effects of Workplace Roles. *Social Roles.* p. 96-121.
- Lowe, G. (1989). Le travail des femmes et le stress. Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme. *Ottawa.* p.89.
- Messing K. y Mergler D. (1993). The rat couldn't speak, but we can: Inhumanity in occupational health research. Centre pour l'étude des interactions biologiques entre la santé et l'environnement (CINBIOSE). Universidad de Québec. Montreal. Canadá.
- Messing, K. (1993). Don't use wrench to peel potatoes: Biological science constructed on male model systems is a risk to women workers' health. Centre pour l'étude des interactions biologiques entre la santé et l'environnement (CINBIOSE). Universidad de Québec. Montreal. Canadá.
- OMS. (1988). Los factores psicosociales en el ambiente de trabajo y su relación con la salud. Ginebra.
- ONU.WOMEN (1991). Challenges to the year 2000.
- OPS (1987). Informe Final del Grupo de Trabajo: Desarrollo de Investigación Regional sobre la Mujer en el Trabajo". Doc. HPE/WH/4790e. Washington, D.C. 24-28 p.14.
- Rodríguez, E. Bolívar, M. y col. (1990). Mujer y Salud Laboral. Ponencia presentada en el IV Foro Nacional de Mujeres Industriales, Artesanas y Cooperativistas. Maracay, agosto.
- Saurel-Cubizoles, M. y Gestin, G. (1991). Housewives, unemployed and employed women: Why different risks of preterm delivery? A French study. *International Journal of Health Sciences.*; 2(2). p. 83-91.
- Tierney D, Romito, P. y Messing, K. (1990). She ate not the bread of idleness: exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Québec Hospital Workers. *Women and Health.*; 16(1). p. 21-42.