

Revista Latinoamericana de la Salud en el Trabajo

Volumen
Volume 4

Número
Number 1

Enero-Abril
January-April 2004

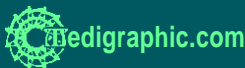
Artículo:

¡No soy enfermiza!
Representación social del control/
exclusión que opera en la fábrica

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Consejo Mexicano de la Medicina del Trabajo

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 [Índice de este número](#)
- 👉 [Más revistas](#)
- 👉 [Búsqueda](#)



¡No soy enfermiza! Representación social del control/exclusión que opera en la fábrica

Josefina Ramírez Velázquez*

Resumen

A través de un trabajo etnográfico, se accedió al estudio de las representaciones sociales que un grupo de obreras de la industria metalmeccánica de la Cd. de México, elabora sobre la salud, la enfermedad y su atención, encontrando que, en dichas representaciones que en principio niegan la enfermedad, hay una influencia decisiva del discurso médico y empresarial que refleja la exclusión y control de la enfermedad. En el presente texto se enmarca la investigación que reveló las distintas representaciones y prácticas de un grupo de obreras, mostrando de manera resumida los elementos que permitieron entender la naturaleza compleja de la negación de la enfermedad entre el grupo de obreras.

Palabras clave: Negación de enfermedad, representaciones y prácticas.

Key words: Not accepting the illness, representations and practices.

Abstract

The purpose of this paper is to apply ethnography like a methodology to study the social representations of the health/sickness/cure process in a group of working women from the metalmechanics industry in Mexico City. Denial of illness was found to be influenced to a large extent by the medical and managerial discourse is a reflection of exclusion and illness control. This paper briefly presents the elements that allowed to understand the complexity of illness denial among the group of working women.

Una aproximación antropológica a la salud de las obreras

Mi interés por la salud de la mujer obrera obedece en buena medida a un cierto clima socioacadémico, delineado de muchas maneras por la influencia del feminismo como una nueva manera de mirar la realidad social y que se traduce en la importancia de la mujer como sujeto histórico de análisis. Pero también a una estrategia metodológica personal que admitía que el estudio de la salud, la enfermedad y la atención podía ser mejor abordado y sin mayores problemas con mujeres.¹

El primer acercamiento al tema de la salud de la mujer dejó ver una tendencia marcada hacia el estudio de la salud sexual y reproductiva manifiesta en buena medida por los apoyos financieros. Por lo tanto con relación a mis intereses, encontré un cierto repliegue de los grupos de

investigadores hacia otros aspectos de la investigación que, en ese momento, no eran por cierto la investigación de campo con mujeres obreras. Así que hacia la mitad de la década, mientras numerosas investigaciones se desarrollaban sobre salud sexual y reproductiva, la salud de la mujer obrera, no por ser mujer sino por ser obrera, era un fenómeno de escaso interés. O por lo menos así lo pude apreciar en mis primeras indagaciones ya que salvo los estudios realizados

¹ Tengo dos razones importantes para esta consideración. Una, fue mi experiencia de investigación con mineros (Ramírez, 1989, 1991) con quienes enfrenté ciertas dificultades para abordar sus problemas de salud por ser mujer, por lo cual la investigación se llevó mucho tiempo. La otra, fue considerar que por ser una investigación para obtener el grado de maestría en antropología social, apoyada por CONACYT contaba con tiempos muy precisos en los cuales no podía considerar investigaciones de largo aliento. Así que, me aboqué a tratar de buscar los caminos accesibles para cubrir el requisito.

* Investigadora de la Dirección de Antropología Física del INAH.

con maquiladoras del norte del país (Denman 1992, 1994),² los del occidente de México, (Gayet 1988) o con costureras del centro de la ciudad de México (Ravelo 1992, 1998)³ el resto del mundo fabril conformado por mujeres se presentó como un desierto que aún no recorre la mirada antropológica.

Este panorama fue en cierto sentido una dificultad para el estudio de la salud desde la perspectiva sociocultural, pues bien sabemos que el acercamiento con los grupos obreros tiene implicaciones muy serias en la medida en que se vive los tiempos de la producción.

Además de que tanto para los directivos de empresas, como para los trabajadores, el análisis social no suele tener importancia, salvo en algunos casos.

Para los primeros, puede resultar indispensable si pretenden explicar los factores negativos que ponen de manifiesto una determinada conducta del trabajador en relación a su rendimiento objetivo, es decir a su productividad. Así, problemas como ausentismo, visitas frecuentes al médico, retardos continuos, y propensión a los accidentes son atendidos como indicadores de mala adaptación y de insatisfacción en el trabajo.

Para los trabajadores, preocupados por los efectos del trabajo sobre su salud, el análisis social puede resultar interesante al tomar en cuenta elementos generadores de estrés como el salario insuficiente, la inestabilidad en el trabajo y desempleo, tiempo extra excesivo, doble jornada laboral, cambios de turno, demanda excesiva de trabajo, monotonía, condiciones ambientales peligrosas, etc. La disyuntiva, en este caso, era por donde acceder al medio fabril para llevar a cabo la investigación planteada.

En virtud de que no hubo posibilidad de acceder al conjunto de obreras a través de organizaciones sindicales o de investigadores/as sociales, acepté la posibilidad de llevar a cabo la investigación en

una pequeña fábrica del cinturón industrial de Tlalnepantla, a la cual accedí a través del médico de fábrica.⁴

De dónde parte la investigación

La investigación que me propuse pretendió describir y analizar las principales ideas, nociones, creencias y explicaciones que un grupo de obreras, tienen sobre sus padecimientos relacionados o no con el proceso de trabajo y en consecuencia observar y analizar las principales estrategias ya sean éstas técnicas o ideológicas que alrededor de dichos padecimientos se elaboran y ponen en práctica para enfrentarlos y resolverlos.

Partiendo de la aseveración de que las mujeres se enferman más que los hombres y éstos a su vez mueren más que aquéllas, elaboré algunas incógnitas empíricas cuyo objetivo estaba dirigido no a la búsqueda de la diferencia entre hombres y mujeres, pues comprendí en su momento la dificultad de realizar una investigación comparativa entre los géneros, por lo que más bien me incliné por la averiguación sólo entre un grupo de mujeres tratando de explorar cuestiones muy sencillas si se quiere, tales como, ¿de qué se enferman?, ¿cuáles son las representaciones que elaboran respecto de sus procesos enfermanes?, ¿cuáles son las estrategias que ponen en acción para resolver tales problemas?, buscando más bien la diferencia en la aparente homogeneidad ya que estábamos hablando de un grupo que compartía, en teoría, similares condiciones de trabajo. Centré por tanto mi atención en la fábrica como unidad de análisis y partiendo de ahí, realicé un trabajo etnográfico teniendo como actores centrales al médico y a un grupo de obreras.⁵

² Denman, ha realizado una interesante aproximación al estudio de la salud sexual y reproductiva en grupos de obreras de maquiladoras del norte. Y es de los pocos estudios que sin inscribirse a la perspectiva de género da cuenta de la salud de la mujer —por ser mujer y obrera—.

³ El trabajo de Ravelo, es de las primeras experiencias investigativas que partiendo de un marco conceptual muy variado, pero subrayando la perspectiva de género, se inclina por el estudio de las representaciones sociales respecto de la salud y enfermedad de las obreras de la confección.

⁴ Considero que la reflexión sobre el cómo uno accede a los conjuntos sociales es imprescindible, toda vez que conforma, a mi juicio, un aspecto metodológico importante que incide en la manera en que se construyen los datos. Por razones de espacio no voy a abundar en ello, pero remito al lector a mi trabajo de tesis (Ramírez, 1998) donde esta cuestión es problematizada.

⁵ Es importante señalar que como condición para llevar a cabo la investigación en la empresa se me pidió mantenerla en el anonimato al igual que a los actores principales. Por esta razón para fines de la exposición de los datos, a dichos actores se les han cambiado los nombres.

Los apoyos teóricos

Como pude destacar en los primeros apartados, existen diferentes perspectivas a través de las cuales se puede efectuar la investigación sobre salud en el trabajo. Tales perspectivas son elegidas por los investigadores/as dependiendo de diversas cuestiones entre las que destacan para mi gusto tres. La formación académica, la inclinación política y los propios antecedentes culturales del o la investigadora.

Mi trabajo no está exento de estas cuestiones, así he de destacar que éste se coloca en el nivel del análisis sociocultural, enmarcado en la corriente de estudios de antropología médica, cuya columna vertebral es el proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a), considerándolo como un proceso estructural construido a través de múltiples significados (Fábrega, 1972; Menéndez: 1994, 1997).

Lo que quiero destacar con lo anterior es el carácter de la enfermedad, no como una entidad natural, sino una realidad sociohistórica. Una realidad que trasciende el cuerpo y comunica: ideas, imágenes, nociones, explicaciones, a partir de la experiencia de ese cuerpo doliente o de la observación de los otros. En el discurso antropológico, la enfermedad es una realidad subjetiva e intersubjetiva, que supone entonces el cuerpo biológico sin oposición binaria cuerpo/mente, como un cuerpo social, es decir un cuerpo que sintetiza pensamiento y acción, un cuerpo que más allá de vivir la experiencia de la enfermedad, elabora significados que se transmiten en la interacción humana, es decir en la vida en sociedad.

La mirada antropológica despatologiza la enfermedad y la coloca en el nivel sociocultural, asumiendo como lo hace Freidson, desde la sociología, en su análisis de la profesión médica, (1979), que la enfermedad como tal, puede ser una afección biológica, pero la idea de enfermedad no lo es, ni tampoco lo es la manera en que los seres humanos responden a ella. La enfermedad se define socialmente y se circunscribe mediante actos sociales que la condicionan. La enfermedad que interesa al sociólogo, dice Freidson, puede tener o no fundamento en la realidad biológica pero siempre tiene fundamento en la realidad social. En este enunciado aparece la naturaleza real o imaginaria que puede tener la enfermedad, que muestra también su naturaleza simbólica. Quizá el punto de observancia de la antropología se encuentre muy cercano al de la sociología, pero además pone la atención en este aspecto simbóli-

co, no aparente de la enfermedad. Aspecto que es expresado no sólo por un tipo particular de sociedad, sino como cuestión ontológica, que caracteriza a todas las sociedades y a todas las culturas.

Si bien la investigación ponderó la conformación del saber acerca del proceso s/e/a de las obreras como un sistema cognitivo de entender y atender la enfermedad, es decir como un sistema de representaciones y prácticas, no descartó la existencia de otro sistema cognitivo que tradicionalmente ha detentado el poder de descifrar la enfermedad, me refiero al consignado por la biomedicina, con el cual interactúa permanentemente, en la relación médico/paciente. Sobre todo por que al interior de la fábrica, ambos sistemas se encuentran en una estructura de dominación manifiesta explícitamente en la relación médico/paciente.

Reconociendo la existencia de estos dos sistemas distintos de representar la enfermedad y para fines del tratamiento analítico, me apoyé en la distinción entre enfermedad (disease) y padecimiento (illness) que elaboran varios autores (Fábrega, 1972; Hahn y Kleinman, 1983; Kleinman, 1980 y Young, 1982).⁶ Tal distinción, alude al conocimiento científico sobre la enfermedad, frente a otros conocimientos (saber mágico religioso, saber popular, sentido común) que cuentan con una base empírica cuya expresión – desde el punto de vista de la producción de conocimiento científico – no es objetiva y verificable. En consecuencia, la enfermedad refiere a categorizaciones teóricas producidas por el conocimiento biomédico, mientras el padecimiento alude a la experiencia y percepción que construye el que lo sufre, de ahí que constituyan uno de los principales ejes de construcción de significados, simbolizaciones y representaciones colectivas que tienen una historicidad propia y que va a expresarse de manera diferencial tanto en las distintas etapas de la vida, como entre los distintos estratos, sectores y conjuntos sociales (Kleinman, 1980, 1991 y Menéndez, 1994, 1997).

⁶ Tal distinción que sugiere una perspectiva subjetiva (illness) y otra objetiva (disease), ha sido elaborada primeramente por Fábrega, pero discutida y ampliada por el resto de los autores, a tal punto de proponer como lo hace Young una antropología de la "illness" que refiere a la dimensión cultural de la enfermedad y otra de la "Sickness" a su dimensión social, para mi propósito he recuperado tales discusiones apuntando un análisis sociocultural.

Desde esta perspectiva el concepto proceso s/e/a, se constituyó como un concepto más abarcador ya que expresa relaciones de dominación y resistencia, en donde se articulan distintos saberes, prácticas y actores. Tal acercamiento ha permitido ver que en el acto de curar existe un modelo hegemónico, (la biomedicina) pero también otros saberes y prácticas, propios de cada conjunto social que tradicionalmente han sido excluidos o simplemente no escuchados. Éste es el verdadero sentido de mi investigación, identificar qué es lo que está ocurriendo con relación al proceso s/e/a, desde la propia experiencia de las obreras.

La etnografía como metodología que amplía la mirada

De lo anterior se puede desprender que el estudio de las representaciones y las prácticas, que refiere a procesos cognitivos y a acciones concretas, que no siempre tienen concordancia, encierra en sí mismo una decisión metodológica que implica el uso de unas herramientas y no otras. Esto es que requiere ser analizado a través del discurso que producen los sujetos, para encontrar como lo he apuntado con anterioridad, no el contenido que los generaliza (a sujetos), sino el proceso de construcción de su realidad enferman-te, que conduce a explicar de mejor manera determinada producción diversa y contradictoria de las representaciones respecto de las prácticas.

Mi ruta metodológica buscó en todo caso la creación de una etnografía aplicando la metodología del punto de vista del actor.

La etnografía que refiere al oficio de la mirada y el sentido, más que un ejercicio de observación participante, fue considerada como un espacio de

creación en el cual se deben poner en acción todos los sentidos, reformulándose en todo caso en términos hermenéuticos como una dialéctica entre la experiencia y la interpretación.

El trabajo etnográfico que realicé estuvo conformado por distintas visitas guiadas al proceso productivo de la empresa, desde donde empecé a interactuar tanto con el médico como con las obreras. Durante los seis meses de campo más allá de la observación participante y del registro cotidiano de diversos aspectos en mi diario de campo,⁷ apliqué una encuesta a 28 de ellas seleccionadas a partir de una base de datos (BADARI),⁸ realicé una revisión de expedientes clínicos de todo el personal femenino y entrevisté a la mitad del grupo seleccionado para comprender el proceso de construcción de las representaciones y prácticas respecto del proceso s/e/a.⁹

Mi patrón de análisis contempló, un camino de reflexión desde el momento mismo de iniciado el trabajo etnográfico y, es por tanto un proceso que tiene distintas fases. Una que se refiere a ese primer momento de recopilación de datos que se genera prácticamente en los diarios de campo. Otra es, la del análisis de los datos captados en la encuesta y aquéllos captados a través de la entrevista. Para la encuesta me apoyé en el paquete estadístico SPSS con el cual obtuve frecuencias y porcentajes simples, puesto que mi interés fue mostrar el patrón de presencia y distribución de padecimientos y enfermedades y no su representatividad estadística. Todas las entrevistas y sus transcripciones las realicé yo misma,¹⁰ cubriendo en todos los casos, los temas apuntados a través de las mismas preguntas hechas a todas las informantes. Esta información se organizó por fichas temáticas, que se convirtieron en la información clave para la descripción del problema. Con la información cualitativa, consignada en fichas y con los resultados de la encuesta, realicé concentrados de información a través de Excel para relacionar por ejemplo padecimientos y enfermedades, por grupos de edad, antigüedad laboral, fecundidad y estado civil.

⁷ El diario de campo, fue un instrumento de registro esencial para la construcción de los datos, pues es a partir de éste que se completa el sentido de la interacción etnográfica en la que se están produciendo y desde donde el sitio del observador/investigador es trascendental pues se convierte también en actor.

⁸ La BADARI, es base de datos proporcionada por el Departamento de Relaciones Industriales de la empresa que consignaba edad, sexo, antigüedad laboral y estado civil. Esta información, registró para septiembre de 1996, no más de un centenar de obreras, por lo que consideré posible seleccionar una de cada tres obreras, una vez agrupadas por antigüedad, esto se hizo con el objeto de contar con una representatividad de diversos conjuntos de obreras, no así por representatividad estadística.

⁹ Para que el lector tenga idea de los aspectos atendidos por cada uno de los instrumentos, los presento de manera condensada como un anexo.

¹⁰ En los casos en los que no usé grabadora, lo que hice fue reconstruir la entrevista, lo cual aunque fue un trabajo distinto, mantuvo la misma intención de reflexionar sobre la manera en que se estaba produciendo el dato.

Esta estrategia metodológica, me permitió tener un panorama general simplificado. Algo así como tener un rompecabezas donde cada una de las piezas se encuentra resumida con códigos particulares, cuyo juego permanente me permitió la comparación constante.

Una cuestión que guió considerablemente mi reflexión fue la elaboración de fichas que denominé de caracterización.¹¹ Éstas se realizaron para cada una de las informantes, consignando datos resumidos de la encuesta, entrevista y expedientes clínicos que obran en el consultorio médico de la empresa. Con ello se perfilaron las características generales de cada una de ellas, así como los padecimientos y enfermedades que tienen o han tenido. Aparte de estos aspectos que quedaron contenidos en un cuadro, se describe de manera sintética, sus características principales como lugar de nacimiento, de vivienda, estado civil, presencia de hijos, escolaridad. Y se consignan algunas características subjetivas que van definiendo la personalidad de cada informante. Por ejemplo, las razones para trabajar, apreciaciones personales sobre el ser obrera; sus aspiraciones; así como lo más relevante de su discurso en torno a la salud/enfermedad.

El manejo de fichas de caracterización permitió en todo momento un cierto proceso de interpretación, es decir estaba atendiendo no sólo a lo que se dijo –las representaciones– sino a quien lo dijo, es decir a las condiciones en las que se producen determinadas representaciones y se ejecutan ciertas prácticas. Recordemos a Spink (1996) cuando enfatiza que las representaciones pueden ser comprendidas cuando son referidas a las condiciones de su producción, a los núcleos estructurantes de la realidad social.

Un “no dato” –la negación de la enfermedad–

La primera vez que planteé el protocolo de investigación al Dr. Martínez, médico de la fábrica, dejé más o menos en claro un interés social de la investigación. Expresé tres grandes interrogantes: de qué se enferman, con qué frecuencia asisten al médico y qué tipo de medicamentos se les suministra a las obreras. En virtud de que en las primeras entrevistas informales el Dr. Martínez se mostró muy interesado en el tema, incluso señalando su formación como epidemiólogo, le expuse mi interés por ver si podía contar con este tipo de datos, pero desagregados por sexo. De entrada no dijo sí ni no, más bien se puso a describirme algunas cuestio-

nes que él consideraba que establecían las diferencias entre los y las trabajadoras. Casi como lugares comunes habló del san lunes de los hombres, pero también destacó el san viernes de las mujeres, apuntando “sí aunque no me lo creas, también ellas se van de juerga, se van a bailar”. Con mucha prudencia yo procuré no hacer demasiadas preguntas, sino más bien escuchar y aunque me quedé con la duda, más adelante comprendí que el san viernes de las mujeres se refería en efecto a una inasistencia pero del turno nocturno y en todo caso de la resaca de los sábados que algunas podían padecer por dicho motivo. Me llamó la atención tal comentario pues en efecto pensé que éste tenía un conocimiento muy claro de lo que ocurría en la fábrica en términos diferenciales entre hombres y mujeres.

En esas primeras entrevistas con él en las que aún no me atreví a sacar la grabadora, habló de diversas cosas a petición mía, y en relación a la enfermedad en concreto mantuvo casi siempre una postura, “aquí no tenemos ningún problema de enfermedad”. Todo su discurso estuvo encaminado a resaltar las bondades de la empresa y el cuidado que ésta tiene para con él y las trabajadoras. En este mismo sentido, destacaba constantemente que por lo menos el trabajo les proporcionaba (a las mujeres) un escenario distinto para disipar las penurias proporcionadas por su realidad social familiar. Puso siempre en primer lugar, el buen salario, las prestaciones, los incentivos, como elementos que no tienen en sus casas por lo que deberían sentirse agradecidas. Sus referentes sobre la salud, fueron en el mismo tono.

¹¹ A decir verdad este ejercicio fue una ocurrencia que se produjo durante el trabajo de campo, es decir no lo tenía previsto como tal. Su importancia resultó de un proceso muy complejo que emerge de la interacción etnográfica con los informantes, particularmente con el médico, de quien recibí en algún momento un trato hostil. No es el momento para describir dicho proceso que condicionó en buena medida mi trabajo, (véase Ramírez, 1998), pero sí es importante señalar que fue hasta que describí al médico, y esto significó situarlo en una red de relaciones que caracterizan su acción, que pude inferir la naturaleza de sus respuestas (hostilidad, silencio, suposición de que el tipo de datos que buscaba eran insignificantes). Analizar este tipo de datos sirvió para entender el conflicto producido por nuestra situación como personas portadoras de representaciones y prácticas, constitutivas de identidad, que de igual forma se encuentran dinamizadas por las relaciones de poder y de género.

Es decir, consideró que el personal que labora en la empresa, está básicamente sano, sin problemas de salud. Para él la enfermedad no existe entre los trabajadores y trabajadoras, sin embargo se atrevió a afirmar que las obreras demandaban mayor atención médica que los obreros, porque eran más enfermizas, más problemáticas, más conflictivas.

Desde mi perspectiva, esta negación apuntada por el médico fue vista como un interés por opacar las contradicciones reales que operan al interior de la fábrica, pues a menudo comentó, aquí no hay enfermedades profesionales sólo existen las enfermedades psicosomáticas, provocadas sobre todo por la problemática social familiar de las obreras. Entre la misma conversación manifesté mi interés por enfermedades como el susto o los nervios, que son asuntos que tradicionalmente estudia la antropología y para mi sorpresa fue cuando sentí más libre y fluido su discurso al señalar:

“...los trabajadores de aquí no se enferman de esas llamadas enfermedades tradicionales...” estos trabajadores ya tienen otra cultura, es decir otros conocimientos, por eso saben que ya sus enfermedades son de otro tipo, aunque también pues eso no se los tratamos aquí. Aquí todos ellos vienen y a veces dicen (Hay doctor ando un poco mal de los nervios, o estoy mal de la garganta) pero aquí de alguna manera saben que les voy a decir que se atiendan con medicamentos para que salgan rápido de la enfermedad. Aquí no vas a encontrar eso que buscas, además también si piensas en las enfermedades laborales, te diré que ese problema tampoco está aquí, lo que más se destaca son las enfermedades psicosomáticas. *De acuerdo a mi consulta tenemos en primer lugar las enfermedades respiratorias; en segundo las gastrointestinales; en tercero la tensión nerviosa, aunque lo nervioso te desencadena lo demás; en cuarto, están las parasitarias; en quinto el síndrome dispéptico; en sexto, úlcera y gastritis; en séptimo las dermatitis; y, por último, las odontopatías.*¹²

En términos generales la problemática que me presentó el médico, sin perfilar alguna respuesta en torno a las preguntas planteadas al principio,

fue que, aunque no es mayoritaria la mano de obra femenina, el conjunto de obreras tiene “mucho más problemas sociales” interesantes para investigar por lo que consideraba que era bueno hacer una investigación como la que me proponía. Con la revisión de expedientes clínicos¹³ que realicé (de cuando en cuando mientras aplicaba las encuestas) pude corroborar que alguna información de estas últimas no correspondía con la de los expedientes, resaltando sobre todo que en una buena mayoría de las entrevistas no se habían registrado ni padecimientos ni enfermedades.¹⁴

Con el pretexto de no entender algunas respuestas del cuestionario, le solicité al médico volver a revisarlo con cada una de las informantes, con lo que avancé un poco más obteniendo más información. Por ejemplo, aquellas que no habían señalado padecimientos y enfermedades, comentaron en su mayoría que habían considerado que no era interesante, algunas otras, que no se habían fijado.

Esta afirmación de no tener ningún problema de salud venida tanto del médico como de las encuestas, en primera instancia y posteriormente en las entrevistas, la codifiqué para mi análisis como “un no dato” o ausencia de dato. En la medida en que fui contando con elementos discursivos más amplios, esa ausencia de dato, tuvo como significado la negación.

Así, estudiando la información vertida en la encuesta y en la entrevista, pero aún más cotejándola con información proveniente de la revisión de expedientes clínicos, asumí que la negación de la enfermedad como un “no dato” se convertía en un dato importante, que mostró las relacio-

¹³ Uno de los filones importantes para la construcción del dato, fue sin duda la revisión de los expedientes clínicos que elabora el Dr. Martínez, porque ellos dieron información de la manera en que éste aguza su mirada respecto de la enfermedad. Pero también, fueron importantes porque permitieron que mi indagación fuera más dirigida, sobre todo con aquellas mujeres que omitieron las referencias sobre sus enfermedades.

¹⁴ El cuestionario trató de recoger a través de la opción múltiple, los padecimientos, enfermedades y accidentes, así como sus formas de atención. Por ejemplo para los primeros se pidió que señalaran los que más molestan y los más frecuentes que han tenido en los últimos 6 meses. Para las enfermedades se hizo la distinción que éstas hubiesen sido diagnosticadas por un médico (de la fábrica, IMSS, SSA, particular, etc.).

¹² Notas de mi diario de campo, 21 de septiembre de 1996.

nes sociales de resistencia y dominación, aunque no de manera inmediata. Porque en principio el panorama que estaba siendo observado por mí, parecía indicar que en efecto era una realidad lo que había externado el Dr. Martínez, es decir existía un ideal de salud.¹⁵ Pero en los distintos encuentros con las informantes y analizando sus respuestas fueron emergiendo las distintas facetas de la elaboración mental respecto de la salud y la enfermedad, así como ciertas distinciones entre el padecer y el enfermar.

En primer lugar resultó sugerente observar, que para ellas existe diferencia entre padecer y enfermar. La diferencia la hacen de manera tácita, por una parte la gravedad de los síntomas, sobre todo si ellos impiden laborar y, el hecho de contar con un diagnóstico médico. Si no es así, de acuerdo a sus respuestas, se está hablando de molestias o padecimientos que pueden eventualmente ser recurrentes o permanecer por temporadas largas, pero también tienen como característica que no son graves y “pueden hasta quitarse”.

La enfermedad fue asimilada como un problema que ellas no pueden atender y en consecuencia asisten al médico, sobre todo para su pronta cura. Pero esto apareció en el nivel de las representaciones, es decir en el nivel de elaboración mental que pareció no concordar con la práctica. Esta cuestión emergió al resultar otro tipo de representación de la enfermedad que dio cuenta de las contradicciones entre las representaciones y las prácticas. Esto es, la enfermedad también apareció como un potencial peligro que no acecha en principio al cuerpo, sino que se representa junto con la incapacidad laboral como una forma de control social. Es decir, estar enferma, significó en todos los casos (aunque manifiesto de diversas formas), la disminución del salario, la eventual exclusión y, en el límite la pérdida de empleo. En este sentido el control social apenas aparente es resultado del análisis de diferentes representaciones como lo son las de la salud, los padecimientos y las enfermedades.

¿Qué es para usted la salud?

Una de las primeras condiciones para llegar al punto nodal que me ocupa, era lograr entender las distintas significaciones que las obreras le confieren a dos de los conceptos fundamentales de este estudio: la salud y la enfermedad.¹⁶

Para el primer punto las respuestas fueron muy sencillas, quizá en el entendido de parte de las informantes de que una averiguación sobre ¿qué

es para usted la salud? resultaba demasiado obvia. En ocasiones pareció poco común que se les instara a responder tal pregunta, entonces observaba que la obviedad les provocaba cierta molestia, algo así como – para qué pregunta esto si es claro, si ya todos lo sabemos –.

En el fondo lo que consideré que ocurría era nuevamente la falta de reflexión sobre algo que está presente de manera cotidiana y que parece muy claro, pero que en realidad no se ha reparado en ello de manera consciente. Además también durante las primeras entrevistas observé que en algunas preguntas las informantes reaccionaban como si se les estuviera aplicando un examen que tiene como resultado una calificación. Una vez que me percate de ello, traté de poner atención en la elaboración de las diversas interrogantes y me esforcé por que la entrevista fuese realmente una charla sin presiones en donde las obreras dejaran fluir sus nociones, ideas, explicaciones o la ausencia de éstas.¹⁷

En las diversas respuestas obtenidas, no sólo a aquella pregunta sino en relación a muchas otras dirigidas al mismo fin, no encontré elementos que permitieran establecer diferencias. Así que para todas las informantes, de una o de otra forma, la salud fue sinónimo de fuerza, y ésta a su vez se igualaba a capacidad. Capacidad para levantarse, estar en pie para trabajar, para “aguantar” las

¹⁵ En mi análisis me representé los conceptos que el Dr. Martínez vertió sobre “lo sano de la empresa y sus trabajadores/ras” como un ideal de salud, que en el trayecto de la investigación fue desvaneciéndose.

¹⁶ Quiero reservarme la discusión probablemente inacabada que en el medio académico se ha dado sobre la salud y la enfermedad en su identificación contrastante con anormalidad y enfermedad, para dar paso esencialmente a la percepción particular de las obreras, en el entendido de que cada conjunto social posee su propia percepción de lo que es la salud y la enfermedad.

¹⁷ Debo señalar que ésta no es una tarea fácil y que seguramente se logra en la medida que el investigador tiene un mayor dominio de las circunstancias y por supuesto una mayor experiencia en la investigación de campo. No obstante siempre he considerado importante tener presente estas cuestiones como la reflexión constante que no debe de faltar en cualquier diario de campo y que en definitiva guía nuestras observaciones finales para establecer desde un punto de vista “objetivo”, los alcances y las limitaciones de la indagación. La flexibilidad en el manejo de nuestras interrogantes es una cuestión importante para obtener de igual modo respuestas que no aparezcan tan rígidas.

embestidas de una jornada fatigante. La salud no puede verse si no es en relación específica con la posibilidad de acción, de movimiento, en definitiva con la posibilidad de trabajar.

Observé en principio que todas las informantes habían incorporado a su sentir y a su percepción, las ideas que particularizan la ideología capitalista. Es decir la necesidad de contar con cuerpos fuertes, sanos, jóvenes.¹⁸ La idea de fuerza y capacidad, no nace por así decirlo de los conjuntos obreros, por el contrario son exigencias que el capital imprime en su ideología para seleccionar su mano de obra, en cuyo sentido aquéllos se constriñen y responden teniéndolo presente. Así en la construcción de sus explicaciones sobre la salud, esta exigencia aparece asumida sin ninguna elaboración consciente. Quiero decir con esto que pensar en la salud no ha sido una tarea colectivizada en el grupo, esto se puede ver, con mayor claridad con las nociones que se manejan acerca de la salud laboral.

Aunque puedo decir que observo que las obreras no han pensado en lo que significa la salud en los términos señalados, sí tienen una práctica al respecto: decir a los otros y decirse a ellas mismas que están sanas. Esto me hace suponer que para ellas la salud *es una entidad imaginaria que necesitan externar, es una cuestión de sobrevivencia*. Manifestarse sanas, será el resultado de la inspección constante de aquella selección, así como también una resistencia ante la exclusión. Si se quiere ver desde otro ángulo, la salud también adquiere un tinte particular en este grupo, una cuestión conferida exclusivamente a ellas, desde el momento en que cotidianamente se les dice “cuidense, abríguense en tiempos de frío, no coman cosas en la calle porque se enferman, no tomen agua del grifo, ..etc.”¹⁹

¹⁸ Recordé por el momento las características que desde el punto de vista del médico deben tener las aspirantes a ser contratadas. El médico me mencionó “que esté sana, es decir que no tenga antecedentes de enfermedad; que no tenga problemas de obesidad; que esté fuerte y se le noten ganas de trabajar; que sea joven; que tenga estudios mínimo de secundaria”.

¹⁹ El Dr. Martínez explicó este tipo de cuestiones cuando le pedí que me hablara de la información que brinda a los trabajadores sobre los cuidados a la salud en la fábrica. Esto mismo casi con las mismas palabras se vio reflejado en los distintos datos obtenidos a través de las entrevistas con las informantes.

Salud/trabajo/mujer

Como se apreció al principio de este ensayo, en las últimas dos décadas, en el terreno de la salud de los trabajadores se ha visto una confrontación conceptual,²⁰ que expresa desde mi punto de vista más bien una confrontación que toca los linderos propios de diferentes disciplinas. Es decir, se ha visto con recelo por una parte, cómo diversas investigaciones con sus propios intereses han ido confluyendo en la expectación por el estudio de la salud y la enfermedad en el medio laboral. No resulta novedoso señalar que los resultados de tales investigaciones dependen de sus propios marcos conceptuales.

Pero no me dispongo a discutir esta cuestión por el momento, lo que interesa es atender a un concepto de salud que establezca una alusión a la particularidad que significa la vida en el trabajo. Al momento de contacto con las obreras en cuestión, la idea era presentar una serie de interrogantes que me aproximaran a entender lo que éstas definen o entienden como salud laboral.²¹ Utilicé este término porque considero que particulariza y al tiempo engloba lo concerniente a la salud en el ámbito laboral y en consecuencia expone el tipo de información que está influyendo en la construcción de su particular noción sobre la salud referida exclusivamente al ámbito laboral. Así que si de alguna manera reconocemos que la salud en el trabajo o la salud laboral no son términos acuñados desde el gremio obrero, pero sí apuntan a una particular concepción de la

²⁰ Así lo enfatizó Ligia Sánchez representante de Venezuela y moderadora de la mesa destinada para discutir la relación “trabajo y salud”, llevada a cabo durante el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, Morelos México, junio de 1997.

²¹ En la confrontación conceptual señalada anteriormente, parece llevar una ventaja el término salud del trabajador frente a: medicina del trabajo o salud ocupacional, porque mientras el primer término sólo atiende a agentes causales directos y el segundo al ambiente de trabajo físico y químico; la salud en el trabajo (de acuerdo a la escuela mexicana, como algunos sudamericanos reconocen a la producción teórica-metodológica de investigadores de la UAM-X,) engloba una perspectiva totalizadora, que da cuenta de la dimensión biológica y social y pone la atención en la promoción a la salud en distintos niveles. En consecuencia utilizar el término salud en el trabajo o salud laboral buscaría congregar ciertas nociones que están detrás de ellos, como por ejemplo el conocimiento de la salud desde una perspectiva más participativa y contestataria.

salud, lo importante era vislumbrar hacia dónde se dirigen las respuestas.

La pregunta como en otras ocasiones se presentaba de diversas formas, hasta que la informante comprendía la idea que estaba buscando. Pero partí simplemente de preguntar ¿qué considera usted que es la salud laboral o la salud en el trabajo?

Tal como lo pensé la pregunta representó algunas dificultades en su comprensión. Se reelaboró cuantas veces fue necesario. Las respuestas configuraron dos tipos de problemas. El primero es, que se percibe de entrada la nula incidencia de un trabajo colectivo ya como gremio sindical o de cualquier otro tipo, que reivindique la salud como derecho de las trabajadoras. Y por otra parte la influencia definitiva de la ideología empresarial que se percibe en las mismas frases que expresan las ideas que sobre la salud ha difundido el médico por diferentes medios, pero básicamente a través del contacto personal.

De las diferentes descripciones al respecto obtenidas de las 14 informantes, pude observar que la salud laboral, o la salud en el trabajo, es un problema que en principio debe atender la trabajadora. No es una obligación que parezca atribuírsele a la empresa, más bien es la obrera la responsable de poner en práctica lo que se le transmite de parte de la empresa a través del doctor. Los aspectos relacionados a ello fueron delimitados por las obreras expresando más su responsabilidad que su derecho. En esta cuestión se nota la importancia de un discurso que controla y que dosifica la información. Por ejemplo en su mayoría, las obreras al hablar de cuidados a la salud, como una referencia necesaria a aquella pregunta de la salud laboral, mencionaron recomendaciones que tenían más que ver con condiciones que no son propiamente del trabajo, como los cambios de clima natural o el cuidarse de no ingerir alimentos de dudosa procedencia. Entiendo quizá que esto pueda tener una razón, sobre todo si recordamos que es el médico quien apuntó las enfermedades respiratorias y las gastrointestinales como las dos principales causas de consulta.

Me llamó la atención que muchas de las referencias hacia la salud laboral fueron relacionadas con el uso del equipo de seguridad, y no así con las condiciones de trabajo y las posibilidades de enfermar, incluso el hecho que resaltarán nociones como las que apuntaron a afirmar que hoy las empresas se preocupan más por los trabajadores.

Las informantes que llegaron a establecer una relación entre las condiciones de trabajo y las posibilidades de enfermar representaron a las mujeres de mayor antigüedad laboral. Éstas son Lina, Cuca y Gina quienes han desarrollado un conocimiento sobre las condiciones de trabajo, de las distintas fases del proceso, justo porque a lo largo de sus años de labor han percibido directamente distintos problemas de salud generados por tales condiciones. Ambas tienen una actitud similar de vigilancia y de cuidado de su salud, al reconocer de manera particular que determinado tipo de trabajo y de condiciones laborales, les afecta. Lina me señaló en diversas ocasiones, que no trabajaba de noche y no se promovía porque no quería trabajar en el área de cerámica donde el problema de la contaminación por polvos es mayor. Por su parte Cuca, conocedora también del proceso laboral, decía que no quería estar en los hornos, le daba miedo que pudiera tener más problemas de salud por su parálisis facial.

No obstante lo anterior, la percepción de que la empresa se preocupa por la salud de los trabajadores logra cierto consenso, que desde mi punto de vista se manifestó por el “clima de moderación” que pude percibir, ante la ausencia de conflicto sindical.

Padecer y enfermar. Diferencias asumidas por las informantes

Con anterioridad apunté que con relación a los procesos enfermantos una de las diferencias encontradas entre el conjunto de obreras en cuestión (ya sean las encuestadas o las entrevistadas) es que, mientras diversos padecimientos están presentes en el 100% del grupo, la presencia de las enfermedades, manifiesta claramente dos grupos, un mayoritario (68%), correspondiente a mujeres enfermas y otro menor (32%) que aglutinó a las que consideraron no tener ninguna enfermedad.²²

Para internarme al tema establecí dos órdenes en la presentación de mis interrogantes. Primeramente averigüé los padecimientos y enfermedades que aquejan a cada una de las mujeres del grupo. Aquellos que han enfrentado, que han tenido con

²² Las mujeres no enfermas, se consideraron así no sólo porque indicaron no tener ninguna enfermedad, sino porque desde su punto de vista sus padecimientos no son frecuentes, “son simples”, por tanto no han requerido de atención especializada, salvo para mitigar las molestias momentáneas.

frecuencia o aquéllos con los que han tenido que aprender a vivir.

Como segunda parte de la búsqueda, pregunté acerca de los padecimientos y enfermedades que desde su punto de vista, (por observación, por comentarios, por experiencias contadas) pueden ser los más comunes entre las obreras de la empresa. En ambos casos pedí que me explicaran su razonamiento sobre las posibles causas.

De la mayoría de las referencias al respecto, observé que “pensar los padecimientos o la enfermedad” es un acto presente que dirige no sólo a la búsqueda de atención, sino también a la especulación de sus posibles causas, por cierto relacionadas en más del 70% de los casos con aspectos que tienen que ver con el proceso de trabajo. Es decir, padecimientos y enfermedad son un punto de partida que con frecuencia sí lleva a la búsqueda de la causalidad.

La presencia de alguna molestia, padecimiento o enfermedad, hace de alguna manera que la persona se pregunte por las posibles causas. Diría una de las obreras entrevistadas “lo que pasa es que cuando ya tienes un malestar pues sí te preguntas porqué me ocurre ¿no?, qué me está pasando y de todas maneras pues vas con el doctor para que te dé algo y te diga qué te pasa”.

La diferencia entre padecimiento y enfermedad es explicada por las informantes en la medida en que se toman en cuenta dos nociones importantes: recurrencia y gravedad. Si cualquier padecimiento se advierte de manera persistente y además se considera que se agrava, porque los síntomas que lo definen no se eliminan y por el contrario se agudizan, el padecimiento tiende a convertirse en una enfermedad. Pero logra solamente tal connotación en la medida en que se busca la atención médica y se inicia una relación con el curador (en este caso el médico de la empresa o el del IMSS). La gravedad y la interacción con el saber médico generarán en las trabajadoras la posibilidad de conceptualizar sus padecimientos y molestias como enfermedad.

Fue interesante observar que las distintas molestias, afecciones y padecimientos mencionados por las obreras también tienen grados de significación diferentes. Traté de explicarme tales significaciones diferentes, aglutinando sus particularidades, independientemente de las causas que argumentaron. Así, observé que los padecimientos fueron caracterizados por las obreras de dos maneras: como pasajeros y naturales. Entre los relatos de las informantes, aparece esta caracteriza-

ción señalada por las mujeres de mayor edad, pero referida de manera similar entre el resto del grupo, es decir con distintas palabras, pero la construcción fue la misma. Los padecimientos pasajeros fueron aquéllos susceptibles de desaparecer a través de dos condiciones básicas, el suministro de medicamentos y el descanso. Los padecimientos naturales fueron aquellos que se asociaron en principio a la edad y a los propios del género femenino.

Habría un tercer grupo de padecimientos que no fueron claramente caracterizados, pero sí asumidos como molestias y afecciones derivadas del trabajo. Esta cuestión la observé al analizar cuidadosamente las distintas respuestas susceptibles de aglutinarse en este grupo pero que en ningún caso las obreras nombraron o definieron con algún concepto a tales padecimientos.

Puedo especular que los mecanismos de poder (sistema de flexibilidad, el manejo ideológico de la enfermedad como control social) operen en el conjunto de obreras como una especie de barrera de contención. Pero esto sin embargo no impide que lo perciban.

Estas diferenciaciones que apunto, no tuvieron la intención de encasillar y esquematizar las percepciones, por el contrario tenían el objetivo de apuntar explicaciones desde la elaboración propia del conjunto de obreras. Esto es importante anotarlo puesto que hubo algunos padecimientos que siendo considerados como pasajeros, fueron asumidos también como emergidos claramente del proceso laboral, lo mismo ocurrió con los caracterizados como naturales.

Tal vez lo más revelador para este punto es destacar que en un 100% del contingente de obreras entrevistadas, por lo menos de uno a dos de los padecimientos presentes fueron asociados directamente con el proceso de trabajo. Y respecto de las enfermedades, sólo el 64% establece la misma relación. Por otra parte, algunas informantes advirtieron que incluso aun teniendo algunas afecciones ni siquiera pensaron en ellas, según esto porque no parecen frecuentes o porque no les ocurren constantemente, otros sin embargo están presentes pero fueron considerados como algo “natural” ya que pueden aliviarse aunque eventualmente vuelvan a aparecer, por tanto se pueden considerar como precursores de la enfermedad. La enfermedad por tanto ocupará el sitio y la atención adecuada de acuerdo a la idea de gravedad.

María, me habló en un espacio muy largo de entrevista, de sus principales padecimientos y su

asociación con otras enfermedades (de acuerdo a la gravedad), las cuales tenía perfectamente identificadas por su experiencia subjetiva de la enfermedad y la información que había recibido de distintos médicos que la han tratado. Por la amplitud de sus relatos de acuerdo a sus propias experiencias, extraigo en este momento algunas observaciones pertinentes sobre la caracterización que he señalado, misma que parece expresar con mucha seguridad.

María: enero, 31, 1997

En toda su explicación, usted no menciona por ejemplo algunas afecciones provocadas por la fatiga muscular, dolor de brazos, de piernas, ¿no le han aquejado estas dolencias?

No pero eso sería momentáneo, sería por el cansancio únicamente. Se puede decir que son pasajeros. No se pueden considerar como una enfermedad.

Es interesante esto que señala, porque también entre dolor de cabeza y migraña usted ¿encuentra alguna diferencia ?

Pues los dolores de cabeza son situaciones que nos dan a muchos por la cuestión sobre todo del calor y a otros por el ruido (bueno no siempre verdad, pero parece que así es para algunas) pero eso luego se quita. No es permanente. Con mi problema de migraña pues es una enfermedad que ya tengo desde hace mucho tiempo, desde que me dio la parálisis facial (como siete años y medio). Y estuve muy mal y los médicos no le atinaban y no le atinaban, hasta que se dieron cuenta. Y me dijeron que era migraña. Desde entonces me dieron tratamiento, medicinas muy fuertes, que me dan en el seguro porque aquí con el doctor pues apenas a veces tiene ergotamina.

Y otros malestares como problemas de la vista y variación en la menstruación pues son “naturales” ¿verdad?, son cuestiones que ya por la edad le dan a uno. A mí ahorita ya se me está retirando (la menstruación), tengo cincuenta y un años. Pero no he sentido ningún problema. Aunque también por el tipo de trabajo que haga uno, porque por ejemplo, yo siento que tengo los problemas de la vista, porque en otra fábrica que estuve trabajando utilizaba mucho la vista, armaba muñecas y era muy importante la vista, pues sí se va deteriorando”.

Padecimientos como resfriados, dolores de cabeza, de piernas, de brazos, problemas de la garganta y otras alteraciones como presión baja o

problemas para dormir se construyeron por parte de las obreras como “simples” o “pasajeros”, aun reconociéndose su directa relación con la actividad cotidiana.

No obstante, otros estados mórbidos que interesan el aparato digestivo como las infecciones parasitarias (que a decir del médico son importantes entre el grueso de los trabajadores/as) y los malestares estomacales, no fueron admitidos bajo los anteriores rubros. Incluso observé que en suma no se les prestó mucha atención pues la mayoría los consideró como consecuencias de determinados hábitos alimenticios, como si ello simplemente les restara importancia.

Algunos otros que no tuvieron una mención importante al principio, pero cuando surgieron a lo largo de las narraciones, se asumieron como “naturales”, aun reconociéndose una asociación aparente con el tipo de trabajo que se realiza, como se puede apreciar en el comentario de María, al señalar los problemas de la vista y las alteraciones de la menstruación.

En el caso de la variación en la menstruación que estuvo presente en mujeres de diversas edades, todas lo construyeron como padecimientos “típicos de la mujer”, pero existen algunas diferencias de apreciación. Mientras en las mujeres jóvenes, la variación en la menstruación es preocupante, más que nada por los dolores corporales, la abundancia de flujo sanguíneo, y en ocasiones la irregularidad del calendario, caracterizados de alguna manera como “desajustes”, que en resumen puede representar un posible embarazo;²⁴ para las mujeres de mayor edad lo único que está presente es la irregularidad del calendario, asumido a todas luces como la presencia de la menopausia, pero sin mencionar ningún otro padecimiento asociado a ello.

Más allá de éstos, me parece que están otro tipo de padecimientos que no fueron mencionados por las informantes pero que a través de la mis-

²³ Entre los distintos malestares estomacales que apuntaron las trabajadoras destacan gastritis, úlcera péptica, agruras, definidos así por ellas. Todos ellos en conjunto fueron mencionados por el médico como síndrome dispéptico.

²⁴ El calificativo es mío, pero lo apunto para explicitar la idea que las mujeres transmitieron cuando señalaron la variación en la menstruación como problema de salud. Dos de ellas mencionaron que en ocasiones dejaban de menstruar, otras apuntaron la molestia de periodos prolongados de sangrado, junto con irregularidades en el calendario.

ma explicación, así como de la revisión de expedientes clínicos, me pude percatar de su existencia. Por ejemplo malestares relativos a la higiene bucal, como las caries y gingivitis, que no se exponen en el relato porque no se registran como importantes.²⁵ Desde mi punto de vista esto tiene en síntesis, una explicación cultural, ya que de manera generalizada, la atención hacia la higiene bucal no ha sido culturalmente extendida como una cuestión de salud, subrayando la naturaleza de la prevención. No hay una cultura de atención hacia estos aspectos porque tampoco son asociados a sensaciones mórbidas que resten fuerza y capacidad de trabajo. Por más de que exista un dolor de muelas, eso no es suficiente para no trabajar.

Autores como Boltanski (1975), han establecido la importancia de relacionar los comportamientos corporales y la enfermedad entre distintos conjuntos sociales, asumiendo significativas diferencias. Indica por ejemplo, entre otras cosas que, los miembros de las clases populares atienden menos las sensaciones mórbidas de su cuerpo, porque reconocer la enfermedad, significa necesitar tiempo para buscar atención médica, en consecuencia dejar de trabajar; mientras que los de las clases altas, están más atentos a ellas como una cuestión de norma moral que lleva implícito una actitud de cuidado del cuerpo y prevención de posibles afecciones. En esto último entra por ejemplo los cuidados particulares que requiere la higiene bucal que a menudo es asociado a cuestiones de estética y a una atención médica costosa.

Algo similar me parece que ocurre con los problemas de la vista que María ha anotado como naturales al asociarlos a la edad (algunos de los cuales desde la apreciación del resto de las informantes, se resuelven con el uso de anteojos). Desde otra lectura, éstos no aparecen como importantes ya que no van asociados a una disminución de la fuerza física y capacidad de trabajo, a menos que la afección impida la visión.²⁶

²⁵ Ésta es una aseveración a la que llego, al analizar los datos y observar que algunos expedientes clínicos que revisé estuvieron presentes estos problemas, pero ninguna de las informantes proporcionó datos al respecto.

²⁶ Es interesante resaltar que entre las obreras encuestadas y las entrevistadas no hubo ninguna referencia a problemas oculares como conjuntivitis que está tan presente en algunas industrias, por el contrario sólo aparecieron mencionadas astigmatismo y miopía como principales afecciones.

Un análisis diferente merece los síntomas mórbidos referidos como nervios, que desde la concepción de aquellas que los padecen son considerados como problemas inherentes al estilo de vida y de trabajo, pero de difícil caracterización. Al respecto son Cheli, Dana y María las que aportaron datos para entender la presencia de los nervios como padecimiento.

Algunas cuestiones se podrían resaltar de estas tres informantes para comprender sus significaciones. Cheli es de las mujeres de reciente ingreso a la fábrica, cuestión que identifica fácilmente en la presencia de sus estados de angustia y en ocasiones irritabilidad. Dana y María forman parte del mismo grupo de antigüedad. Ambas han compartido responsabilidades importantes en la ejecución de su trabajo diario por lo que consideran que esto es suficiente problema para concebir la presencia de situaciones emocionales de inquietud y angustia. Desde el punto de vista de las llamadas presiones cruzadas, Cheli y María conjugan la problemática del trabajo con la del hogar, por lo que es en esta intersección donde encuentran su significado más importante. Mientras que para Dana, como coordinadora de área, centra su problemática, como lo he apuntado en varias ocasiones, en las características de su trabajo.

Los nervios por tanto son situaciones perturbadoras, que también se han asumido como parte de los estilos de vida modernos, María ya los tiene incorporados a sus diferentes estados mórbidos, se podría decir incluso que sabe cómo manejarlos; mientras que para Cheli por ser situaciones “novedosas”, la llevaron incluso a buscar atención del IMSS, a través de medicamentos y dejando de trabajar.

¡No soy enfermiza! Una respuesta ante el control social y la exclusión en la fábrica

Pero el acto de atender la salud básicamente a través de medicamentos aunque así fue apreciado por las obreras, no apareció como un acto mecánico, tuvo sus grados de complejidad. Es decir, el que éstas asistan o no al consultorio por medicamentos, depende también de una cuestión que resulta de suma importancia porque aparece como una constante entre las distintas narraciones que tiene que ver con concebir la enfermedad como un elemento de control social, como un hecho que excluye. Es decir, la solicitud de atención médica por parte de las trabajadoras se

convierte en un acto negativo, que se acumula y se toma en cuenta justamente para la exclusión. Habrá que señalar primeramente que la frase ¡no soy enfermiza!, apareció mencionada por todas las informantes. Es decir, de una u otra forma las 14 entrevistadas en sus distintos relatos hicieron alusión en primer lugar a la negación de la enfermedad – cualquiera que ésta sea – y en seguida a la aclaración de un supuesto buen estado de salud. Así, mientras todas afirmaron no ser enfermizas, sólo 4 informantes (29%), explicitaron ser muy sanas.

Me parece importante esta observación, en primer lugar, porque percibo una necesidad, formada en la propia experiencia de las informantes, por manifestarse no como “sanas”, sino más bien como “no enfermas”. La lógica que opera en ello es la que en algún momento Dana expresó en la siguiente frase “estar enferma es igual a perder el trabajo”. Pero no en todas esta cuestión tiene el mismo impacto.

Estas representaciones llaman la atención porque al momento de estudiar todos los datos proporcionados por cada una de las informantes, observé que existían algunas diferencias que establecían claramente una división entre dos grupos de obreras. Aquellas 8 (57%), que todavía se jugaban el puesto y para las cuales estar enferma era igual a perder el trabajo, tales como Ana, Tina, Romina, Pía, Laura, Bety, Aura y Cheli. Y las que por su antigüedad 6 (43%), como son Cuca, María, Dana, Lina, Gina, y Sara, mostraron otra percepción de la enfermedad, o por lo menos así me pareció que lo expresaron y concretamente fueron las cuatro últimas quienes lo acentuaron al mencionar que eran muy sanas. Desde la construcción de sus nociones no resulta fácil de explicar esta advertencia cuando en la experiencia cotidiana todas ellas se enfrentan o se han enfrentado también a alguna enfermedad, en el último año.

Trataré de ilustrar por el momento la percepción del primer grupo con una de las narraciones y reflexiones más sobresalientes porque describe con cierta nitidez la connotación que estoy explicando y que encierra la frase ¡no soy enfermiza! Tal reflexión corresponde a Ana, de la cual he señalado que me llamaba la atención su escasa experiencia laboral fabril y su agudeza de observación:

¿Cómo era eso que decían que eras muy enfermiza..?

Ah sí, es que cuando yo entré, una ocasión fui con el doctor por.... cólicos, pero unos cólicos

muy, muy fuertes, no sé por qué. Pero sí me sentí que me iba a desmayar, me dolían las piernas y sí me sentía muy mal, eso fue una vez. Para eso me dio unas pastillas, ... naxen. Después me dijo que si me quería regresar (a su casa) o.. porque me veía muy mal. El caso es que yo tuve que ir al doctor ese día, a urgencias a la 72, y me tuve que salir, y pues tenía poquito tiempo y pues a mí se me hizo fácil y pues... La siguiente vez fue porque me dio tos, y me dolía el pecho, le repito, eso es psicológico ¿no?, de que yo decía, es que me duele. Pero era también por mucho frío que hacía y yo creo que yo también no me cuidaba mucho. Algunas compañeras me empezaron a decir, – ¿qué te pasa?, es que estas tosiendo mucho – y me empezaron a decir, es que puede ser esto, o esto otro y me alarmaron tanto que me decidí a ver al doctor. Él me dijo que era muy frío, que si me quería quedar o me quería ir y yo dije “bueno si voy a seguir con el frío prefiero descansar” o bueno le dije usted diga si me puedo ir o me quedo, yo sí puedo aguantar, está frío pero no creo que me pase nada,.. o incluso podría estar en otra área. Esa fue la segunda vez que me regresé. De ahí empezaron a decirme, ¡clásico! que esta niña es muy enfermiza...

¿Quién te lo decía?

Yo empecé a escuchar a mi jefa de departamento, que el doctor le decía, ésta es muy enfermiza. Ahora sí que casi, casi ve si te funciona, si no... pa'fuera.. Y yo dije “hay sí yo no soy enfermiza”. Yo no lo veía... bueno en ese tiempo sí estuve muy mal, porque todo me pasó, yo había terminado con mi novio. Y para esto pus ahora sí que teníamos planes de boda y me sentía totalmente destrozada. Después de ahí, pus que yo era muy enfermiza y... le repito casi de ve a ver si te funciona, si no, ya no. Y pues bueno como veas, yo dije “mira, tu trabajo me interesa, me interesa ayudarte, pero si ves que ahora sí no te funciona, pues adelante”. Y de ahí empezaron con lo de enfermiza y enfermiza y dije “aguas”. De ahí también empecé a ver que era psicológico porque todo mundo me decía “¿qué tienes?”, “te va a doler más” o cosas así. Y dije bueno porqué hacerles caso. Y de ahí pues ya no he hecho mucho caso. Pienso si me da un simple resfriado, bueno es porque respiro el aire frío y ... después se me quita. Todo eso es por la mañana nada más, a las seis que entramos... a las siete, ocho de la mañana ya no tengo nada”.

Si bien como lo he indicado un 57% de las informantes manifestó claramente no ser enfermiza,

me interesó exponer la descripción de Ana, porque observo en ella, que es la de menor antigüedad, que como trabajadora que cuenta con un servicio de atención para su salud, hace uso de éste. Es decir en la medida en que se enfrenta con las primeras sensaciones mórbidas y a sabiendas que la atención médica de la empresa “no le cuesta”, acude a ella. Pero sus distintos procesos enfermantos llevados hasta la mirada médica, tuvieron como reacción un aviso, una indicación que es la que el Dr. Mantínez refiere a la supervisora. La reacción en Ana a partir de ello, es la de minimizar sus sensaciones mórbidas resaltando que “puede ser psicológico”, y elaborando una nueva argumentación que enfatiza “su estar bien”, como sinónimo de no estar enferma. Esta cuestión es tan importante para Ana que se la repite varias veces y después de esa experiencia con el médico, toma otra ruta en la búsqueda de atención hacia sus padecimientos. Así, después de asumir que asistir al consultorio de la empresa es tener un registro negativo, opta por buscar la atención de los médicos del IMSS.

Algo parecido ocurre con Aura y Pía, quienes también han interiorizado la problemática que representa utilizar el recurso sanitario proporcionado por la empresa y lo resuelven recurriendo a otras instancias, como el farmacéutico, centros de beneficencia, o la autoatención.

Además de estos señalamientos importantes, encontré como lo indiqué más arriba otro comportamiento ante la enfermedad, que podría ser entendido desde este marco, pero que desde mi perspectiva adquiere otros matices interesantes.

¿Qué es lo que aparece diferenciando los significados del ser enferma, entre las mujeres jóvenes y las que de alguna manera ya no lo son?

La característica más importante de las últimas es que en conjunto no se asumen como enfermas, por el contrario (exceptuando a Sara, por su edad), el resto insiste que frente a las jóvenes de hoy, “ellas son más sanas”. Cuando trato de averiguar las principales razones que estas informantes aducen para ello, encuentro que no hay una respuesta clara elaborada por ellas mismas, por lo cual busco algunas respuestas al interior de sus discursos, de sus experiencias descritas. Es decir no me conformo con reconocer como ya lo ha indicado Boltanski que los conjuntos obreros, tienden a negar la presencia de la enfermedad, no escuchan a sus cuerpos, los atienden menos que “las clases sociales altas”. Digamos que en el conjunto de las informantes esto ocurre así,

pero con algunas mediaciones y desafortunadamente éstas no aparecen tan claramente enunciadas por ellas, así que hay que rastrearlas.

Analizando algunos aspectos descubro que el grupo formado por Cuca, Gina, Lina, María, Dana y Sara, que se asumieron como “sanas”, no son un grupo absolutamente homogéneo. En términos de su inserción a la producción, la única que hace trabajo más administrativo es Gina y el resto está directamente como dicen “en la línea”.

Contrastando con las respuestas obtenidas en el registro de padecimientos y enfermedades observo lo siguiente. En todos los casos agrupados por antigüedad, edad, estado civil y fecundidad, fueron percibidos un mayor porcentaje de padecimientos mientras que las enfermedades se apreciaron en menor medida.²⁷

Con relación a los dos grupos claramente definidos por su noción del estar enferma, enfatizado en las frases “no soy enfermiza” y “soy muy sana” encontré que las informantes que se asumieron como sanas, registraron un mayor promedio de padecimientos y enfermedades. Mientras que las que manifiestan “no ser enfermizas” reportaron menos padecimientos y enfermedades.

¿Cómo poder explicar tal situación? Al respecto elaboré algunas interpretaciones.

Desde mi punto de vista las mujeres que se asumieron como no enfermizas y que de manera franca correspondieron a las jóvenes de menor antigüedad, han interiorizado el peligro del despido que representa ser lo contrario y se esfuerzan por demostrarlo, asumiendo por lo menos en un 50% de ellas, todas las prácticas necesarias que no evidencien sus síntomas mórbidos, (autocuidado, automedicación, o atención médica fuera de la empresa).

Por otra parte, aquellas que se adjudicaron el estatus de sanas, desde mi punto de vista incorporaron la representación de la salud como identidad imaginaria, a modo de defensa ante el peligro de exclusión. En otros términos diría que las no enfermizas pasan por un periodo de dominación ideológica²⁸ en donde la exigencia de la em-

²⁷ Para una discusión al respecto véase (Ramírez, 1998b).

²⁸ Entiendo por dominación ideológica, un conjunto de actos dirigidos a que se cumplan las normas específicas que la empresa requiere para su desarrollo. Tal dominación es ejercida por distintos actores, pero es particularmente desplegada por el médico de la fábrica.

presa postula una serie de normas, entre las cuales la que aparece como más sólida es simplemente “el no enfermarse”.

Como lo describió Ana, los comentarios de sus compañeras inciden poderosamente en ella, al grado de señalar que todo puede “ser psicológico” y tal parece que tales comentarios tienen la intención de una alerta, porque ya se ha generalizado la necesidad de simular la enfermedad.

Por otra parte las mujeres sanas ya incorporaron tal ideología asumiéndose en definitiva como sanas, pero además también como mujeres aguantadoras. El punto es que desde su perspectiva, son mujeres sanas, porque la salud para ellas es igual a fuerza, es igual a seguir trabajando. Es igual a haber superado el peligro de la exclusión. Son “mujeres que no se vencen”, así lo definió Gina, con una suerte de orgullo y de nostalgia al recordar por todas las que ha pasado en su trayectoria fabril. Ella afirmó “yo creo que las más viejas (de antigüedad) que estamos aún aquí, es porque somos muy responsables, somos aguantadoras, somos como nos lo dicen los ingenieros, “muy trabajadoras”.

Una de las incógnitas que apareció irremediablemente en el desarrollo de la entrevista con estas mujeres fue ¿qué hay detrás de este significado de “mujeres aguantadoras”?, es decir, cómo hacen ellas para resistir el peso de una jornada fatigante producida en la fábrica, sumada a la carga de responsabilidades que tienen frente a la familia.

Al examinar las no muy abundantes respuestas, encontré lugares comunes, María apuntó de manera parca “es la fuerza de la necesidad”; Lina con un dejo de resignación señaló “no sé cómo le hago, sólo sé que debo hacerlo”. Cuca respondió rápidamente “tengo que aguantar por mis hijos”, y Gina desplegó varias ideas incluso cuestionando “porque si no somos fuertes nosotras como madres y trabajadoras, dígame usted quién”.

Es posible advertir en estas referencias, ciertas pautas culturales que ubican en un sitio inabitable a la mujer obrera, a esta mujer que habla y de la cual se descubre el compromiso de su rol (como madre y como proveedora) por el cual justamente según los anteriores señalamientos se convierte en una mujer aguantadora. Ajena a que en términos reales lo logre.

Buscando otros elementos para el análisis, encontré que esta percepción que apunta Gina sobre la permanencia en la empresa de acuerdo a

su capacidad de trabajo, me remite a las normas y exigencias del capital en donde aquello encaja perfectamente. Esto es entre Cuca, Lina, Gina, María y Dana, aun con sus diferencias de edad, de conformación familiar, de expectativas y creencias, tienen en común una perspectiva que aparece atractiva a los ojos del capital. Tienen como bien común el que a pesar de las adversidades (que en un terreno concreto se llaman enfermedades) estas mujeres son y han sido “cumplidoras y trabajadoras”.

Las distintas representaciones que asumen los dos grupos que he venido señalando pasan por el tamiz de las exigencias y normas que estipula el capital, pero el manejo que ambos le dan tiene algunos matices que se ven reflejados en su comportamiento diario, sobre todo en aquél referido a la atención a su salud.

Así, me parece que esta percepción de mujeres trabajadoras y cumplidoras, desde mi punto de vista les da cierta cobertura, y pueden con mayor soltura llegar al consultorio médico de la empresa, para pedir un medicamento o simplemente para platicar con el médico, buscando apoyo en algunos síntomas mórbidos que se han convertido en sus acompañantes y que incluso ya escapan a la atención de aquél.

Algunas respuestas

Como he indicado anteriormente la figura del médico resultó muy importante en la conformación perceptiva de las informantes. Pero además se perfiló como el centro de observación básico, la mirada excluyente. Desde que el personal solicita por primera vez la entrada a trabajar a la empresa, es el médico, el que en la trayectoria laboral de las obreras determinará su continuidad tan sólo confirmando su ser enfermizas.

Es posible que no sea el único, pero desde el punto de vista de la capacidad de trabajo y su buen estado, es él quien con exámenes clínicos²⁹ terminará definiendo la exclusión, es decir el despido. Incluso me atrevería a decir que la vigilancia epidemiológica que observa en su trabajo cotidiano

²⁹ Una de las actividades que el médico, consideraba como la más importante y distintiva de la empresa, fue la de los exámenes clínicos aplicados a las obreras de acuerdo a las necesidades expresas por el tipo de trabajo que se desempeña, cuestión que muchas de las informantes advirtieron como un beneficio de la empresa que sí se preocupa por su salud.

tiene entre otros objetivos el de estar atento de los elementos (obreros u obreras) que no cubren el perfil requerido, es decir ser trabajadores en el sentido de capacidad, estar dispuestos a las necesidades de la producción y de las observaciones de los jefes, no faltar, no enfermarse y en el límite no incapacitarse.³⁰

No quiero parecer incisiva ni mostrar a todas luces una mirada negativa de lo que ocurre a las obreras dentro de la fábrica. Incluso en un principio me había parecido que no me enfrentaba con situaciones tan coercitivas como las que reiteradamente Martha Lamas ha denunciado como práctica común de las maquiladoras, en donde se exige a las obreras que cada mes presenten una prueba fehaciente de no estar embarazadas.³¹

No obstante al analizar los datos obtenidos, observé cómo en cada descripción que hacían las informantes en relación a la presencia de distintos padecimientos y enfermedades ya sea propios o de las otras, el imperativo dirigía la mirada hacia el hostigamiento que se ejerce de diversas maneras sutiles hacia éstas. Me bastó simplemente ordenar en fichas, aunque fuera por frases pequeñas, un espacio para la referencia a la frase ¡no soy enfermiza!, para darme cuenta de la importante presencia de lo que he señalado como dominación ideológica.

Volviendo al grupo de mujeres jóvenes y sus referentes, puedo decir que las representaciones más

reiterativas son las de no ser enfermizas y el miedo al despido. Por lo que ya en la ruta de la indagación establecí preguntas muy directas. Por ejemplo con Aura, de quien observé un insistente temor al despido, profundicé en el siguiente aspecto:

Has manifestado varias veces un cierto temor de que te corran, ¿por qué?

“Hay manita pues es que tengo bien poco tiempo de haber entrado y todas, todas me han dicho que aquí para durar hay que ser de una manera...”

¿De qué manera, es decir cuáles crees que serían los motivos para correr a alguien?

“Más que nada como dicen ahí y tienen razón, uno mismo provoca que lo corran a uno porque nos apuntan en una listita porque no cumple, porque llegó tarde, porque faltó, porque no quiere ir a tiempos extra”.

¿Tú crees que sí?

“Sí porque hay mucha gente que desde que entró no quiere ir, yo creo que no les gusta trabajar. A mí sí, como desde hace cinco meses desde el año pasado, puro tiempo extra y ya me había acostumbrado a que salía con un poquito más de dinero, y ahorita como está escaso el trabajo no hay tiempo extra, y sentí re feo recibir bien poquito”.

Y el tiempo extra, trabajas ¿cuántas horas más?

“No, o sea el tiempo extra dicen que vayamos el domingo, ahorita estamos en la mañana y si hay trabajo para el domingo nos dicen que vayamos a trabajar el domingo, pero nada más nos dicen a las personas que saben que sí van, porque saben que a las que no quieren ir a tiempos extra ni le buscan. Y es que en el tiempo extra es cuando hay mucho trabajo, donde estamos nosotros como en cada turno somos cuatro armadoras, dos de cada lado, si nos dice el supervisor que el domingo se va a trabajar nada más nos dicen a las dos armadoras que saben que sí cumplen, que vengamos el domingo, y agarran de otros turnos, porque si por ejemplo tengo un compromiso en la mañana el seguro o algo le digo a una compañera que me haga el favor de cambiarme el turno, que ella vaya en la mañana y yo vaya en la tarde. Aquí no todas se prestan pero luego ya ves, terminan corriéndolas, porque se les dice que trabajen el de noche y no quieren o faltan o se incapacitan. También es que las liquidan porque tienen muchas incapacidades, porque si hay gente. A mí no me gusta, yo no le encuentro el caso”.

³⁰ Un tema que el mismo doctor me expuso en el inicio con cierta ostentación, fue la de llevar cuidadosamente un registro epidemiológico de los trabajadores, lo cual desde mi perspectiva resultaba muy atractivo pensando al momento en poder contar con la versión oficial de la presencia y recurrencia de las enfermedades de las obreras de la empresa. Empero, al preguntar si su información ha sido obtenida estableciendo diferencias por ejemplo por género, éste en principio asintió y aunque estuvo de acuerdo en proporcionarme tales datos, un tiempo se tornó hermético y nunca lo cumplió.

³¹ Iniciando la segunda mitad de los ochenta, la presencia de las maquiladoras fronterizas, llamó la atención de diversos investigadores sociales. Algunos trabajos desde entonces han dado cuenta de las condiciones de opresión que enfrentan las obreras de la maquila, Iglesias (1985), Arenal (1986). Incluso puedo decir después de un primer rastreo que el interés por el estudio de las obreras y su experiencia laboral, toma fuerza a partir de un fenómeno social de gran relevancia como lo son las nuevas formas de producción y el deterioro que conllevan para las obreras y sus familias Denman (1994).

No es mi intención establecer generalizaciones contundentes a partir de las cuales se entienda una problemática como la que emerge del trabajo industrial femenino y la salud, sin embargo considero que es menester tratar de entender los principales hallazgos de la indagación y sobre todo hacerlo a la luz de las contradicciones.

En este sentido, me parece que en la negación de la enfermedad tan reiterada en distintas partes de sus descripciones y asumida en la frase ¡no soy enfermiza!, se da respuesta a la medida de control que la empresa utiliza para excluir y que aparece desde mi punto de vista como la estrategia más importante para mantener su funcionamiento capitalista. Pero esta cuestión con todo es muy sutil, porque por otra parte se despliegan otras técnicas que descansan más en la organización informal de la producción aplicando una ideología que integra al trabajador en un quehacer colectivo en el cual se les hace sentir como en su casa. La impartición de diversos cursos organizados por la empresa están dirigidos a preparar a su personal, a normativizarlo para la vida del trabajo fabril con todas sus vicisitudes. Al respecto todas las informantes comentaron complacidas “la preocupación que muestra la empresa en su preparación”. Aunque en algún momento se quejaban porque también les significa quedarse más horas de su jornada laboral normal. Es interesante observar que esta cuestión salió básicamente cuando me aproximaba a averiguar sobre la capacitación de acuerdo a sus puestos de trabajo. Pero la respuesta fue en todos los casos la referencia de otro tipo de capacitación. La capacitación de la cual hablaron las informantes, tiene un asomo de lo que en tiempos muy recientes se ha denominado “nueva cultura laboral”, la cual apunta tres importantes cuestiones: una nueva ética en el trabajo, observancia de la productividad y una política de no confrontación entre capital y trabajo.

Los empleadores, como se señala en el lenguaje neoliberal, están preocupados por conformar un sector de empleados con una identidad que apunte hacia una ética distinta. Están procurando enseñar a los obreros a ver a la empresa como su casa, en donde todos sus integrantes deben de asumir su responsabilidad para que funcione de manera óptima. De igual forma los exhortan a ser cuidadosos con lo que producen en términos de calidad y mantener una actitud competitiva al interior de los propios trabajadores en conjunto para cumplir sus metas de producción. Esta motiva-

ción empresarial hace hincapié – por lo que se pudo ver a través de los relatos de las informantes – en la idea de que empresa y trabajadores “son uno”. Cuestión que me sugirió algo así como si cada trabajador fuese el propio dueño de la empresa. Muchos de los comentarios alusivos a las horas extras, o el cumplimiento de la producción resaltaron que las obreras no tenían interés de cumplir con su jefe, sino con cumplir y quedar bien con el cliente.

Aunque las representaciones sobre la enfermedad y su relación con el despido están muy presentes, también la empresa se ha preocupado por advertir a los trabajadores los problemas de la oferta y la demanda de lo que producen, lo cual les representa una cierta cobertura ya que incluso amparados en la Ley Federal del Trabajo, en sus artículos 427 y 428, que refiere a la suspensión temporal por falta de materia prima, pueden despedir a los trabajadores “temporalmente”.³²

Es decir aunado a la inseguridad producida por las posibilidades de enfermar, las obreras de la empresa F, enfrentan la inseguridad propia de la empresa al advertir sus vicisitudes cíclicas, mismas que son capitalizadas en forma positiva por parte de la empresa, al imponer cierta movilidad en la mano de obra, que por otra parte le permite mantener “joven y con los menos problemas de salud a su planta productiva”.

Considero que el fenómeno que acabo de describir tiene una explicación en estos marcos ya que de alguna manera los despidos frecuentes y además permitidos o amparados por la propia ley, son manifestaciones estratégicas que permiten la utilización de mano de obra femenina imponiendo una cierta selección, pues bajo un posible argumento de “problemas en la producción” han sido despedidos muchos trabajadores.

³² Bajo este argumento muchos trabajadores se van con la idea de ser de nuevo contratados, pero para ello tienen que mantenerse al pendiente de las nuevas demandas de vacantes y ver si pueden volver a entrar. Tal es el caso de Bety. Ella manifestó que fue despedida porque “no había trabajo” y posteriormente contratada de nuevo, porque insistió. Es posible que en esta cuestión la empresa establezca algunos parámetros para la recontractación, que no fue posible conocer, sin embargo por lo menos me percaté que sí se lleva a cabo. En algunas maquiladoras que probablemente enfrenten procesos de dominación más drásticos, es sabido que especifican al sindicato su no aceptación de obreras que ya hayan trabajado con anterioridad. Véase Hernández, A, 1988.

Anexo

Encuesta

1. Información general. Lugar y fecha de nacimiento, estado civil, número de hijos, escolaridad.
2. Historia laboral. Edad al primer trabajo, características, fecha de ingreso a la fábrica, antigüedad en el puesto actual.
 - 2.1 Características de la jornada. Turnos, tiempo extra, días de descanso, otro trabajo, aspectos que más molestan del tipo de trabajo que desempeña.
 - 2.2 Información sobre riesgos de trabajo y cuidados a la salud. Tipo de información, personas que la proporcionan.
3. Proceso salud/enfermedad/atención.
 - 3.1 Padecimientos. Tipo de padecimientos frecuentes, atención que busca, remedios o medicamentos que toma.
 - 3.2 Enfermedades. Diagnosticadas por un médico en los últimos 6 meses, tratamiento que se le dio.
 - 3.3 Accidentes. Tipo de accidente e incapacidad que generó.

3.4 Incapacidades en el último año, motivo y tiempo.

4. Condiciones de vida. Ingreso al mes, tipo y características de la vivienda, habitantes, dependientes, gasto familiar.
5. Hábitos de consumo de cigarrillo y alcohol.

Entrevista

1. Nociones sobre salud, enfermedad y riesgos laborales sobre padecimientos derivados del trabajo y los no relacionados al trabajo sobre enfermedades no relacionadas con el trabajo. En torno a estos temas se construyeron preguntas sobre: causalidad, autocuidado, control médico y diagnóstico, tipo de información y conocimientos de los principales padecimientos y enfermedades, signos y síntomas, duración de la enfermedad, incapacidades, tipo de atención a la salud que se busca, tratamiento y prevención.
2. Nociones sobre el trabajo fabril. Actitudes frente al trabajo y su significado, conocimientos sobre aspectos técnicos, capacitación, interés por ascender.

Bibliografía

- Boltanski L. *Los usos sociales del cuerpo*. Ediciones Periferia, Argentina. 1975
- Bressani J. *Mujeres y salud (lucha de clases, lucha feminista social, lucha por la salud)*. En: *Salud de la mujer*. UAM-X 1988: 21-28.
- Carrillo. *Mujeres en la industria maquiladora de autopartes*. En: Vania Salles y E. McPHail, coord. *Nuevos textos y Renovados Pretextos*. El Colegio de México 1994.
- Carrillo J, Hernández A. *Condiciones de trabajo y salud en Mujeres fronterizas en la industria maquiladora* SEP/CEFNOMEX, México 1985.
- Denman C. *Indicadores de Salud-enfermedad. El caso de riesgo reproductivo*. En: Menéndez y García (comps) *Prácticas populares, ideología médica y participación social*. Aportes sobre Antropología Médica en México, Universidad de Guadalajara/Ciesas 1992.
- Denman C. *Madres y Maquiladoras en Nogales Sonora*. En: Vania Salles y E. McPHail, coord. *Nuevos textos y Renovados Pretextos*. El Colegio de México 1994.
- Escobar A. *Trayectorias ocupacionales e historias vitales: género y mercado de trabajo en Guadalajara*. En: Luisa Gabayet, et al (comp). *Mujeres y sociedad: salario, hogar y acción social en el occidente de México*. Colección estudios sociales, 4. El Colegio de Jalisco: Ciesas Occidente 1988.
- Fábrega H. *Medical Anthropology*. In: Siegel (comp) *Biennial Review of anthropology* 1972: 167-229.
- Freidson E. *Profesión médica*, Península Barcelona 1979.
- Gabayet L. *Antes éramos mayoría.... las mujeres en la industria textil de Guadalajara*. En: Luisa Gabayet, et al comp. *Mujeres y sociedad: salario, hogar y acción social en el occidente de México*. Colección estudios sociales, 4. El Colegio de Jalisco: Ciesas Occidente 1988.
- Gabayet L. *La industria electrónica en Guadalajara y su fuerza de trabajo*. En: De la Peña, et al. (comps) *Crisis conflicto y sobrevivencia: Estudios sobre la sociedad urbana*. Universidad de Guadalajara/CIESAS 1990.

- Gabayet L. *Las mujeres en la industria electrónica: Familia y Trabajo*, En: Catalina Denman (comp) *Familia, Salud y Sociedad* 1994.
- Hahn, Kleinman. *Biomedical practice and anthropological theory*, En: *Ann Review Anthropol* 1983; 12: 305-33.
- Hernández B. *Las que estamos en la línea. Estudio de caso de una maquiladora de Reynosa*. [Tesis de licenciatura en Sociología] Universidad Iberoamericana 1988.
- Iglesias N. *La flor más bella de la maquiladora*, SEP/CEF NOMEX 1985.
- IMSS. *Memoria estadística de riesgos de trabajo e invalidez*. Dirección de prestaciones médicas. Coordinación de salud en el trabajo 1996.
- Kleinman A, Kleinman J. *Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Experience Culture*, *Medicine and Psychiatry* 1991; 15: 275-301.
- Lailson S. *El impacto de la modernización en la mano de obra femenina: la mecanización en dos empresas productivas*. En: Luisa Gabayet, et al comp. *Mujeres y sociedad: salario, hogar y acción social en el occidente de México*. Colección estudios sociales, 4. El Colegio de Jalisco: Ciesas Occidente 1988.
- Laurell. *Proceso de trabajo y Salud*, En: *Cuadernos Políticos*, No. 17: 35-55, julio-septiembre, México 1978.
- Menéndez E. *La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?* En: *Alteridades Rev.* UAM-IZT, año 4, No. 7 1994.
- Menéndez E. *De algunos alcoholismos y algunos saberes*, CIESAS, México 1996.
- Menéndez E. *Holísticos y especializados: Los usos futuros de la antropología*. En: *Nueva Antropología*. G.V. Editores, México 1997; XVI(52): 9-38.
- Moscovici. *Psicología Social II. Pensamiento, Vida Social y Problemas Sociales*. Paidós, Barcelona 1986.
- Ramírez J. *Perfil físico y social de trabajadores mineros de la empresa explotadora de plata Real de Ángeles, Zacatecas*. Ponencia presentada en el V Coloquio “Juan Comas” 1989.
- Ramírez J. *Los cuerpos olvidados. Investigación sobre el proceso laboral y sus repercusiones en la fuerza de trabajo. Estudio de caso, Los mineros de Real del Monte y Pachuca*, [Tesis, de Licenciatura en Antropología Física]. ENAH, México 1991.
- Ramírez J. *En torno a la percepción social que un grupo de obreras de la industria metalmecánica tiene acerca de sus procesos enfermantos* [Tesis de maestría en Antropología Social] CIESAS, México 1998a.
- Ramírez J. *Percepción social del padecer en un grupo de obreras*. Ponencia presentada al V Congreso Internacional Salud-Enfermedad de la Prehistoria al Siglo XX 19-24 Octubre, México 1998b.
- Ramírez J. *Emergencia de nuevos sujetos de estudio. Necesidad de adecuaciones teóricas*. 1999 en prensa.
- Ravelo P. *La salud de la mujer desde la perspectiva antropológica: una revisión preliminar*. Salud Problema, UAM-X, 1990.
- Ravelo P. *El cuerpo que se pierde en la costura. Trabajo y enfermedad en obreras de la ciudad de México*. En: Menéndez y García (comps) *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre Antropología Médica en México*, Universidad de Guadalajara/Ciesas 1992.
- Ravelo P. *Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la salud en el trabajo femenino*. En: *Género y salud femenina*, Ciesas 1996.
- Ravelo P. *Representaciones sociales de los procesos de salud-enfermedad en obreras del vestido de la ciudad de México* [Tesis de Doctorado en Sociología] UNAM 1998.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. *Convenios de la Organización Internacional del Trabajo ratificados por México*, México 1994.
- Young A. *The Anthropology of Illness and Sickness*, In: *Ann. Review of anthropology*, 1982; 11: 257-85.

