



UNIVERSIDAD
AUTONOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO

MEMORIA
50

Encuentro
Nacional
Sobre
Empoderamiento
Femenino

ISBN: 978-607-482-108-6

06 de marzo
de 2009
Pachuca,
México



“Salud en las mujeres trabajadoras, desde la perspectiva de género”

Lilia Zavala Mejía¹⁴²

“Bueno, porque gracias a dios no me duele nada, no me enfermo seguido, nada más de lo más común...de gripa, dolor de estomago, dolor de espalda..., manos..., pies.....” **Empleada doméstica, 47 años, 4 hijos, separada (al preguntarle como considera su estado de salud).**

Resumen

La creciente participación de las mujeres en el ámbito laboral favorece una mayor autonomía y toma de decisiones en aspectos relativos a la familia y al desarrollo personal. Sin embargo, la manera como se organiza el trabajo, la división por géneros, la asignación y distribución de responsabilidades, etc., todavía propicia una situación de desventaja para las mujeres debido a la desigual distribución de labores domésticas que desempeñan.

La situación de género ha propiciado que las mujeres destinen poco tiempo al cuidado de su salud, como resultado del rol asignado culturalmente: dedicadas al hogar y atención a los hijos, el esposo, los padres, etc., es decir, “vivir para los demás”. Las mujeres se ocupan de su salud cuando son evidentes los indicios de una enfermedad, o bien, se encuentran en avanzado estado de gravedad. Los elementos de ansiedad generados en el trabajo remunerado se sumarán los que se generan en el ámbito doméstico, la combinación de ambos lleva a un tipo de ansiedad específica que surge de la contradicción clara entre uno y otro espacio. Existe la tendencia a percibir a las mujeres primordialmente como madres y accidentalmente como trabajadoras, se mantienen las exigencias sociales respecto

¹⁴² Profesora-investigadora de tiempo completo. Área Académica de Trabajo Social de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Maestra en Estudios de Población. Perfil promep. Correo electrónico: liliazavala@yahoo.com.

a su papel en el cuidado del hogar. En el presente texto se pretende identificar, ¿cómo perciben las mujeres trabajadoras los efectos adversos en su salud como resultado de la presión ejercida en su lugar de trabajo y la responsabilidad de las labores domésticas, el cuidado de los hijos y de otros miembros de la familia? ¿Reconocen los efectos en su salud? ¿Cómo lo relacionan con la actividad laboral y doméstica? ¿Qué tan empoderadas están estas mujeres para reconocer los efectos en su salud? y ¿qué hacen para atenderse?

Introducción

La presencia femenina en el mundo del trabajo se caracteriza por la diversificación de las actividades. La subordinación de la mujer y el desprecio por los valores femeninos que prevalecen en las sociedades patriarcales y autoritarias, quedan en evidencia en las condiciones laborales reservadas a la población femenina que se cifran en tres términos: explotación, discriminación y opresión. A estas condiciones desventajosas, la mujer trabajadora aún responsabilidades adicionales como esposa, educadora de los hijos y encargada en las tareas domésticas (Asunción y Acevedo, 1996: 120)

Para las mujeres y debido al tiempo que destinan en las actividades del hogar, el trabajo influye como determinante en el proceso salud-enfermedad. La salud de las mujeres no es ajena a sus condiciones de vida y de trabajo, tampoco a los roles sociales que desempeñan, a las creencias, valores y actitudes. En una revisión de estudios relativos a la salud de las trabajadoras, Cedillo, 2007 encontró una disposición hacia aspectos psicosociales del trabajo remunerado, relacionados con la organización del mismo y la inclusión de nuevas tecnologías y los cambios impuestos por la globalización, además del reconocimiento del trabajo no remunerado en las mujeres y su contribución en la salud-enfermedad.

Generalmente las mujeres no asocian los síntomas de la enfermedad con la presión derivada del centro de trabajo o donde desarrollan sus actividades laborales, incluso, como resultado de la sobrecarga de responsabilidades en el hogar. Algunas mujeres desarrollan actividades precarias que implican destinar gran parte del día a un empleo de baja remuneración y escasas prestaciones sociales, lo cual agrava su estado emocional. Ciertas mujeres están en aislamiento, experimentan un no reconocimiento social del trabajo

doméstico y cuidado, la doble jornada de trabajo, el sentimiento de culpa por no poder hacer frente a tantas responsabilidades, la socialización en satisfacer las necesidades de las demás personas, la dependencia económica y emocional, el carecer de un espacio y tiempo propio. La contradicción entre el espacio doméstico y el laboral, es uno de los aspectos relevantes en la generación de la ansiedad. Las expectativas de la conducta de las mujeres en el hogar se corresponden con la de madre, y todo lo que conlleva de protección, paciencia, resolución de la sobrevivencia, atención, etc.

El mercado de trabajo, la organización del mismo y la distribución de hombres y mujeres en las diversas ocupaciones y dentro de las organizaciones, tiene una orientación determinada por el género, que en la mayoría de los casos es desventajosa para las mujeres, además de que estas tienen una marcada carga de trabajo doméstico. La importancia del trabajo en el sentido de formación, adquisición de habilidades, aportación a la sociedad y el tiempo que ocupa en nuestras vidas, no deja duda de la influencia que tiene como determinante de la salud y enfermedad de las mujeres. (Cedillo, 2007)

Salud en el trabajo desde la perspectiva de género

En la discusión sobre la persistencia que subyace de lo biológico en lo social en el perfil patológico de la salud de hombres y mujeres, se reveló como algunos aspectos de la biología humana no pueden ignorarse en el estudio de la salud en el trabajo: Östlin (2001) aludió a la importancia de tres características del cuerpo de las mujeres que influyen en una mayor vulnerabilidad; la mayor cantidad de grasa en el cuerpo como condicionante a inducir mayor exposición a daños químicos, como son las sustancias solubles en grasa; la piel más fina favorece una mayor absorción de sustancias tóxicas; y por otro lado, el poseer un metabolismo más lento induce que algunos productos químicos permanezcan en mayores concentraciones, por más tiempo en sus cuerpos.

Östlin (2001) considera que dichas observaciones sobre la biología explican una parte de los problemas de salud de trabajadoras y trabajadores, indispensables para una mejor comprensión de los perfiles pero insuficientes, por tanto la salud en el trabajo se complementa con la perspectiva de género, ya que dicho enfoque permite reconocer en las identidades de género determinantes de los daños a la salud.

Al respecto Lagarde (1977), asegura que la singularidad de la inclusión de la perspectiva de género en la salud de mujeres y hombres radica en reconocer contenidos específicos de la enfermedad y salud por género, determinados también por las otras condiciones históricas. Es decir salud y la enfermedad de las mujeres y los hombres son específicas no solo por la condición de género y sexual, sino también determinadas por las condiciones históricas. Algunas enfermedades, padecimientos y contingencias son vividas solo por las mujeres, porque solo ellas tienen cuerpos sexuados femeninos y con ello potencialidades ligadas a padecimientos y enfermedades.

La presencia y el lugar que ocupa la mujer en la sociedad y en concreto en el espacio laboral y doméstico, determina la manera de afrontar los riesgos y daños a en la salud, siendo prioritario en el caso de las mujeres el cuidado y atención hacia los *otros*:

“Las mujeres enfrentan padecimientos y enfermedades por su género, es decir, por el lugar secundario que ocupan en la sociedad, por las carencias a que son sometidas toda su vida, por la exclusión permanente del acceso a recursos y bienes imprescindibles en la vida cotidiana, así como por el exceso de trabajo y de actividades derivadas de realizar varias jornadas en una. La tensión en que viven gran cantidad de ellas ante la carencia y la privación produce daños por sí misma, y a ella se añade la tensión mental que produce el dominio. Vivir discriminadas, excluidas, controladas, disminuidas y muchas de ellas bajo maltrato, agresión, hostilidad y otras formas de violencia, y además a cargo de las necesidades de otros, produce graves consecuencias en la salud mental y en la salud integral de las mujeres. Estas se recrudecen con el permanente abandono, aun en situaciones en que las mujeres deberían estar doblemente cuidadas y atendidas, descargadas de trabajo y de responsabilidades (Lagarde, 1997:173).

Desde la infancia se reciben mensajes acerca de lo que se espera de las mujeres, del significado del ser mujer, se transmiten en forma de expectativas y modelos,

conformando la identidad femenina. Son múltiples los roles que cumplen las mujeres, como cuidadora de la familia, de niños, de adultos mayores, discapacitados, enfermos, etc. Vivir para los otros: a la mujer se le valora por su entrega hacia los demás, dedicación a la familia, al matrimonio, a la pareja, a la maternidad. Se limita el tiempo y energía destinado a la propia mujer y se refuerza la idea de proporcionar mayor bienestar a los demás. También contribuye a que las mujeres sean vistas como cuerpo; cuerpo-materno, para gestar, parir y amamantar. Y cuerpo-objeto, para proporcionar placer a los otros. Ser en los otros, percibidas las mujeres como seres incompletos. Se devalúan si no se complementan con la presencia de la pareja. Ser a través de otras personas, es decir, la realización de la mujer en función de la valoración de los hijos, en función de los logros de los otros (Migallón y Gálvez, 2006). La expectativa cultural promueve que las mujeres se sigan dedicando al hogar, sobre todo cuando hay niños y adultos mayores (Arraigada, 2007).

La mayor parte de las necesidades vitales de las mujeres están orientadas hacia *los otros*. La base de la condición de género patriarcal asignada a las mujeres es *ser-para-otros*. Este hecho define la ubicación de las mujeres en las respectivas sociedades, en sus comunidades, en sus familias. Las mujeres hacen a un lado sus necesidades personales y ubican en el centro de sus vidas las necesidades de los demás, ser ajenas a sus propias necesidades y en todo caso situarlas en segundo término y satisfacerlas. La condición tradicional de la mujer implica la interiorización, la discriminación y la subordinación de las mujeres. La opresión de las mujeres se concreta en la minimización de sus necesidades personales y la magnificación de su necesidad de resolver las necesidades de otros (Lagarde, 1997:148).

Con relación a la salud, “las mujeres atienden la salud primaria de sus familiares, es una de sus funciones de género y es uno de sus atributos , aunque no tengan suficientes conocimientos para hacerlo de manera adecuada.....las madresposas atienden, consuelan, curan y hasta sanan a las personas. Esta capacidad de atender la salud de los otros contrasta con el autodescuido de su salud. La mayoría de las mujeres padecen

achaques, enfermedades menores pero también vive bajo padecimientos graves, sin atención”. (Lagarde, 1997:151).

Como señala Lagarde, 1997, la opresión femenina se concreta en la alta tolerancia de las mujeres a la enfermedad y a los malestares, y también en su desatención. Ocupadas en *cuidar – a- otros*, la desvalorización y la subordinación de las mujeres hace que muchas de ellas se desatiendan y además que no haya suficiente atención institucional

Las políticas de salud fragmentan la vida de las mujeres y se ocupan solo de períodos de su vida evidentemente ligados a las funciones y capacidades reproductivas, importan las mujeres en su relación con los hijos. Impera la visión demográfica y procreacionista del desarrollo social, cuando se trata de la atención a las mujeres, se prioriza la edad reproductiva el resto de la vida, en la infancia, la adolescencia y la vejez, las mujeres quedan fuera de los objetivos de las políticas de salud. (Lagarde, 1997:174).

En el caso de las mujeres trabajadoras las políticas laborales de atención a la salud son limitadas, también se han centrado en el cuidado del aspecto reproductivo y la maternidad. Los servicios de salud deben incorporar la especificidad de las características de los riesgos para la salud a la cual se exponen las trabajadoras, no serán los mismos padecimientos que posea una obrera, una empleada doméstica, una profesora, etc. Por tanto, no será suficiente con los estudios de rutina que ofrece el sistema de salud, se debe agregar e implementar instrumentos que permitan detectar y diagnosticar de manera integral para proporcionar alternativas de cuidado más completas.

Como resultado del aprendizaje social del género las mujeres son condicionadas para centrar la mirada en los otros, no en ellas mismas, estar pendiente de atender y cuidar a las demás personas impide el autoconocimiento. Las mujeres reciben el mensaje de anteponer el interés y cuidado de la familia por encima de cualquier otro En torno al trabajo de las mujeres, si bien el incorporarse a un empleo también provee beneficios, en ocasiones, éstos se reducen cuando poseer un empleo presume una doble carga, puesto que una gran mayoría de hombres no comparten las responsabilidades domésticas y de cuidado de los hijos u otras personas mayores de la familia, para estos casos armonizar ambos trabajos conlleva un gran esfuerzo y tensión emocional. (Migallón y Gálvez, 2006).

El cuidado de las personas ha sido considerado como un rol femenino, cuidado de hijos, enfermos y ancianos, socialmente se ha condicionado a las mujeres para anteponer las necesidades de los demás personas a las suyas, (Migallón y Gálvez, 2006) consideran a las mujeres, las trabajadoras invisibles sin las cuales los servicios sanitarios ni los usuarios de los servicios de salud podrían sobrevivir.

Mujeres trabajadoras cuidando su salud

Antes se mencionó acerca de los beneficios de incorporarse al mercado laboral, tener posibilidad de ser más autónomas e incluso, en algunos casos ser independientes. En otros casos significa salir del aislamiento y relacionarse con otras personas, factores que favorecen a un mayor bienestar. Sin embargo, ingresar al ámbito mercado laboral no es tarea fácil, las mujeres disponen de menos oportunidades, ocupan puestos de menor categoría y en ocasiones en condiciones precarias.

El mundo laboral sigue funcionando bajo un modelo masculino, la organización, los valores, los horarios siguen basados en la división de roles; los hombres salen a trabajar y las mujeres se dedican al cuidado de la familia. Por tanto, las mujeres que se insertan a un empleo, se ven sometidas a una doble carga de trabajo, en ellas recae la responsabilidad del trabajo doméstico y del cuidado de los niños, enfermos y personas de la tercera edad, con escasas posibilidades de dedicarse a otras actividades, como destinar tiempo libre al descanso o bien a la recreación, con serias repercusiones en la salud.

Como se señaló antes, la desigual distribución del trabajo implica riesgos diferentes y está relacionada con las relaciones entre géneros, ese puede ser el punto de partida para entender las diferencias en los daños a la salud de trabajadoras y trabajadores. Cuando se visibilizó la condición de género de las trabajadoras, se mostró que ciertos rasgos de lo femenino determinan una parte del perfil de patología de las trabajadoras, pero que esta situación no ha podido ser asimilada en el modelo médico tradicional. Además fue a partir del reconocimiento de los problemas de salud de las mujeres en el ámbito de los servicios que se influyó en la visión de la medicina del trabajo para reconocer que había que estudiar la relación salud-trabajo más allá del trabajo industrial y de transformación.

También se identificó la interrelación de las esferas laboral y doméstica en el proceso salud-enfermedad, por tanto, en el análisis del estrés se observa la correspondencia mutua, pues, para cubrir la necesidad de la unidad doméstica, dependerá de las condiciones de trabajo y viceversa. Las mujeres llevan a su centro de trabajo la preocupación de la atención doméstica, manteniendo una tensión constante referente a al cumplimiento de la doble jornada, mientras que los varones mantienen la presión del papel de proveedores en la jornada remunerada. (Garduño, 2004:204).

Metodológicamente y para comprender los daños generados en el ámbito laboral, debe reconocerse que la identificación individual está centrada en las exigencias derivadas de la división sexual del trabajo, por lo cual, es fundamental encontrar como se distribuyen varones y mujeres en los diferentes puestos de trabajo y como se ven afectados por los estresores relacionados con el trabajo remunerado. (Garduño, 2004:205).

El estrés en el trabajo se produce cuando se tiene la obligación de cumplir una tarea con poco contenido desprovista de interés, donde no importan los conocimientos, es aburrida y repetitiva y no requiere de iniciativa. También, se genera el estrés cuando se realizan tareas que exigen mucha atención o si están sometidos a presión para producir más. Además de lo anterior, las mujeres trabajadoras agregan aspectos que tienen que ver con la desigualdad laboral como son: menores salarios, contratos temporales, escasa promoción y posibilidad de formación, doble jornada, acoso y discriminación, la exposición a padecer situaciones de estrés es muy alta.

La respuesta del organismo ante una situación de estrés provoca incremento en el ritmo y la presión cardíaca, el tono muscular y la producción de adrenalina. En las mujeres trabajadoras expuestas a este tipo de factores, les provoca dolores de cabeza o tensión continua en el cuello y la espalda, palpitaciones o la sensación de falta de aire. También el estado de ánimo se verá afectado, se tornan irritables, ansiosas, deprimidas, cansadas o con problemas del sueño (Alatorre, 1997). Esta situación, se complica más, pues se puede iniciar o incrementar el consumo de sustancias nocivas como son el alcohol, los fármacos y cigarrillos, que a largo plazo redundan en mayores perjuicios a la salud de las mujeres trabajadoras.

Tanto los hombres como las mujeres enfrentan determinaciones de estrés relacionadas con la contradicción entre lo que socialmente se les demanda y aquello que es posible de realizar. En este juego, la condición y las situaciones de género tienen un papel preponderante, para el caso de las mujeres puede ser la incapacidad para cumplir con demandas diversas y simultáneas, es decir, lo que se entiende como un rasgo de la doble jornada, que implica esfuerzos de larga duración, dificultades para controlar las actividades y culpa generada por no cumplir con las demandas de ambas jornadas (Walkin-Lanoil,

1988 citado en Garduño, 2004:206). Y en el caso de los varones la imposibilidad para cumplir con el papel de proveedor, siendo uno de los rasgos centrales de la masculinidad.

Para las mujeres trabajadoras, además de estar inmersas en una actividad incesante, pretenden satisfacer todas las demandas y cumplir a la perfección todos los roles sociales; ser madre, esposa o compañera, etc., pueden llegar a sentir frustración y agobio por la gran cantidad de esfuerzo que requiere cumplir con todas esas tareas. El cuidar de la familia, también implica realizar un trabajo que requiere de mucho esfuerzo, conlleva riesgos físicos y una gran carga emocional, no reconocida ni valorada, que puede convertirse en una fuente de malestar.

En el trabajo doméstico realizado por las mujeres trabajadoras, no se percibe una separación entre el tiempo del ocio y del trabajo, se suman a las horas dedicadas a su jornada laboral, las horas de esfuerzo incesante, atendiendo las demandas físicas y emocionales de los integrantes del hogar y los requerimientos de la vivienda. Sin tiempo y espacio para destinarlos al propio cuidado o el descanso. Por tanto, se afirma que el trabajo doméstico representa una fuerte carga no solo física, sino mental y emocional.

“Cuando las mujeres amas de casa tienen un trabajo extradoméstico, normalmente se encuentran en una posición menos satisfactoria que sus maridos, tanto respecto del status laboral, como de sus ingresos económicos y sus posibilidades de ascender en una escala de oportunidades, manteniéndose en condiciones de inferioridad. [] se han realizado numerosos estudios que indican que, habitualmente, las

mujeres con trabajo extradoméstico igualmente conservan la responsabilidad y la decisión por lo que sucede en el ámbito doméstico. Esto genera situaciones de tensión y de agotamiento, productoras de estrés. (Murín, 1998: 85)

Cabe señalar la exposición cada vez mayor, en la medida que más mujeres se incorporan al trabajo remunerado, pero se mantienen las exigencias sociales respecto a su papel en el cuidado del hogar. Esta contradicción es considerada como uno de los aspectos más relevantes en la generación de ansiedad.

Además, el hecho de que el rol de ama de casa tenga expectativas poco claras y difusas, que sólo se le perciba cuando no se lo realiza o cuando se lo realiza exageradamente mal, provoca incertidumbre en las mujeres que lo desempeñan, y aumenta la tendencia a estar pendientes del reconocimiento de los otros para reconocerse a sí mismas como trabajadoras. Esto se complica en tanto se trata de un rol que carece de proyecciones hacia el futuro y que, por lo general, se realiza en condiciones de rutinización y aislamiento". (Murín, 1998: 85)

El trabajo doméstico sigue permaneciendo invisible cuando se habla de la salud laboral de la mujer trabajadora. Antes de tomar conciencia de la pertenencia a un género, se asigna a cada sexo, un rol social distinto. Los roles tradicionalmente asignados a las mujeres están relacionados con las funciones maternas y el trabajo doméstico. Los roles tradicionalmente masculinos han estado relacionados con el mantenimiento económico de la familia y la profesión.

Algunos resultados

Como parte de un estudio más amplio: "Los cambios en la estructura y las relaciones familiares en algunos municipios del estado de Hidalgo" para el presente trabajo se analizaron preliminarmente las respuestas emitidas por 46 del total de 82 mujeres

entrevistadas. La sección del instrumento que corresponde a este apartado, corresponde al cuidado y atención a la salud, el cual consta de las siguientes preguntas:

- a) ¿Cómo considera su estado de salud?
- b) ¿Cuándo atiende su salud?
- c) ¿Cada cuando acude a revisión médica y que exámenes se práctica?
- d) ¿Tiene usted algún problema de salud crónico?
- e) ¿Tiene usted algún problema de salud pero no sabe a qué se debe, o cual es el origen?
- f) ¿Siente usted presión o estrés por el trabajo que desempeña?
- g) ¿Siente usted presión o estrés por el trabajo que desempeña y las responsabilidades domésticas?
- h) ¿Considera que los problemas de salud que a usted aquejan tienen que ver con el trabajo que realiza? Si y no, porque.
- i) ¿Considera que los problemas de salud que a usted le aquejan tienen relación con el trabajo que realiza fuera de casa y las responsabilidades de las labores domésticas?

En un acercamiento preliminar, las principales respuestas de las mujeres trabajadoras con respecto a cómo perciben su estado de salud, la mayoría de ellas lo consideran como regular, expresando el malestar que les aflige:

- a) Regular, porque me duelen los huesos
- b) Regular, puesto que soy hipertensa
- c) No muy buena, padezco migraña
- d) Regular, tengo diabetes
- e) Regular, complicado por el colesterol
- f) Regular, tengo migraña
- g) Regular, tengo gastritis

Es decir, mujeres que admiten acerca del estado de salud como regular, y expresan algunas de los principales padecimientos que tienen. Sin embargo, no lo asocian con la

presión ejercida en su centro de trabajo y tampoco debido a la sobrecarga del mismo, al no poder distribuir las labores domésticas, entre los integrantes de la familia.

Entre los principales padecimientos, malestares o enfermedades que refieren las mujeres, destacan los siguientes:

- a) Del sistema respiratorio
- b) Gastrointestinales
- c) Hipertensión
- d) Diabetes
- e) Dolores musculares
- f) Del sistema circulatorio
- g) Estrés

Aun cuando son evidentes los daños o malestares que refieren, no las relacionan con el tipo de trabajo que desempeñan. Encubren los malestares de salud, no distinguen o reconocen que son resultado de las actividades que realizan en casa, porque asumen son propias de su género y consideran como “naturales” dichos padecimientos, no le asignan un riesgo de salud. Aunque sí identifican la presión con relación al trabajo y las labores domésticas, pero no relacionan los efectos en la salud.

Estas mujeres trabajadoras, presentan la falta de atención hacia la salud, solo acuden cuando existe un malestar, o bien, por la presencia de una enfermedad crónica. También mencionaron el poco acceso a los servicios de salud y lo caro que resulta atenderse en el servicio médico privado.

- a) Cuando estoy enferma, porque no tengo tiempo
- b) No, hace un año no voy con el doctor
- c) Cuando suele sentirse mal
- d) Cuando presenta un malestar
- e) Cuando le da tiempo
- f) Cada mes, cuando hay enfermedad crónica

Las trabajadoras llevan a su centro de trabajo la preocupación de la atención doméstica, manteniendo una tensión constante respecto al cumplimiento de la doble jornada. Las esferas laboral y doméstica se entrelazan en el proceso salud-enfermedad, y

por ello en el análisis del estrés se encuentran claramente interrelacionados las exigencias de ambas: por ejemplo, cubrir la necesidad de la unidad doméstica, dependerá de las condiciones de trabajo y viceversa

Como una forma de mostrar las diferencias entre grupos de mujeres, se presentan a continuación, cuadros comparando algunos casos que llamaron la atención, distinguiendo entre mujeres según el estado civil y contrastando entre mujeres de mayor y menor edad.

Cuadro 1

MUJERES CASADAS		
Edad	56	29
Número de hijos	5	2
Ocupación	Hace tortillas en su casa para vender	Empleada
Estado de salud	Bueno	Estable
Padecimiento	Colesterol	Miagraña
Relación entre los problemas de salud y el trabajo	Si	No

Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres trabajadoras en distintos municipios del estado de Hidalgo, mayo 2007.

Cuadro 2

MUJERES SOLTERAS		
Edad	45	22
Número de hijos	3	1
Ocupación	Empleada Doméstica	Vendedora por Catálogo
Estado	Se siente bien, es	Regular,

de salud	alegre	mucho trabajo
Padecim	No le han	Rara vez
iento	realizado estudios	atiende su salud
Relació	No	Si
n entre los		
problemas de		
salud y el		
trabajo		

Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres trabajadoras en distintos municipios del estado de Hidalgo, mayo 2007

Cuadro 3

MUJERES SEPARADAS		
Edad	43	22
Número	2	2
de hijos		
Ocupaci	Empleada	Empleada
ón		Doméstica
Estado	Mal	Regular
de salud		
Relació	Si	Si
n entre los		
problemas de		
salud y el		
trabajo		

Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres trabajadoras en distintos municipios del estado de Hidalgo, mayo 2007

Cuadro 4

MUJERES VIUDAS		
Edad	47	45

Número de hijos	6	3
Ocupación	Vendedora por catálogo	Comerciante en tianguis
Estado de salud	Nunca le han practicado un examen de salud	Solo cuando se enferma acude al médico
Padecimiento	Migraña	Siente presión por el trabajo
Relación entre los problemas de salud y el trabajo	No	Si

Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres trabajadoras en distintos municipios del estado de Hidalgo, mayo 2007

Reflexiones finales

De las respuestas a las entrevistas realizadas a este grupo de mujeres trabajadoras se destaca lo siguiente:

1. No cuentan con servicio médico social y argumentan lo caro que resulta acudir a recibir atención médica particular y practicarse los exámenes de rutina.
2. Aun cuando padecen algunas enfermedades, no las relacionan con la presión ejercida en el trabajo.
3. Encubren los malestares de salud, por la asignación de actividades atribuidas al género.
4. Si perciben la presión con relación al trabajo, las labores domesticas pero no relacionan los efectos en la salud. (actividades propias de su género)

5. Las trabajadoras llevan a su centro de trabajo la preocupación de la atención doméstica, manteniendo una tensión constante respecto al cumplimiento de la doble jornada.
6. Las esferas laboral y doméstica se entrelazan en el proceso salud-enfermedad, y por ello en el análisis del estrés se encuentran claramente interrelacionados las exigencias de ambas: por ejemplo, cubrir la necesidad de la unidad doméstica, dependerá de las condiciones de trabajo y viceversa.
7. Manifestación del estrés desde la especificidad del género, derivadas de tareas, contenidos concretos y simbólicos.
8. La incapacidad para cumplir con demandas diversas y simultáneas, o sea lo que puede entenderse como un rasgo de la doble jornada, que implica esfuerzos de larga duración, dificultades para controlar las actividades y culpa generada por no cumplir con las demandas de ambas jornadas
9. Se mantienen las exigencias sociales respecto a su papel en el cuidado del hogar. Esta contradicción, es uno de los aspectos más relevantes en la generación de ansiedad.
10. Las expectativas de la conducta de las mujeres en el hogar se corresponden
11. con la de madre, y todo lo que conlleva de protección, paciencia, resolución de la sobrevivencia, atención, etc.
12. A los elementos de ansiedad generados en el trabajo remunerado se sumarán los que se generan en su trabajo doméstico.
13. La combinación de ambos lleva a un tipo de ansiedad específica que surge de la contradicción clara entre ambos ámbitos.
14. Por una parte existe la tendencia a percibir a las mujeres primordialmente como madres y accidentalmente como trabajadoras

15. Dedicar poco tiempo para el cuidado de su salud, solo el 20% de ellas acuden a practicarse el examen de Papanicolaou.

16. Cuando llegan a solicitar el servicio médico es cuando la enfermedad ya muestra signos de gravedad.

La socialización y el control institucional son los mecanismos a partir de los cuales la construcción de género ejerce influencia sobre la salud. Considerando la prudencia que debe ejercerse para no tratar las categorías derivadas de la experiencia como normativamente homogéneas, marcadas por factores de clase social, grupo étnico, nivel educativo y coyuntura histórica. Como herramienta analítica el enfoque de género, enriquece los marcos teóricos y explicativos del proceso salud-enfermedad, señalando diferenciales empíricos entre hombres y mujeres de acuerdo a las dimensiones siguientes.

- a) Necesidades especiales de atención.
- b) Riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas.
- c) Percepciones de enfermedad.
- d) Conductas de búsqueda de atención.
- e) Grado de acceso y de control ejercido por las personas sobre los recursos básicos para la protección de la salud.
- f) A nivel macrosocial, prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud.

Todo estudio que emplee la variable hombre / mujer, trata de analizar las diferencias que puedan darse en función de ésta. La mayor parte de las diferencias tienden a beneficiar a los hombres frente a las mujeres. Los hombres disfrutan de mejores empleos, de salarios más elevados, de menor desempleo, poseen mayor representación pública y un status social más elevado. La magnitud de las diferencias es tal que no se hablan tanto de diferencias como de desigualdades.

Bibliografía

ALATORRE, R.; LANGER, A; LOZANO, R., "Pobreza, salud mental y salud reproductiva". En *Las: mujeres en la pobreza*. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. Grupo Interdisciplinario sobre mujer, trabajo y pobreza. México. 1997

BARRIENTOS, R. T.; MARTÍNEZ, A. S.; MÉNDEZ, R. I., "Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la prueba de síntomas subjetivos de fatiga en trabajadores mexicanos". En *Revista de Salud Pública de México Vol. 46, noviembre-diciembre*. 2004

BURIN, M., "Ámbito familiar y construcción del género". En *Género y familia*. Paidós, psicología profunda. Argentina. 1998

CEDILLO, B. L., *Mujer, Salud y Trabajo*. Semillas: Sociedad mexicana pro derechos de la mujer A.C. 2007

ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA 2006. INEGI, base de datos.

GARDUÑO, ANDRADE, M. de los A, "La relación salud, género y trabajo: aproximándose a la discusión". *Revista española de salud pública Vol. 78 no.1 enero-febrero*. 2004

LAGARDE, M., *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Cuadernos inacabados. España. Horas y horas la editorial. 1997

LARA, A. y ACEVEDO, M., "Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva" En LANGER, A. y TOLBERT, K.: *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva*. México, The Population Council y EDAMEX. 1996

LARA, A., “Mujer, pobreza y salud mental”. En *Las: mujeres en la pobreza*. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. Grupo Interdisciplinario sobre mujer, trabajo y pobreza. México. 1997

MIGALLÓN, P. y GALVEZ, B., *Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima. Salud 1*. Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Material digitalizado. 2006

ÖSTLIN, P., *Desigualdades por razón de género en salud ocupacional*. Publicación ocasional N°9, OPS/OMS. Harvard Center for Population and Development Studies. 2001