

MUJER, TRABAJO Y SALUD

REFERENCIAS A LA

SITUACION VENEZOLANA

DORIS ACEVEDO

Lic. en Educación. Especialista en Salud Comunitaria. Profesora Departamento Medicina Preventiva y Social. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua. Apartado Postal 4944. Maracay, Venezuela.

INTRODUCCION

En los últimos años se ha incrementado el interés en el estudio de la salud de la mujer desde una perspectiva de género y, más recientemente, en el estudio de los problemas de salud de las trabajadoras en relación con las particularidades de su inserción al trabajo.

En este artículo abordaremos una aproximación al estudio de la salud de las trabajadoras. Partimos de una apreciación del modo en que la mujer se incorpora al trabajo, para luego caracterizar las condiciones de trabajo predominantes y sus repercusiones en la salud. Seguidamente planteamos el efecto de la crisis en el trabajo femenino y su impacto en la salud. Posteriormente, nos referimos a la situación de trabajo de la mujer venezolana, presentando algunos indicadores de sus condiciones de vida, de trabajo y de salud ocupacional.

1.- LA MUJER Y EL TRABAJO

Si entendemos al trabajo como el proceso vital mediante el cual se elaboran los bienes de consumo necesarios a la humanidad, la mujer ha participado, tradicionalmente, en ese proceso, directa e indirectamente.

Directamente, en la producción de alimentos, telas, vestidos, enseres, etc., tanto para el consumo de la familia como para el intercambio. A nivel de la extracción de la materia prima necesaria (agricultura), en la transformación de esas materias en bienes (manufactura) y en la venta de los productos (comercio). Este trabajo lo ha desempeñado como parte de una pequeña unidad de producción familiar o vendiendo su fuerza de trabajo a los dueños de los medios de producción —patronos—. Sin remuneración alguna o recibiendo una remuneración a cambio de su trabajo.

Indirectamente, la mujer participa de dos maneras: Una, en la renovación de la fuerza de trabajo, por medio de la **reproducción biológica**, la crianza y la manutención de los futuros trabajadores. Otra, en la recuperación física y psicológica de la fuerza de trabajo que participa directamente en la producción, mediante el suministro de los cuidados de alimentación, vestido, higiene, protección, afecto, etc., **reproducción social**.

La división sexual del trabajo que reduce a la mujer al espacio de lo privado —el hogar— y la subordina al hombre, si bien no impide su participación en labores productivas, siempre y cuando éstas se realicen dentro del espacio familiar, pro-

dujo una desvalorización social del trabajo femenino y una concentración del trabajo doméstico en la mujer. Esta desvalorización se ha proyectado a todos los ámbitos del trabajo de la mujer.

"El trabajo de la mujer quedó oculto tras la fachada de la familia monogámica, permaneciendo invisible hasta nuestros días... Por tanto, este tipo de trabajo, aún cuando consume muchas horas de rudo desgaste, no ha sido considerado como valor. La que lo ejerció fue marginada por este hecho de la economía, de la sociedad y de la historia".(1)

2.- CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD

La doble inserción de la mujer al trabajo, en los momentos de producción y de reproducción social, así como la especificidad de la reproducción biológica, debe ser considerada al abordar una aproximación al estudio de la salud de la mujer trabajadora. En cada uno de estos aspectos encontramos condiciones que se potencian entre sí para vulnerar su estado de salud.

En la Producción de bienes y servicios, la mujer ha sido relegada a las ocupaciones consideradas como una extensión del trabajo doméstico. Actividades asistenciales (enfermeras, secretarias, trabajadoras sociales, camareras, cocineras, servicio doméstico), a la educación (maestras, guardianas). En la manufactura, se concentran en los sectores de textil y de alimentos (elaboración de telas, confección de vestidos, elaboración de productos alimenticios). En el comercio y las finanzas (vendedoras detallistas, cajeras, secretarias). Para América Latina, la distribución de la fuerza de trabajo femenina, por sectores, es de 71% en los servicios, 17% en la industria y 12% en la agricultura (2).

La subordinación de la mujer y la desvalorización social de su trabajo se evidencian en las características que asume el trabajo femenino: **Poco prestigio.** Baja remuneración: remuneración promedio menor que el hombre y, a veces, inexistente. **Poco diversificado:** tareas monótonas, concentración en sectores muy definidos. **Subordinado:** sin autonomía, escaso control sobre las tareas, acceden poco a cargos de autoridad, baja tasa de sindicalización. **Jornadas largas y Doble jornada.** **Inestabilidad:** destajo, tiempo parcial, contratadas, trabajo informal.

Existe, a su vez, la creencia de que los trabajos ejercidos por las mujeres son sencillos, livianos, no requieren grandes esfuerzos físicos ni mentales y que su remuneración constituye un ingreso complementario al grupo familiar. En realidad, las áreas de servicios comunales y de educación requieren de preparación profesional, con conocimientos especiales en el área de las ciencias sociales y naturales. En la manufactura, el desarrollo de destrezas físicas para la ejecución de movimientos precisos, rápidos y complicados, y el aumento de la capacidad de resistencia física y psicológica para soportar los ritmos rápidos, posiciones fijas (de pie o sentada), cargas físicas, el sobretiempo y los factores de

stress relativos a la organización del trabajo (las tensiones de una supervisión estricta, la insatisfacción, la calidad y los estándares de producción). Estas condiciones de trabajo, particulares a ocupaciones de predominio femenino, han estado asociadas a problemas osteomusculares (3) (dolores musculares, síndrome del túnel carpal tendosinovitis), síntomas de salud mental (depresión, ansiedad, insomnio, problemas digestivos) (4), trastornos menstruales, abortos, nacimientos pre-término, bajo peso del recién nacido (5, 6, 7).

En la reproducción social, el trabajo doméstico recae casi exclusivamente sobre la mujer, representando un promedio de 70 horas semanales. Es un trabajo con horario indefinido, interminable, menospreciado socialmente. Su intensidad y extensión depende del número de miembros del grupo familiar (1) e influye variablemente sobre el estado de salud de la mujer. Presenta múltiples riesgos de tipo físico, químico, ergonómico y psicológicos. La suma de trabajo doméstico más trabajo productivo contribuye a un mayor desgaste y deterioro de la salud de la mujer. Algunos estudios han encontrado una mayor tendencia a enfermarse a una mayor intensidad del trabajo doméstico (8, 9, 10).

Por otro lado, una importante proporción de mujeres son cabeza de familia o jefas de hogar (en Latinoamérica un promedio de 20 al 30% de los jefes de hogar son mujeres y en los sectores pobres este porcentaje se eleva entre 40 y 60%), constituyendo su salario el único ingreso familiar. Las condiciones de pobreza, malnutrición y baja escolaridad, características de una alta proporción de la población latinoamericana, constituyen agravantes a la situación planteada.

3. TRABAJO Y CRISIS

En la actual situación de crisis, la recuperación de las economías nacionales e internacionales pasa por una participación importante de las mujeres en las actividades de producción y reproducción social. A pesar de la influencia de la recesión económica en el aumento del desempleo, en general, en América Latina, la participación de la mujer en los sectores formal e informal de la economía ha tenido un crecimiento sostenido. Entre 1970 y 1990 la tasa de actividad económica de la mujer latinoamericana mayor de 15 años pasa, de 24% a 29% (2).

Las estrategias de recuperación económica de los patronos, por un lado, y de sobrevivencia familiar en la población, por el otro, se orientan hacia una mayor explotación del trabajo femenino, repercutiendo en un deterioro importante de la salud física y mental de la mujer.

La fuerza de trabajo femenina es catalogada como más dócil, disciplinada y barata que la masculina. De allí que ciertas estrategias de aumento de la productividad, como: el aumento del tiempo de trabajo, de ritmo y de cadencias, sea caracterís-

tico de los empleos de alta concentración femenina (textiles, alimentos, secretarías, cajeras).

Por otro lado, en América Latina y El Caribe se ha incrementado la instalación de industrias maquiladoras en los últimos años (México, República Dominicana, Brasil, ...), incorporando, principalmente, fuerza de trabajo femenina, a un ritmo de explotación elevada.

Existe una fuerza de trabajo "invisible" (11), realizada en la casa: el trabajo "a domicilio", (empaquetadoras, costureras) y el trabajo "particular" (costureras, reposteras, artesanas, lavadoras, planchadoras), los cuales se caracterizan por largas horas de trabajo, pocas ganancias, desconocimiento de los riesgos, ausencia de organización; con consecuencias importantes en la salud de la mujer, los cuales no se reconocen como problemas de salud ocupacional. Asimismo, las actividades no estructuradas o "subterráneas" que contemplan un servicio o transacción monetaria y son de alta concentración femenina, las cuales, no son consideradas como actividad económica (contrabando, prostitución), pero representan riesgos importantes a la salud de las mujeres que las desempeñan.

4. EL TRABAJO EN LA MUJER VENEZOLANA

4.1. ASPECTOS DEMOGRAFICOS

En Venezuela, la población mayor de 15 años constituye, para 1989, 61,6% de la población, su distribución por sexo es equivalente, excepto en los mayores de 75 años, donde hay más mujeres. La esperanza de vida al nacer es, en la mujer de 72,8 años y 66,8 años en el hombre, seis años de ventaja en la mujer. 24% de los hogares venezolanos son sostenidos sólo por la mujer. El analfabetismo es, en promedio, mayor en la mujer, siendo esta desventaja mayor en las mayores de 35 años y en las jefas de hogar. De estas últimas, 44% no tiene empleo (12, 13).

4.2. SITUACION DE TRABAJO

La incorporación de la venezolana mayor de 15 años a la fuerza de trabajo ha aumentado sensiblemente a partir de 1950, pasando de 17,75% a 32,2% en 1991.

La casi totalidad de las trabajadoras (86%) se concentran en ramas de actividad que guardan similitud con el trabajo doméstico. Su característica fundamental es la atención al público y a personas: 49,6% están en servicios comunales y sociales (enfermeras, maestras, trabajadoras sociales, etc), le sigue en orden el sector de comercio, restaurantes y hoteles con 22,6% (vendedoras al menor, camareras, cocineras, etc). En servicio doméstico está el 14,2%. Comparativamente, la distribución de los hombres por rama de actividad es más diversificada. Para el sector manufacturero encontramos 13,8% de las trabajadoras, lo cual no está alejado de la proporción de hombres en el mismo sector (16,3%). (Ver cuadro No. 1).

Según la categoría ocupacional, la participación de las mujeres en relación a los hombres es de 1/1 entre los empleados públicos, 1/3 entre los empleados privados y los trabajadores por cuenta propia y 1/10 entre los patronos. Aquí también sigue el patrón social de subordinada.

CUADRO No. 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA FUERZA DE TRABAJO EN VENEZUELA, SEGUN SEXO Y ACTIVIDAD ECONOMICA. 1990

Rama de actividad	Hombres	Mujeres
Agricultura y minas	18,2	2,4
Industria manufacturera	16,3	13,8
Construcción, electricidad, gas, agua	13,2	1,7
Transporte y comunicación	8,0	1,6
Finanzas y Seguros	5,1	7,4
Comercio, restaurantes y hoteles	19,2	22,6
Servicios comunales y sociales	21,1	49,6
Servicios de reparación y limpieza	5,2	0,1
Servicio doméstico	1,1	14,2

Fuente: OCEI. Indicadores de la Fuerza de Trabajo en Venezuela. Primer semestre. 1990. Caracas. Venezuela.

La remuneración de la trabajadora es sensiblemente menor, en promedio, que el hombre. Hay 3 mujeres por cada hombre con salarios menores a 3.000 bolívares y dos hombres por cada mujer con salarios mayores de 9.000 bolívares. En los trabajadores por cuenta propia la situación es aún más desfavorable para la mujer, más de la mitad de las trabajadoras reciben ingresos inferiores a 5.000 bolívares, comparativamente a 28,6% en los hombres, en momentos en que el salario básico se sitúa en 6.000 Bs. (Ver Cuadro No. 2).

CUADRO No. 2
REMUNERACION MENSUAL DE LOS TRABAJADORES SEGUN SEXO. EN PORCENTAJE. VENEZUELA. 1990

Remuneración en bolívares	GENERAL		T. POR CUENTA PROPIA	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Hasta 3.000	5,3	15,4	10,6	36,6
3.001 a 5.000	15,6	19,6	18,0	18,6
5.001 a 9.000	55,9	51,3	30,6	15,3
9.000 y más	23,2	13,7	33,9	13,4

Fuente: OCEI. Indicadores de la Fuerza de Trabajo en Venezuela. Primer semestre 1990. Caracas. Venezuela.

Los exiguos ingresos que percibe la mayoría de las trabajadoras resultan insuficientes para reponer, adecuadamente, el desgaste que ocurre en el proceso de trabajo y el mantenimiento de su familia. Esta situación repercute en un deterioro creciente de su estado de salud y en envejecimiento prematuro.

Resumiendo, en 1990, 32% de la fuerza de trabajo son mujeres, laborando, en promedio de 30 a 40 horas semanales, en ocupaciones poco diversificadas, con remuneración menor a la del hombre y condiciones de trabajo precarias.

4.3. LA REPRODUCCION BIOLOGICA Y EL TRABAJO.

El comportamiento de la venezolana en relación a la función reproductiva influye en su situación de trabajo y, a su vez, las condiciones de trabajo pueden contener riesgos potenciales a la salud reproductiva.

La tasa de natalidad en Venezuela ha venido disminuyendo de 31,4 nacimientos por mil habitantes en 1983 a 28,3 en 1987. La tasa global de fecundidad es de 3,4 para 1987, comparativamente a 6,5 en 1960; siendo el 86% de los nacimientos en madres de 34 años y menos. Asimismo, 80% de las trabajadoras están entre 15 y 44 años, lo cual sobrepone las funciones de producción, reproducción biológica y reproducción social originando lo que Breilh ha llamado la triple carga (14).

En estudio realizado por Ramírez y otros (15) sobre fecundidad, encuentran que las mujeres incorporadas al trabajo remunerado presentan un índice de fecundidad menor. Esto puede ser resultado de la conciliación que la trabajadora hace a su triple carga. Algunas investigaciones están orientándose a la búsqueda de relación entre condiciones de trabajo particulares (exposición a solventes, temperatura, posición fija, cargas psicológica) a aborto, fecundidad y trastornos menstruales (5, 6, 16, 17).

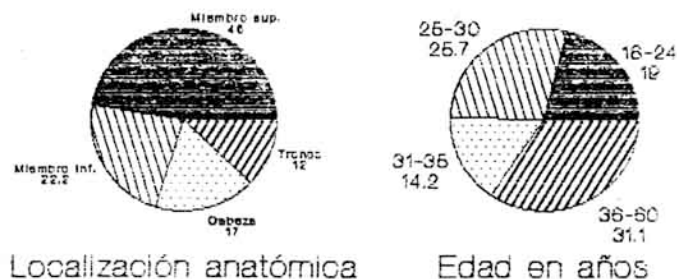
En Venezuela, Edilberto Pacheco ha alertado sobre el "aborto blanco", producido por una multiplicidad de factores nocivos presentes en el ambiente de trabajo (18). Las medidas de protección a la trabajadora embarazada están contempladas en la Ley Orgánica del Trabajo en 1990: seis semanas de reposo prenatal y doce de reposo post-natal, fuero maternal de inamovilidad laboral de un año a partir del momento del parto. A pesar de que la Ley del Trabajo señala en su artículo 218: "las mujeres en estado de gravidez no podrán ser despedidas", los patronos han venido violando esta ley. Entre 1977 y 1981 se registraron, en el Ministerio del Trabajo, 2.148 despidos de embarazadas (18).

4.4. INDICADORES DE SALUD OCUPACIONAL DE LA TRABAJADORA.

Las estadísticas disponibles proceden del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)

(19), Organismo encargado de la atención médica y la seguridad social de los trabajadores y que cubre el 30 / de la fuerza de trabajo en el país. Estando conscientes de la escasa cobertura y del sub-registro de información, las usaremos como referencia de la situación.

Accidentabilidad laboral femenina en Venezuela. 1990.



Fuente: Rodríguez Erik - Bolívar María Alejandra
Colaboradores: OP. Cit.

Del total de accidentes laborales, 4% ocurren en mujeres. De ellos, 56% en las industrias de textil, de alimentos y equipos, del cordón industrial del centro del país. 46% de estos accidentes son en dedos y manos de miembros superiores, lo cual sugiere la presencia de riesgos ergonómicos en ritmos rápidos, movimientos repetitivos y obsolescencia de equipos. Los accidentes son más frecuentes en mujeres de 26 a 30 años y en las mayores de 35 (Gráfico No. 1 y Cuadro No. 3). Los meses de julio, agosto y diciembre son los de mayor accidentabilidad en la mujer, coincide con las vacaciones escolares, lo que nos hace pensar en una sobrecarga de trabajo por la presencia de los niños en el hogar.

CUADRO No. 3
ACCIDENTABILIDAD LABORAL FEMENINA EN VENEZUELA, POR ACTIVIDAD ECONOMICA Y REGIONES GEOGRAFICAS. 1990

ACTIVIDAD ECONOMICA	%	REGIONES	%
Textil	24,7	Maracay-La Victoria	25,3
Alimentos	13,1	Valencia	18
Confeción	9,5	Caracas	17,7
Equipos	8,8	Puerto Ordaz	9
Cuero y calzado	8,2	Maracaibo	6
Joyas	7,9		
Papel	7,5		
Cosméticos	6,4		

Fuente: Rodríguez, Erik, Bolívar María Alejandra y colaboradores. (1990).

Teniendo la certeza de un sub-registro de las enfermedades profesionales, éstas constituyen, en las estadísticas del IVSS 42% al sexo femenino.

88% de las enfermedades reportadas corresponden a dermatitis, hipoacusias y neumopatías, en los sectores de textil, alimentos y equipos (Cuadro No. 4), dando cuenta de la existencia de agresores físicos y químicos (polvos, sustancias químicas, ruido). La presencia de enfermedades osteoarticulares nos indica la acción de riesgos ergonómicos importantes en textiles y servicios (ritmos rápidos, levantamiento de cargas, movimientos repetitivos, posición fija). Asimismo se ha reportado una tendencia al aumento en las incapacidades laborales femeninas.

CUADRO No. 4
ENFERMEDADES PROFESIONALES EN LA
MUJER, SEGUN SECTOR INDUSTRIAL.
VENEZUELA, 1990

ENFERMEDADES PROFESIONALES Y SECTOR INDUSTRIAL	PORCENTAJE
DERMATITIS (Textil y Alimentos)	37,9
HIPOACUSIA (Textil, alimentos y equipos)	30,4
NEUMOPATIAS (Textil, alimentos)	17
HIDRARGIRISMO (Servicios odontológicos)	4,7
NEUROSIS (Educación, textiles)	3,7
OSTEOARTICULARES (Textil, alimentos, servicios)	3,1
OTRAS	3,2

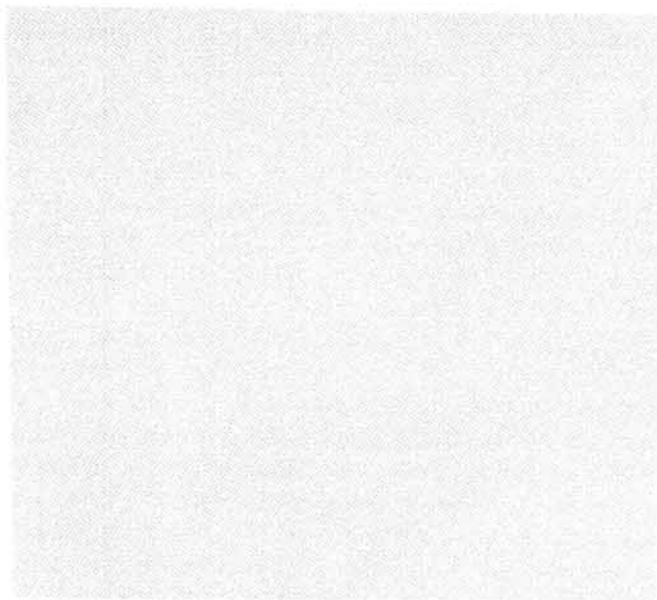
Fuente: Rodríguez Erick, Bolívar María Alejandra y colaboradores. (1990).

CONCLUSIONES

- 1.- Una aproximación al estudio de la salud ocupacional de la mujer debe considerar su triple inserción en el proceso de trabajo: producción, reproducción social y reproducción biológica. Esto implicaría la búsqueda de indicadores sensibles a la exploración de estos aspectos y la realización de las asociaciones pertinentes entre ellos, para poder explicarnos adecuadamente la problemática de salud de la trabajadora.
- 2.- Debemos, asimismo, tener claro la particularidad en las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres, lo cual reclama un abordaje específico, de acuerdo a la naturaleza del problema.
- 3.- Resulta necesario un abordaje más amplio de la salud sexual y reproductiva, incluyendo los

trastornos menstruales, los estudios de fecundidad en mujeres y hombres (o en la pareja), los trastornos de la sexualidad.

- 4.- El estudio de los daños a la salud mental y las afecciones al sistema musculoesquelético sería prioritario, dado que los riesgos más frecuentes en ocupaciones femeninas desencadenan este tipo de problema.



REFERENCIA

- 1.- Tomado de Larguía y Dumoulin "Hacia una Ciencia de la Liberación de la Mujer". Ediciones de la Universidad Central de Venezuela. Caracas. 1975.
- 2.- ONU. (1991). Les femmes dans le monde. Des chiffres et des idées 1970-1990. Département des affaires économiques et sociales internationales. Bureau de statistique. United Nations Publications. USA.
- 3.- Vézina Nicole y Courville Julie. (1990). Intégration des femmes aux postes traditionnellement masculins. En "Sexe faible et Travail Ardu". Les cahiers scientifiques. ACFAS. Québec.
- 4.- Messing, Karen. 1991. Occupational Safety and Health Concerns of Canadian Woman. Prepared for Labour Canada. Women's Bureau. Canada.
- 5.- Mac Donald, AD y col. (1988). Prematurity and Work in Pregnancy. British Journal of Industrial Medicine. 45: 56-62.
- 6.- Saurel-Cubizolles, Marie-Joséphe. (1987). Les conditions de travail des femmes ouvrières pendant la grossesse et leurs aménagements. Archives des maladies professionnelles. 48. No. 2. 91-99.
- 7.- González, Violeta y otros. (1990). Trastornos reproductivos en la mujer trabajadora de la zona franca de San Pedro de Macorís. República Dominicana. Salud y Pueblo. 15-21.

- 8.- Garduño Ma de los Angeles y Rodríguez Julia. (1990). Salud y Doble Jornada: Taquilleras del Metro. Salud Problema 20. Invierno 90. UAM-Xochimilco. México. 41-45.
- 9.- Tierney D, Romito P, Messing K. (1990). She ate not the bread of Idleness: exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among 539 Quebec Hospital Workers. Women and Health. Vol 16 (1). 21-42.
- 10.- Uribe V, Griselda y colaboradores. (1991). El Trabajo femenino y la salud en cuatro grupos de mujeres en Guadalajara. México. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 111 (2). 101 - 111.
- 11.- UNICEF. (1991). Women and Health. Zed Book Ltd. 57 Caledonian Road, London. N1 9BU. U.K.
- 12.- OCEI. (1990). Indicadores de la Fuerza de Trabajo en Venezuela. Primer semestre de 1990. Caracas.
- 13.- OCEI. (1988). Anuario estadístico de Venezuela 1987. Caracas.
- 14.- Breihl, Jaime. (1991). La Triple Carga. Trabajo, práctica doméstica y procreación. CEAS. Quito.
- 15.- Ramírez R., Juan y Uribe V, Griselda. (1991). Fecundidad por grupos ocupacionales en Guadalajara. Carta económica regional. Año 3. No. 18. México 11-15.
- 16.- Mergler D, Vézina N. (1985). Dysmenorrhea and Cold Exposure. The Journal of Reproductive Medicine. Vol. 30. No. 2. 106-111.
- 17.- Messing K, y col. (1991). Menstrual cycle characteristics and working conditions in poultry slaughterhouses and canneries. CINBIOSE. Québec.
- 18.- Pacheco, Edilberto. (1986). El aborto en Venezuela. Problema de salud pública, expresión de la desigualdad social. Fondo editorial Carlos Aponte. Caracas.
- 19.- Rodríguez E, Bolívar M y col. (1990). Del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y Ministerio del Trabajo. Mujer y Salud Laboral. Presentado en el IV Foro Nacional de Mujeres Industriales, Artesanas y Cooperativistas. Agosto. 1990. Maracay.