

Editorial

El sesgo en el concepto de salud de las mujeres que trabajan

INTRODUCCIÓN

Al examinar las diferencias de género en materia de salud debemos enfrentarnos al hecho que a pesar de que la esperanza de vida es mayor en las mujeres, ellas tienen un patrón de morbilidad mucho mayor y, en general, gozan de niveles más bajos de bienestar que sus contrapartes masculinos; debemos, además, reconocer que existe un marcado contraste entre la predominante representación femenina en el Sector Salud y la utilización mayoritaria de los servicios de salud por las mujeres, y la casi nula representación y consideración en los niveles de decisión y remuneración.

Es así como la mujer tiene una participación dual cuando de la perspectiva de salud se trata: la mujer como sujeto de atención en salud y la mujer como generadora de cuidados a la salud en dos vertientes, la profesional y la informal.¹ Las mujeres constituyen un tercio de la fuerza laboral en el mundo, no obstante, los aumentos de la actividad económica de las mujeres, no necesariamente han representado equivalencias en sus ingresos o ganancias en sus condiciones de vida;² en América Latina en 1997, los sueldos promedio de las mujeres fueron entre 20 y 40% inferiores a los de los hombres, esta brecha es menor en caso de las mujeres jóvenes al compararlas con las mayores.³ La presentación de este tema no tiene como pretensión analizar exhaustivamente la situación de la salud en la mujer ni de puntualizarlo como un punto de mayor prioridad en relación con los problemas de género, más bien intenta dirigirse a demostrar, en algún grado al menos, la existencia de un gran sesgo social y legal, de un interés selectivo de la sociedad en general y de los derechos humanos en particular limitados a considerar los derechos de la mujer que trabaja exclusivamente en torno a la salud reproductiva y al papel materno, efecto agudizado por la creciente influencia de una economía de mercado globalizadora y profundamente deshumanizada.

LAS BASES DEL PROBLEMA

En el mundo contemporáneo no es de extrañar que la mujer se encuentre ante un dilema mayúsculo, el doble mensaje recibido desde la primera infancia: “tener una visión amplia de la maternidad ligada al destino y a la realización completa integrada en el seno de la sociedad que es la familia”¹ en el que el objetivo es mantener el reconocimiento natural y tradicional de la maternidad como un don y no como un derecho, en contraposición a las nuevas políticas demográficas del “control racional” de la natalidad y de la oleada neoliberal y globalizada del nuevo mercado en el que la maquila barata ha reposicionado la explotación humana donde las mujeres, especialmente las jóvenes que se encuentran en edad reproductiva, han actuado como “punta de lanza” de la industrialización; en ellas, en las trabajadoras manuales, se ha llegado al exceso de volcar imposiciones de esterilidad e infertilidad como condicionante de mantener un empleo competido y codiciado por las largas filas de adolescentes que han dejado la escuela.⁴

Sobre las mujeres se ha construido socialmente una interesante distribución del trabajo, la propensión a tener ocupaciones de servicio no es propiamente natural y

espontánea, sino que está socialmente inducida de la misma forma en que se han establecido las distinciones y jerarquías de género; la mujer trata de ocupar cargos o desempeñar funciones en los canales de menor resistencia dentro de la estructura de mercado, es decir, en las esferas consideradas femeninas, estos cargos ofrecen perspectivas de poco alcance, de baja remuneración o que confieren un menor grado de prestigio social, en realidad pueden ser considerados como una extensión del papel desempeñado en la familia: cocineras, recamareras, lavanderas, profesoras y enfermeras, sectores y ramas donde la presencia masculina es escasa.

La mujer tuvo acceso al sector público y a la producción social cuando se presentaron las grandes crisis económicas internacionales y regionales como las guerras y las desgracias naturales, lo hizo en una posición bastante inferior a la del hombre, incorporándose en forma tardía y marginal, manteniéndose en ella hasta nuestros días. La salida de las mujeres del claustro doméstico para ingresar a la vida pública no se acompañó de sustitución de los quehaceres domésticos, por el contrario, persiste la tradicional y desigual división sexual del trabajo, o sea que la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo no marcó su emancipación sociopolítica.⁵ Es interesante comentar, en este mismo sentido, que las mujeres con una ocupación remunerada que alternan con el papel de madres, tienden a poseer baja autoestima y sensación elevada de culpabilidad por ser consideradas (y considerarse a sí mismas) “malas madres”, pues al pasar un tiempo fuera del hogar las actividades domésticas y las relacionadas con la familia no suelen ser satisfactorias a la visión patriarcal de la familia y de la sociedad.

Las mismas mujeres han contribuido en el mantenimiento de su condición desigual en el mercado de trabajo, la mayoría de ellas no consideran de valor importante para sí mismas y para la sociedad el trabajo como forma de realización personal, como factor de enriquecimiento humano e incluso como medio de adaptación social a las condiciones variables de la inseguridad económica. Por desgracia existe un reducido sentido de profesionalismo en muchas mujeres en torno a su ocupación profesional, ellas están ocupadas (y preocupadas) por los pendientes domésticos y por los hijos o por la búsqueda extenuante de un pronto casamiento, es por eso que la postura general del trabajo femenino se reduce a un simple mecanismo de mantenimiento del poder adquisitivo de la familia, un mero complemento a la renta familiar en una fase transitoria de su vida.⁶

MUJER, TRABAJO Y SALUD

Se ha mostrado muy poco interés en el trabajo de las mujeres y, como se ha dicho ya, un interés muy sesgado hacia la salud reproductiva. El trabajo humano está colocado en medio de la biología humana y los proyectos económicos de los grandes consorcios, hasta hoy los organismos encargados de los derechos humanos no se han pronunciado en absoluto en la existencia del trabajo forzado, en las miles de mujeres que son reducidas a esclavas virtuales en países pobres, México incluido, con jornadas laborales de más de 12 horas diarias, en la crisis del Sector Salud dramáticamente evidente en los sectores de la población con más carencias en los que está en marcha el sistema económico neoliberal que agudiza las grandes desigualdades del acceso a los servicios, a los recursos y a la información, en tanto que el sistema privatizador de la salud invade, paralelamente, los escenarios nacionales.⁸

ALGUNAS ÁREAS DE CONFLICTO

Quedan fuera del trabajo las personas con mayor potencialidad de ausencias, es decir, aquellas que en el cribaje médico inicial muestran alteraciones en el estado de su salud o riesgos potenciales para ello, y dentro de éstas se incluyen a las mujeres embarazadas o a las que, potencialmente, lo estarán. Ellas, en el mejor de los casos, tendrán contratos cada tres meses para acotar su participación laboral e impedirla en caso de gravidez.

El derecho de los trabajadores(as) a la información sobre riesgos a su salud de origen ambiental y laboral, los problemas éticos relacionados con esta información incluyen intereses opuestos que en la práctica suelen solucionarse a través de regulaciones legales, dentro de ellas se han hecho concesiones legalizadas de protección sólo al embarazo y la lactancia, descuidando el resto de los aspectos relacionados con la salud de las mujeres.

Conflictos en las áreas de trabajo como el fenómeno de la violencia y el acoso sexual, ambos situados en una paradoja en el caso de las mujeres en Latinoamérica. Problemas que no han sido históricamente considerados como tales, principalmente en los estratos socioeconómicos bajos de la población, ellas -frente al rechazo- prefieren sentirse deseadas y buscadas por alguien que consideran “superior” no importando las circunstancias ni los motivos, quizá por esto las denuncias de acoso sexual en México son raras.

La impotencia y la inseguridad en la que se encuentran muchas mujeres, el sentimiento de inferioridad, la culpabilidad y la baja autoestima, representan una deficiencia casi total del sistema del yo que lleva a las mujeres a tomar actitudes de escape, como son las crisis de ansiedad, la agresividad defensiva, el histerismo, la depresión u otras alteraciones de conducta, situaciones que nacen del entorno (familiar y social) agresivo, alienante y demandante y no tienen correlación con las características endocrinológicas propias de las mujeres como reflejan algunas frases populares (propagadas y compartidas por las propias mujeres) como: “es que está en sus días” o la que la contradice: “es por la menopausia”, o peor aún: “lo que pasa es que necesita casarse”. Haciendo referencia siempre a la sexualidad femenina, porque desafortunadamente casi todo lo que ocurre a las mujeres siempre ha sido aludido a su condición biológica y no a su simple condición humana. El silencio hace difícil señalar los problemas relacionados con la salud y los problemas de las mujeres que pueden, necesitan y quieren trabajar, pero que se les condiciona, limita o impide hacerlo, bajo razones o pretextos que dependen de la reproducción.^{4,7,8}

CONCLUSIONES

Mucho se ha escrito sobre el derecho y la necesidad de trabajar que tienen todos los seres humanos en condiciones que preserven su bienestar y su salud, pero la realidad de las mujeres es que se encuentran en una situación de gran desventaja en cuanto a los recursos que necesitan para la protección de su propia salud, porque son ellas las que tienen mayores dificultades de acceso a los servicios debido a su particular forma de inserción en los mercados de trabajo (subempleo, remuneración por honorarios, horarios rígidos y sin prestaciones) y, en las mujeres que no tienen un empleo, por carecer de recursos, tiempo y de la posibilidad de delegar temporalmente las tareas domésticas que llenan su cotidianidad.

La crisis en salud ha impactado en la calidad de la atención, problema percibido principalmente en forma negativa en el público usuario en general y por las mujeres en particular, que son y han sido las principales consumidoras, quienes son las que más acusan los efectos de una atención deficiente y maltratadora que no acoge por completo sus demandas de salud.

El análisis de esta situación permite observar la influencia de muchos factores, dentro de los que se incluyen la cultura, la estructura social, las tendencias de la economía, la legislación en salud y el trabajo y las relaciones de poder políticas y sociales.⁹

Dra. María Hernández Trejo
Departamento de Infectología e Inmunología
Instituto Nacional de Perinatología



REFERENCIAS

1. Gómez E. Introducción en: Género, Mujer y Salud en las Américas. OPS-OMS, Washington, D. C 1993; 541: 9-20.
2. Mehra R, Gammage S. Empowerment and poor women: a policy brief on trends and strategies. Internacional Center for Research on Women. March 1977.
3. Ntun MN. Women's rights and opportunities en Latinoamerica: problems and prospects. Global Alliance for Women's Health (GAWH) Publications. Apr 1998.
4. Berlinguer G. Problemas éticos de la salud y la salud laboral de las mujeres. Programa sobre Mujeres, Salud y Desarrollo. 1999; 10: 1-7.
5. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado. Sto. Domingo. Ed. Alfa y Omega. 1980.
6. Machado MH. La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas. ¿Hegemonía femenina? En: Género, Mujer y Salud en las Américas. Washington, D.C. OPS-OMS 1993; 541: 277-85.
7. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Los Derechos Humanos de la Mujer, 1992.
8. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York, NY: Oxford University Press; 4a. Ed. 1994: 11-45.
9. La Salud, un derecho humano. Panorama de la situación de salud de la mujer en las Américas. Pub. Cientif. 574. Washington D.C. OPS, 1999.