

UCLA

On-Line Working Paper Series

Title

Cambios en el Mundo del Trabajo y la Salud de Las Mujeres: Una Revision desde America Latina

Permalink

<https://escholarship.org/uc/item/5k5529wc>

Authors

Rubin-Kurtzman, Jane R.
Denman Champion, Catalina A.
Monteverde, Gabriela Grijalva

Publication Date

2006-12-01



California Center for Population Research
University of California - Los Angeles

Cambios en el Mundo del Trabajo y la Salud de Las Mujeres: Una Revision desde America Latina

Jane R. Rubin-Kurtzman
Catalina A. Denman Champion
Gabriela Grijalva Monteverde

CCPR-064-06

December 2006

California Center for Population Research
On-Line Working Paper Series



***Cambios en el mundo
del trabajo y la salud
de las mujeres:***

una revisión desde América Latina

JANE R. RUBIN-KURTZMAN

Investigadora visitante del
Programa de Salud y Sociedad
El Colegio de Sonora

CATALINA A. DENMAN CHAMPION

Programa de Salud y Sociedad
El Colegio de Sonora

GABRIELA GRIJALVA MONTEVERDE

Programa de Relaciones Industriales
El Colegio de Sonora



*Cambios en el mundo
del trabajo y la salud de las mujeres:
una revisión desde América Latina*

JANE R. RUBIN-KURTZMAN
Investigadora visitante del
Programa de Salud y Sociedad
El Colegio de Sonora

CATALINA A. DENMAN CHAMPION
Programa de Salud y Sociedad
El Colegio de Sonora

GABRIELA GRIJALVA MONTEVERDE
Programa de Relaciones Industriales
El Colegio de Sonora

Agradecemos el apoyo de la Fundación Ford
para la investigación y publicación de este texto
que forma parte de las actividades del proyecto
"Género y Salud" del Programa Salud y Sociedad
de El Colegio de Sonora.

ENERO DE 2006
HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

Índice

INTRODUCCIÓN	4
PRIMERA PARTE	6
DESAFÍOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO DE LA SALUD Y EL TRABAJO FEMENINO	6
La conceptualización de “trabajo” desde una perspectiva de género	6
La definición estadística de la mujer trabajadora y las fuentes de información	8
Las perspectivas de “mujer en el desarrollo” y “género y desarrollo”	10
SEGUNDA PARTE	12
LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD Y LA SALUD DE LAS MUJERES	12
El proceso salud/enfermedad	12
El mundo de la salud	12
La salud de las mujeres	14
<i>La salud reproductiva-parte de la salud de las mujeres</i>	15
<i>La salud reproductiva y el trabajo de las mujeres</i>	16
TERCERA PARTE	18
LOS ESTUDIOS SOBRE EL TRABAJO Y LA SALUD DE LAS MUJERES	18
Los estudios teórico-metodológicos sobre el trabajo femenino y la salud	18
La economía global, el trabajo de las mujeres y la salud	19
<i>El mundo del trabajo</i>	20
<i>Los actores sociales: las relaciones entre el Estado, la sociedad civil y los individuos</i>	25
<i>Las relaciones al interior de los hogares</i>	27
La investigación sobre la salud y la seguridad ocupacional	31
<i>La salud y la seguridad ocupacional desde la perspectiva de género</i>	32
<i>Los estudios de caso sobre la salud y la seguridad ocupacional de las mujeres</i>	34
<i>La salud de las trabajadoras en la industria maquiladora</i>	40
CONCLUSIÓN	43
MODOS DE VIDA-UNA OPTICA PARA EL ANALISIS FUTURO	43
BIBLIOGRAFÍA	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Elementos para analizar el trabajo femenino	8
Tabla 2. Elementos para analizar el mundo de la salud	13
Tabla 3. Elementos para analizar el proceso de salud/enfermedad de las mujeres	13
Tabla 4. Elementos para analizar la interrelación entre la salud y la reproducción	16
Tabla 5. Líneas de investigación para el análisis del trabajo y la salud de las mujeres	18
Tabla 6. Elementos para analizar las relaciones entre la globalización, el trabajo y la salud de las mujeres	20
Tabla 7. Elementos para analizar la salud de las mujeres y el trabajo de reproducción social de los hogares	30
Tabla 8. Elementos para analizar los factores de riesgo, trastornos y enfermedades de las mujeres	39

INTRODUCCIÓN

Para las mujeres de América Latina, el mundo del trabajo cambió de manera significativa durante los últimos lustros del siglo xx, tanto en la conceptualización del trabajo de las mujeres *per se* como en las características de la actividad femenina en los mercados de trabajo. La perspectiva de género ha contribuido a refinar y ampliar el concepto del trabajo de las mujeres, incorporando dimensiones que anteriormente no se concebían como tal. Frente al agotamiento del modelo económico dirigido hacia los mercados internos y la sustitución de importaciones, la mayoría de los países latinoamericanos han adoptado un modelo neoliberal dirigido hacia los mercados externos. Este modelo ha favorecido la participación de las mujeres en el sector terciario y en las industrias de exportación, y ha propiciado otras transformaciones que las han afectado de manera particular como por ejemplo, el crecimiento del sector informal, las condiciones de trabajo precarias y la subcontratación de las actividades en manos de terceros (Ariza y Oliveira, 2002; Díaz Berr y Medel Riquelme, 2002; Pollack, 1997; Gómez Gómez, 1993). Las recurrentes crisis económicas también promovieron la integración de grupos importantes de mujeres casadas con hijos pequeños a los mercados de trabajo. Los cambios ocurridos se han caracterizado por su doble visión prospectiva y retrospectiva (Gómez Gómez, 1993), ya que, por una parte, representan una nueva manera de concebir las relaciones económicas entre países y por otra se relacionan con transformaciones en las estructuras económicas, demográficas y socioculturales ya existentes.

La mayoría de los estudios sobre el trabajo femenino en América Latina se han enfocado en las condiciones adversas bajo las cuales las transformaciones observadas han acontecido, haciendo hincapié en la situación generalizada de explotación y mala remuneración (Benería, 2001). La relación entre el trabajo y la salud de las mujeres se ha estudiado menos y casi siempre desde ópticas puntuales, como por ejemplo, los factores de riesgo para la salud reproductiva que se vinculan con el trabajo remunerado (Lara y Acevedo, 1996; Denman, 2001), la salud y seguridad ocupacional (De Barros y Nahas, 2001; de De Brito, 1995; Ludemir y Lewis, 2003; Márquez *et al.*, 1995; Santana y Loomis, 2004) y la salud de las trabajadoras en las industrias de exportación (Balcázar *et al.*, 1995; Cedillo *et al.*, 1997; Denman *et al.*, 2003).¹

La envergadura de los cambios en el mundo del trabajo y sus implicaciones para la vida cotidiana de las mujeres y sus familias apunta hacia el trabajo y la salud de las mujeres como un eje importante de investigación. Por lo cual, este texto tiene tres objetivos. El primero es plantear los elementos conceptuales necesarios para comprender la complejidad de la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres. El segundo es revisar la literatura, frecuentemente dispersa, sobre distintos aspectos del tema. El tercer objetivo es tratar de integrar algunos elementos de esta revisión en un esquema teórico-metodológico que abarque las diversas situaciones y los distintos niveles de análisis considerados.

El trabajo se divide en cuatro partes. Comenzamos con una discusión de los desafíos teórico-metodológicos en torno al estudio del trabajo femenino y la salud. En la segunda parte, nos centramos en los procesos de salud-enfermedad y la salud de las mujeres. En la tercera parte, revisamos cuatro líneas de investigación que arrojan luz sobre este tema: los estudios teórico-metodológicos; los estudios sobre la economía global, el trabajo y la salud; la salud y la seguridad ocupacional; y la salud de las trabajadoras en la industria maquiladora. Terminamos con la identificación de algunas lagunas importantes y algunas sugerencias para orientar la investigación futura. Como punto de partida para abordar la heterogeneidad de situaciones en América Latina privilegiamos los casos de México, Argentina, Brasil y Chile.

¹ Esta última en cierta medida es una combinación de los enfoques anteriores.

Aunque analíticamente diferenciadas en este ensayo, las categorías de investigación adoptadas en la tercera parte —en la que analizamos los estudios sobre el trabajo y la salud de las mujeres— están estrechamente entrelazadas. Temas que aparecen dentro de una categoría vuelven a aparecer en otra. No obstante las dificultades de clasificar los estudios, la categorización adoptada se justifica por dos razones. La primera es para llamar la atención sobre el grado en que cada categoría de estudios incluye (o no) el análisis de la salud como un elemento que enriquece su perspectiva. La segunda es para apreciar mejor la complejidad de las interrelaciones analíticas de los estudios sobre la salud y el trabajo femenino desde ópticas distintas. Pocos de los trabajos citados integran todas las categorías de análisis que planteamos ni tampoco tratan de problematizar el tema en su totalidad. Una primera conclusión de este ensayo, por lo tanto, es que la porosidad entre categorías nos remite a la necesidad de conceptualizar la relación entre la salud y el trabajo femenino desde una perspectiva más holística y matizada.

La perspectiva de género aporta elementos claves para esclarecer la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres. Pone de manifiesto los límites de las investigaciones que abordan el tema partiendo de una supuesta neutralidad por género. Además, nos permite dar cuenta de los factores biológicos, económicos, sociales y culturales que se expresan a través de las relaciones de poder y subordinación y que se traducen en roles prescritos, actividades, estándares y comportamientos socialmente determinados de mujeres y hombres en sociedades específicas (De los Ríos, 1993). De manera particular, el enfoque de género destaca las relaciones de inequidad entre mujeres y hombres y el impacto que ejerce sobre la vida de las personas (Gómez Gómez, 2002).

PRIMERA PARTE

DESAFÍOS TEORICO-METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO DE LA SALUD Y EL TRABAJO FEMENINO

La conceptualización de “trabajo” desde una perspectiva de género

El desarrollo de actividades para la creación de cosas, materiales y no materiales, para la satisfacción de necesidades humanas ocupa una parte importante de la existencia social de los individuos y los grupos. El trabajo, como concepto que engloba dichas actividades, es un componente central de la condición humana sustentado en su universalidad y en su doble funcionalidad material e ideática para la reproducción social (Palenzuela, 1995).

Al proponer la construcción de un concepto analítico útil que trascienda referentes culturales y temporales específicos, Gamst (1995) define el trabajo humano como un esfuerzo o una actividad energética física y/o mental que tiene un propósito y una utilidad dirigida hacia un objetivo con referencia a las modalidades de comportamiento de una cultura específica o una de sus sub-culturas, a través del cual los individuos y grupos sociales obtienen los medios para el mantenimiento de la vida.

De acuerdo con esta definición, un primer elemento del trabajo humano es la aplicación de esfuerzos y el desarrollo de actividades físicas y mentales para ejecutar alguna tarea determinada. El desarrollo de esfuerzos y actividades no debe entenderse únicamente en sus aspectos físicos y biológicos, sino también en su noción cultural, como acciones de coordinación física y mental, que explícita o implícitamente incorporan el conocimiento y la planeación de acuerdo con algún modelo o diseño realizado según patrones culturales socialmente aprendidos.

Un segundo elemento es la intencionalidad de la acción de trabajo y la utilidad del producto. La intencionalidad se refiere a que la acción de trabajo no es instintiva y se dirige a un fin específico; la utilidad, a que la acción de trabajo deviene en la creación de cosas de valor. La intencionalidad y la utilidad del trabajo confieren a éste otra dimensión social. El propósito de cualquier actividad, así como el valor de cualquier cosa, no existe objetivamente, sino que depende del punto de vista del observador, es definido culturalmente y varía al interior de cualquier cultura específica.

El tercer elemento es la relación del trabajo con la subsistencia humana y la reproducción social. El trabajo está estrechamente relacionado con la adaptación humana al medio ambiente en su forma integral, esto es, tanto geográfico como sociocultural. La acción creadora del trabajo proporciona los medios para mantener la vida, de acuerdo con los requerimientos biológicos y socioculturales que determinan los modos de vida que caracterizan a grupos sociales y sociedades específicas.

El trabajo tiene otras dimensiones sociales, más allá de las ya comentadas. A través de la coordinación y el intercambio, las actividades de trabajo de los individuos interactúan entre sí, estableciendo roles y funciones para la creación de bienes y servicios. En la definición de roles y funciones, las acciones técnicas inherentes al trabajo desarrollado se vinculan con un conjunto amplio de atributos y expectativas que definen el estatus del trabajo y otorgan derechos y obligaciones a quien lo realiza. De esta manera, el trabajo no sólo implica la producción de bienes y servicios, sino también el entramado de relaciones sociales que refleja las convenciones colectivas del modelo simbólico de trabajo construido en cada sociedad y cultura (Gamst, 1995:9). A través de su inserción en los procesos de trabajo y de la interiorización en su ideología, los individuos adquieren y construyen conocimientos, comportamientos, percepciones, actitudes y valores que moldean su inserción social

más allá de su práctica laboral concreta y orientan su cosmovisión y su integración como miembros de una sociedad determinada (Applebaum, 1995).

En las sociedades de mercado modernas, las ideas dominantes sobre el trabajo se elaboran a partir de principios racionalistas de la libertad individual, entre quienes poseen la fuerza de trabajo y quienes la necesitan para hacer producir el capital, y de la relación contractual que se establece entre ellos en el mercado de trabajo (Palenzuela, 1995). La omnipresencia ideológica del mercado y las relaciones que en él se establecen, han reducido el concepto contemporáneo del trabajo a la esfera pública y específicamente bajo la forma de trabajo asalariado, el que no sólo provee una parte de los ingresos monetarios para la adquisición de satisfactores, sino que se convierte en la base para la definición de los derechos de los trabajadores y media el acceso de los individuos y sus familias a los sistemas de seguridad y protección social (Boltvinik y Damián, 2003; Martínez, 1996).

Otras formas de trabajo no remunerado, como las que consideraremos más detalladamente en las páginas que siguen, obtienen escaso reconocimiento social y con frecuencia no son consideradas trabajo. En las últimas décadas del siglo xx, los esfuerzos por hacer visibles las contribuciones económicas de las mujeres han derivado en enfoques alternativos que cuestionan el concepto de trabajo restringido a la esfera mercantil y abogan por su ampliación para incluir las formas de trabajo que producen bienes de uso que también son indispensables para la reproducción humana. En esencia, estos enfoques analizan las ideas sobre producción, reproducción y sus interrelaciones, y plantean que el trabajo debe entenderse como el conjunto de actividades mentales, manuales y emocionales “dirigidas a proporcionar el cuidado necesario, definido tanto en términos históricos como biológicos, para mantener la vida diaria y de generación en generación” (Laslett y Brenner, 1989:382). Los planteamientos sobre la *reproducción social*, también postulan que la organización de la reproducción humana tiene la misma importancia conceptual que la organización de la producción para el mercado (Borderías y Carrasco, 1994).

Estos avances teóricos afectan de manera particular las percepciones en torno al trabajo de las mujeres. Como expresión fundamental de una división sexual del trabajo, las formas más desvalorizadas de trabajo son realizadas mayoritariamente por mujeres (Molyneux, 1994; De Barbieri, 1989; Reskin y Roos, 1990). La división sexual del trabajo se refiere al conjunto de relaciones sociales que establecen la producción para el mercado como ubicación prioritaria de los hombres y la reproducción social como la esfera de responsabilidad principal de las mujeres. Esta división influye en todas las formas en las que los hombres y las mujeres participan tanto en la reproducción, como en la producción, rigiéndose por dos principios organizadores: el de la separación, según el cual existen trabajos de hombres y trabajos de mujeres; y el de la jerarquización, el cual asigna mayor valor a los trabajos de hombres que a los de las mujeres (Kergoat, 2003:847). De esta manera, la división sexual del trabajo no sólo distingue entre el tipo de trabajo desempeñado por hombres y mujeres sino también confiere a los hombres la mayoría de las funciones de trabajo con alto valor social agregado.

Para muchas autoras, la división sexual del trabajo es el núcleo motor de la desigualdad entre hombres y mujeres, pues el menor estatus jerárquico otorgado a los trabajos de las mujeres con respecto al de los hombres, afecta negativamente la forma en la que los hombres ven a las mujeres y las mujeres se ven a sí mismas, reforzando los patrones de autoridad y poder de los primeros sobre las segundas en todos los ámbitos de la vida pública y privada.

¿Cómo se han manifestado estas ideas en América Latina? A partir de la década de los 80, la investigación sobre el trabajo de las mujeres enfatiza la multidimensionalidad del trabajo femenino y plantea una nueva conceptualización que reconoce el trabajo productivo remunerado dirigido hacia el mercado y el trabajo doméstico no-remunerado dirigido hacia la producción de bienes y servicios para la reproducción cotidiana de la familia, o la unidad doméstica (Benería, 1979; 1992;

Benería y Roldán, 1987; García y Oliveira, 1994; Chant con Craske, 2003; Ariza y Oliveira, 2003). Esta perspectiva otorga visibilidad a las múltiples dimensiones del trabajo de las mujeres. No obstante los esfuerzos significativos para validar e integrar el trabajo doméstico y extra-doméstico, todavía prevalece una visión segmentada y fragmentada del trabajo femenino que, según Oliveira y Ariza (2000:17), “refuerza la permanente segregación de las mujeres en la dimensión desvalorizada y no remunerada del mismo: el trabajo doméstico”.

Hilfinger Messias *et al.* (1997), rechazan la dicotomía del trabajo femenino en esferas separadas o un continuo polarizado. Basándonos en su discusión, distinguimos las siguientes formas de trabajo femenino que proporcionan elementos necesarios para analizar el trabajo y la salud de las mujeres:

Tabla 1

Elementos para analizar el trabajo femenino

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • el trabajo reproductivo biológico • el trabajo doméstico • el trabajo para el autoconsumo • el trabajo de esposa o compañera • el trabajo de salvaguardar la salud de otros y de ellas mismas • el trabajo comunitario voluntario • el trabajo de criar y socializar a niños • el trabajo no remunerado dirigido hacia el mercado • el trabajo remunerado en los mercados de trabajo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Dada la complejidad de las relaciones entre una forma de trabajo y otra, reformulamos la metáfora de las autoras para sugerir que el trabajo de las mujeres debe entenderse como la trama y el urdimbre de un telar. El trabajo, igual que una tela, se construye a partir de muchos hilos que se entretrejen de arriba hacia abajo, uniéndose con otros hilos y texturas que resaltan los diversos usos y perspectivas a través de las cuales la complejidad de la tela se refleja.

La definición estadística de la mujer trabajadora y las fuentes de información

El concepto alternativo de actividad económica derivado de esta visión del trabajo se extiende para incluir todas las actividades que redundan en la producción de bienes y servicios orientados a la subsistencia y reproducción de las personas, independientemente de las relaciones bajo las cuales se produzcan (Benería, 1988). Varias autoras han hecho un llamado urgente para incorporar las diferentes modalidades de trabajo al análisis empírico (Kergoat, 2003; Izquierdo, 1998; Acker, 1990; Laslett y Brenner, 1989; Reskin y Roos, 1990) y algunas han desarrollado la idea de extender la cuantificación del valor económico a las formas de trabajo no dirigidas hacia el mercado, particularmente las realizadas al interior de los hogares (Pedrero, 2004; Vandelaer, 1994).

Existen desafíos serios para la enumeración de las diversas formas del trabajo femenino. Con frecuencia, no son fáciles de diferenciar. Tanto en el contexto urbano como en el rural surgen situaciones en las que el trabajo doméstico y extra-doméstico coexisten de tal manera que las mujeres desarrollan actividades destinadas al mercado dentro del hogar junto con otras destinadas a la reproducción social de la familia o de la unidad doméstica. Las mujeres laboran para traer un aporte económico directo y laboran indirectamente para facilitar la contribución económica de otros. El

análisis empírico se complica porque regularmente las mujeres mismas no distinguen entre las labores que desempeñan. Un reto de la investigación es diferenciar entre las diversas formas de trabajo con el fin de reconocerlas, captarlas y resaltar las diferencias sociodemográficas de las mujeres que las llevan a cabo (Pollack, 1997; García, 1998).²

Los cambios en el mundo del trabajo no han ido acompañados de modificaciones adecuadas en los indicadores utilizados para medir y caracterizar la situación actual. Benería (1991, 1992) y Pollack (1997) documentan deficiencias importantes respecto a la forma de recopilar la información estadística y las definiciones y conceptos sobre los que se basan los indicadores para evaluar el trabajo de las mujeres.

Pollack atribuye los problemas de medición a las definiciones de actividad económica adoptadas en la normativa internacional y a la aplicación selectiva de criterios. Por ejemplo, una definición comúnmente utilizada para medir la fuerza de trabajo o la población económicamente activa se refiere a “personas que ofrecen su mano de obra para la producción de bienes y servicios económicos” (Pollack, 1997:17). Varias autoras vinculan el déficit en la remuneración de las mujeres con las limitaciones conceptuales de esta definición (Ariza y Oliveira, 2003; Benería, 1992; Pollack, 1997). La subestimación o la invisibilidad de la participación femenina en actividades como la producción de subsistencia, el trabajo no remunerado, la producción doméstica y el trabajo comunitario se debe a que conceptualmente estas actividades no se consideran actividades económicas. De esta suerte, Ariza y Oliveira (2003) distinguen entre el *empleo femenino*, definido como el desempeño de alguna actividad económica extra-doméstica, particularmente asalariada, y el *trabajo femenino* que abarca las múltiples actividades ya mencionadas.

Más allá de lo estadístico, la invisibilidad del trabajo femenino en las cuentas oficiales dificulta el análisis de los riesgos de salud que enfrentan las mujeres. Por ejemplo, el derecho a prestaciones de salud y de seguridad social generalmente está determinado por una definición de empleo que no reconoce el trabajo doméstico, la actividad en el sector informal o la subcontratación (Ariza y Oliveira, 2003).

Otros desafíos estadísticos están relacionados con el alcance de la información disponible. Por una parte, estudios cuantitativos como los de De Brito (1995), Ludemir y Lewis (2003), y Santana (1997, 2003) aprovechan encuestas sociodemográficas, diseñadas para otros propósitos, para captar algunas diferencias por género. Por otra parte, contamos con estudios cualitativos de diversa naturaleza (estudios etnográficos, entrevistas en profundidad, encuestas pequeñas cuyas características de muestreo sólo permiten un análisis bivariado). Mientras que estos estudios ofrecen una gran riqueza descriptiva, solamente describen situaciones puntuales. Estudios de caso como los de Garduño y Rodríguez (1990), Ravelo (1992), y Uribe *et al.*, 1990; 1991) adoptan una perspectiva de género para plantear interrogantes de investigación y crear variables claves que podrían aprovecharse en el diseño de futuros análisis cuantitativos. Hasta la fecha pocas investigaciones hacen el nexo entre lo cualitativo y lo cuantitativo, aun cuando se ha señalado la necesidad de desarrollar metodologías que combinen técnicas analíticas de ambos enfoques (Martínez Salgado, 1998; Cruz, 2003). Refiriéndose a la estimación de modelos causales en la investigación socio-demográfica, Moffitt (2005) considera que aunque el análisis descriptivo esté subvaluado, la aplicación de modelos de regresión u otras técnicas para estimar promedios condicionales, resulta problemática porque pueden malinterpretarse como reflejo de relaciones causales cuando no las son. El autor hace hincapié en la necesidad de marcos teóricos sólidos y la utilización de métodos distintos. El *modus*

² Los estudios de Uribe *et al.* (1990, 1991) son los únicos trabajos empíricos que encontramos que incluyen el trabajo doméstico como una categoría de trabajo.

operandi de la investigación debe ser la recopilación de información de modo que se pueda construir un consenso que sintetice diferentes fuentes de datos y el conocimiento acumulado para formular teorías con respecto a las fuerzas sociales en juego y los supuestos que subyacen a las teorías y los hallazgos existentes.

Las perspectivas de “mujer en el desarrollo” y “género y desarrollo”

Los paradigmas de “mujer en el desarrollo” y “género en el desarrollo” dominaron el debate en torno al género durante las décadas de los 80 y 90. Consideramos útil detenernos en este debate ya que arroja luz sobre la trayectoria seguida en la conceptualización de la relación entre la salud y el trabajo femenino.

En 1977, la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas (CEPAL) presentó un Plan de Acción Regional para integrar a las mujeres al desarrollo económico y social. El plan enfatizó el papel reproductivo de las mujeres e hizo hincapié en su rol de madre en relación con el cuidado y la socialización de los niños. El propósito central del enfoque conocido como “mujer en el desarrollo” fue dismantelar las relaciones de género y las inequidades derivadas de la subordinación de las mujeres dentro de la familia y en el mercado. Se implementaron una serie de programas con la meta de integrar a las mujeres a la formulación de políticas y a los programas de desarrollo. La segmentación de los mercados de trabajo y las inequidades respecto al acceso al trabajo remunerado y a recursos y servicios básicos se identificaron como obstáculos que impedían esta integración.

Una de las prioridades del enfoque “mujer en el desarrollo,” articulada por el sector salud de muchos países durante la Década de la Mujer de las Naciones Unidas (1976-1985), fue la de “mujer, salud y desarrollo”. El concepto de “mujer, salud y desarrollo” se basó en la integración de las mujeres al desarrollo de programas y servicios de salud y al proceso de toma de decisiones. Se pensó que aumentar los conocimientos de las mujeres sobre la salud, la nutrición y la higiene tendrían efectos positivos a través del desempeño de su papel como cuidadoras de la salud familiar y como agentes de socialización. En su capacidad como agentes de la comunidad, el acceso a mayores conocimientos sobre la salud también les permitiría tomar decisiones y hacer recomendaciones que mejorarían la eficacia y eficiencia de los programas de salud y la posición de las trabajadoras en el sector salud (de los Ríos, 1993). De tal suerte, el enfoque de “mujer, salud y desarrollo” hizo hincapié en los programas de planificación familiar y nutrición en el sector salud al considerar que contribuirían a disminuir los riesgos reproductivos y a eliminar las barreras de su participación en la fuerza de trabajo impuestas por los embarazos numerosos y frecuentes.

Según de los Ríos (1993), los enfoques de “mujer en el desarrollo” y “mujer, salud y desarrollo” produjeron muchos esfuerzos y pocos logros. Con un énfasis sobre todo en su papel reproductivo, las mujeres fueron concebidas como un “insumo”. La maternidad fue sobrevalorada como el papel central de las mujeres, en tanto que otros aspectos de su vida fueron menospreciados. El objetivo de integrar a las mujeres a los programas de desarrollo y las políticas sociales creó un sesgo hacia aspectos “tangibles, materiales y/o medibles” de su vida, por ejemplo, su condición económica, su posición en los mercados de trabajo, su fecundidad, su estado de salud y su participación en la toma de decisiones (Chant con Craske, 2003).

A la luz de estas consideraciones y en contra-ofensiva al auge neoliberal de la década de los 90, surgieron nuevos lentes de análisis como el desarrollo humano, el ajuste con cara humana, el desarrollo sustentable, la equidad, el multiculturalismo, las diferencias, la diversidad, y de particular pertinencia aquí, el género y el desarrollo.

Chant con Craske señalan dos avances analíticos que reorientaron el énfasis hacia el género en lugar de la mujer. El primero fue tomar en cuenta las diferencias sociales, demográficas, económicas y culturales entre mujeres y la importancia de analizar estas diferencias al interior de grupos sociales determinados y contextos específicos. El segundo fue reconocer el género como una categoría relacional, dinámica y socialmente construida (Szasz, 1999). Es decir, reconocer las diferencias entre grupos de mujeres así como entre hombres y mujeres dentro de los mismos grupos.

La óptica de “género en el desarrollo” nos permite abordar el tema de la salud y el trabajo femenino de manera más holista. Al nivel micro, la socialización de paradigmas culturales de masculinidad y feminidad promueven actitudes y comportamientos que conllevan riesgos diferenciados para el bienestar y la salud física y mental de las mujeres y de los hombres. Al nivel macro, el género determina la división sexual del trabajo y las prácticas de instituciones sociales y económicas tales como la familia, los sistemas de salud y educación formales, los mercados de trabajo, la religión, y la ley, otorgándoles valores, prestigio, actividades y remuneraciones diferenciados por género.

La perspectiva de “género y desarrollo” enriquece el análisis de la salud y el trabajo femenino mediante varios mecanismos. En primer lugar, propone identificar y cambiar las relaciones de poder y subordinación que influyen sobre el acceso y control de los recursos de salud a través de prácticas y actitudes discriminatorias. Segundo, procura diferenciar necesidades de salud por género. Tercero, trata de esclarecer cómo la división sexual del trabajo y los patrones de socialización prevalecientes privilegian a los hombres en detrimento de las mujeres. Por ejemplo, Oliveira y Ariza (2000) detallan cómo la combinación de la división sexual del trabajo al interior del hogar y el aumento de actividad extra-doméstica constituyen los ejes principales de desventaja económica y social relativa, o de exclusión social de las mujeres. Un componente de esta exclusión es la reclusión de las mujeres en espacios domésticos y extra-domésticos aislados que las privan de contactos y recursos sociales y puedan tener efectos negativos sobre su salud física y mental. Cuarto, intenta modificar explicaciones que atribuyen los problemas de salud de las mujeres a una causalidad estrictamente biológica. Y, finalmente, busca transformar el imaginario del cuerpo femenino como una simple máquina reproductiva.

La teorización sobre el “género en el desarrollo” aporta elementos importantes al entendimiento de la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres. Arroja luz sobre las diferencias por género en la relación con el trabajo, las trayectorias laborales, las relaciones sociales y las relaciones al interior de la familia y las prácticas respecto a la salud (Harlow, Denman y Cedillo, 2004). La división sexual del trabajo determina el monto y los tipos de trabajo efectuados por hombres y mujeres, así como la distribución de los beneficios económicos y sociales derivados del trabajo femenino dentro y fuera del hogar. Otorga a las mujeres la responsabilidad de asegurar la salud familiar, aumentando su carga de trabajo con tareas como las de hervir el agua, preparar alimentos nutritivos, llevar niños a vacunarse, atender niños, ancianos y enfermos, y mantener un nivel adecuado de higiene dentro del hogar. Esta doble jornada del trabajo doméstico y extra-doméstico incide sobre la salud de mujeres que desempeñan ambos tipos de actividades.

El género también condiciona las percepciones de salud, enfermedad, bienestar y malestar, los determinantes de la salud y las medidas adoptadas para responder a situaciones diversas (Gómez, 1993). Frente a condiciones de riesgo que afectan a ambos sexos, las necesidades de salud de mujeres y hombres son diferentes porque el género otorga una distribución diferencial de los recursos familiares y sociales necesarios para la promoción, protección, y mantenimiento de la salud (de los Ríos, 1993). En resumen, el enfoque de “género y desarrollo” enriquece nuestra comprensión de las interrelaciones entre diversos procesos que afectan la salud de las mujeres.

SEGUNDA PARTE

LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD Y LA SALUD DE LAS MUJERES

El proceso salud/enfermedad

Para entrar al tema de la salud es preciso acotar lo que nosotras entendemos por este concepto. Ha sido casi un lugar común referirse a la definición de la Organización Mundial de la Salud que plantea la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad (WHO: 100).³ Sin embargo, esta definición tan amplia aporta poco para identificar aspectos específicos de cómo los hombres y las mujeres viven cotidianamente su salud. Recientemente, conceptualizaciones provenientes de las ciencias sociales ya no se refieren ni a la ausencia de enfermedad ni a los estados *completos* de salud, sino más bien a las construcciones culturales en torno a los cuerpos.

Para nosotras, el término *cuerpo* tiene un sentido integrador que incorpora la materia física, la mente y las emociones. Uno de los enfoques que ayuda a iluminar el trinomio mujer-trabajo-salud es el de la antropología médica. Según Lock y Scheper-Hughes (1996), la antropología médica se centra en el estudio del cuerpo en su contexto. A diferencia del supuesto de un sujeto histórico universal que caracteriza la biomedicina, “la antropología médica crítica-interpretativa se confronta con cuerpos rebeldes y ‘anárquicos’ —cuerpos que rehusan adaptarse (o someterse) a las categorías supuestamente universales y a los conceptos de enfermedad, malestar y eficacia médica” (Lock y Scheper-Hughes, 1996:43).

La antropología médica entonces no se limita al estudio de sistemas y prácticas médicas alternativas, sino que pretende entender: “la manera en que todo el conocimiento relacionado al cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio” (*Idem*).

La tarea consiste en describir las concepciones culturales y narraciones construídas sobre el cuerpo para luego mostrar usos sociales, políticos e individuales en la práctica. El conocimiento generado se conceptualiza en estrecha relación con las prácticas y el cambio social y político. En la práctica, este conocimiento no sólo esclarece las expresiones de malestar individual, sino también malestares sociales y políticos que al entenderse mejor permiten negociar las relaciones de poder.

El mundo de la salud

Proponemos el concepto de “mundo de la salud” como un mecanismo de análisis que incorpora conocimientos, creencias y prácticas individuales, familiares e institucionales para mantener la salud y contrarrestar la enfermedad. Entender cómo estos factores influyen sobre la salud de las mujeres y de los hombres implica tomar en cuenta estos elementos y la forma en la que las relaciones de género determinan sus impactos diferenciados.

La perspectiva de género matiza el análisis del proceso de salud-enfermedad. Las relaciones de género afectan profundamente la salud de las mujeres en términos de los patrones diferenciados de morbilidad y mortalidad así como el acceso y provisión de los servicios de salud. Sin traducirse

³ Preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptado durante el Congreso Internacional de Salud, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 representantes; entró en vigor el 7 de abril de 1948 (*Official Records of the World Health Organization*, no. 2, p. 100).

Tabla 2

Elementos para analizar el mundo de la salud

- las enfermedades y los trastornos específicos
- las creencias y los conocimientos respecto a la salud y la enfermedad
- las prácticas individuales respecto a la salud y la enfermedad
- las prácticas familiares respecto a la salud y la enfermedad (socialización, nutrición, higiene, remedios, modos de atención y cuidado)
- la atención de determinadas condiciones según la medicina occidental
- la atención de determinadas según la medicina indígena tradicional
- la atención de determinadas condiciones según distintas formas de medicina oriental
- los servicios y las técnicas para fomentar la salud y el bienestar (nutrición, meditación, ejercicio, masaje, relajación)
- los costos económicos de la salud y la enfermedad
- las instituciones y la salud (el Estado, la seguridad social, la ley, la empresa privada, las prestaciones sociales, el seguro médico privado)

necesariamente en indicadores “objetivos” de salud, factores como el grupo social, la edad, la actividad en los mercados de trabajo, las condiciones del trabajo, el lugar de origen y de residencia, la posición dentro del hogar, la carga del trabajo doméstico, el número de hijos, la etnia y el estatus migratorio influyen sobre la calidad de vida y tienen una pertinencia especial para las mujeres (Chant con Craske, 2003). La identidad, la manera de vivir la salud y la enfermedad, las formas de atender la salud de sí mismo y de otros, la manera de enfermarse, las relaciones sexuales, la imagen del cuerpo, los comportamientos reproductivos y sexuales, y hasta las formas de morir, varían por género dentro de contextos socio-históricos específicos (Ravelo Blancas, 1995b).

De Chant con Craske (2003) y de Gómez Gómez (1993) tomamos una serie de elementos que permiten entender las condicionantes del proceso salud/enfermedad de las mujeres.

Tabla 3

Elementos para analizar el proceso de salud/enfermedad de las mujeres

- Factores de fondo:
 - las relaciones de poder entre países del Norte y del Sur
 - las industrias transnacionales de farmacéuticos, de equipos y de provisiones médicas
 - los fenómenos populares locales tales como las estructuras comunitarias y la distribución de recursos
 - los efectos diferenciados o exclusivos por género de factores políticos, sociales y económicos que determinan las prioridades de investigación en salud
- Factores vinculados con los servicios de salud:
 - las prioridades de financiamiento y de la organización del sector salud a nivel nacional
 - las problemáticas a nivel local como el acceso a servicios y las prioridades locales
- Factores relacionados directamente con el estatus de las mujeres:
 - la autonomía
 - las percepciones en torno a la salud y la enfermedad
 - el acceso y control sobre los recursos básicos de protección a la salud a nivel de sociedad y hogar (la alimentación, la información, el trabajo remunerado, la atención médica, la cobertura de seguridad social)
- Factores ligados a los patrones y riesgos de enfermedad y las conductas asociadas con la búsqueda de atención para mantener o mejorar la salud:
 - los riesgos específicos vinculados con actividades o tareas socialmente definidas como femeninas o masculinas
 - las necesidades de atención especial, aún tratándose de condiciones que afecten a ambos sexos

La equidad de género en cuanto a la salud no implica ignorar el sustrato biológico asociado a tasas de mortalidad y morbilidad diferenciales, ni insistir en cuotas de recursos y servicios iguales para mujeres y hombres. Más bien se trata de eliminar las diferencias remediabiles en la estructura de oportunidades que impiden a las mujeres gozar de buena salud y no enfermarse, discapacitarse o morir por causas prevenibles así como diferencias masculinas asociadas con riesgos diversos para la salud. La equidad de género exige que: “Los recursos de atención se asignen diferencialmente según las necesidades particulares de mujeres y hombres; los servicios se reciban de acuerdo con las necesidades de cada sexo, y los servicios se paguen según la capacidad económica de las personas, no según la necesidad o riesgo diferencial por sexo” (Gómez Gómez, 2003:328).⁴

La salud de las mujeres

¿En qué consiste la salud de las mujeres y cómo surgió como foco de estudio y de atención? La perspectiva de género aplicada a la salud ha contribuido al reconocimiento de las diferencias biológicas, sociales, económicas, demográficas y culturales entre mujeres y hombres que afectan los factores de riesgo para la salud, el acceso a los servicios y el diagnóstico, así como la vivencia y tratamiento de problemas y condiciones no-reproductivas como las enfermedades cardíacas, la hipertensión y la salud mental (Burín, 1995; Chesney y Ozer, 1995; Koblinsky, Campbell y Harlow, 1993; Rodríguez-Trias, 1992). El énfasis en la salud de las mujeres también se basa en cambios demográficos que han contribuido al reconocimiento de que los servicios de gineco-obstetricia tradicionales ya no satisfacen las necesidades de salud y de atención clínica de mujeres en edades post-reproductivas (Leslie, Rubin-Kurtzman y Goldani, 2001).

Para empezar, cabe distinguir entre los aspectos de la salud que sólo afectan a las mujeres y aquellos que afectan a mujeres y hombres de manera diferenciada. Chesney y Ozer (1995) sugieren que la salud de las mujeres abarca las siguientes condiciones: aquellas que sólo ocurren en mujeres; aquellas que son más comunes o más serias entre mujeres; y aquellas condiciones cuyos síntomas, factores de riesgo o intervenciones son diferentes para mujeres y hombres. Leslie, Rubin-Kurtzman y Goldani (2001) observan que todas las condiciones que sólo afectan a las mujeres están relacionadas con la salud reproductiva: el embarazo, el parto, el síndrome premenstrual, la histerectomía y los cánceres de mama y cérvico-uterino y el climaterio. Algunas condiciones más comunes o más severas que no necesariamente se refieren a la salud reproductiva, incluyen la obesidad, los trastornos de alimentación, la deficiencia de yodo, las condiciones artríticas, la depresión y la diabetes. El análisis por género indica que la prevalencia más alta de estas condiciones se debe tanto a diferencias biológicas como sociales. La salud de las mujeres también engloba condiciones como la hipertensión, el estrés, las enfermedades del corazón, el cáncer de los pulmones, el homicidio, el suicidio, la violencia, y el SIDA, cuyos factores de riesgo, manifestaciones, tratamientos o tamizaje son diferentes de los de los hombres (Auerbach y Light, 1995; Langer y Lozano, 1998). Sin negar la importancia de los servicios de salud, las opciones reproductivas, las técnicas de detección y los fac-

⁴ Queremos destacar, como una contribución importante al análisis de la relación entre género y salud, la investigación de la última década sobre masculinidades (Szasz, Lerner, Figueroa, Núñez, entre otros autores).

tores de alimentación, el ejercicio físico y otras prácticas benéficas para la salud de las mujeres, Rodríguez-Trias (1992) destaca que las condicionantes socioeconómicas y culturales que se manifiestan al interior de los hogares, las comunidades y las ciudades son, a veces, determinantes más significativos de la salud o de la enfermedad, de la vida o de la muerte, que el propio acceso a los servicios de salud. Finalmente, y con énfasis particular en este texto, se encuentra el impacto que las varias formas de trabajo femenino ejercen sobre la salud de las mujeres.

La salud reproductiva-parte de la salud de las mujeres

Un eje de la salud de las mujeres que ha adquirido una resonancia extraordinaria desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo convocada en 1994 por las Naciones Unidas en El Cairo es el de la salud reproductiva. Según Lerner y Szasz (2003:309-310), la salud reproductiva abarca los siguientes elementos:

- 1) que los individuos puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual;
- 2) que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y cada cuánto hacerlo (lo que significa que los hombres y las mujeres tienen el derecho a estar informados y a acceder a métodos seguros, efectivos, accesibles y culturalmente aceptables de anticoncepción entre los cuales puedan elegir;
- 3) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros; y
- 4) que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la supervivencia y el bienestar materno infantil (lo que implica el derecho al acceso a servicios de salud de buena calidad).

Figuroa (1997) señala que la salud reproductiva es un concepto en evolución en el que se pueden distinguir por lo menos cuatro enfoques: el campo biomédico, en el que domina la investigación clínica y epidemiológica; el poblacional; el feminista; y el social. De esta suerte, el enfoque de la salud reproductiva ha sido ampliamente adoptado por grupos diversos dentro del sector salud, la academia y la sociedad civil, y ha generado una extensa bibliografía en América Latina.

El paradigma de la salud reproductiva representa un avance importante sobre los enfoques reduccionistas anteriores que se centraban en programas y servicios puntuales como la planificación familiar, la salud materno-infantil y la infección por VIH/SIDA (Langer, 2003). Aquellos programas que se desarrollaban dentro del sector público tenían la obligación de proporcionar servicios orientados hacia objetivos prácticos, operativos y de bajo costo, y de poder demostrar el logro de metas programáticas específicas (Szasz y Lerner, 2002). El enfoque de la salud reproductiva, en cambio, deliberadamente desenfata los servicios que establecen metas específicas y evita privilegiar el embarazo como el punto de contacto principal entre las mujeres y los servicios de salud (Lerner y Szasz, 2003; Szasz y Lerner, 2002; Winikoff, 1988).

La salud reproductiva retoma el enfoque de las ciencias sociales sobre la reproducción humana, explícitamente evitando la visión del bienestar femenino derivado de su capacidad reproductiva, que ha caracterizado el campo demográfico y la intervención médica. Centrándose en el enfoque social, Figuroa (1997:167-168) identifica las siguientes dimensiones que deben analizarse en la interrelación de la salud y la reproducción:

Tabla 4

Elementos para analizar la interrelación entre la salud y la reproducción

- “el papel que juegan en la sexualidad y en los procesos reproductivos el Estado y las políticas públicas, las instituciones religiosas, escolares, de salud, los medios masivos de comunicación y las familias, entre otras;
- los procesos de socialización y de construcción de la identidad de género y de las relaciones intergenéricas, cuya simetría condiciona la vivencia de la sexualidad y la salud reproductiva;
- la satisfacción de los derechos individuales, políticos (incluyendo la participación) y sociales (acceso a la alimentación, a la educación, al trabajo y a la atención de la salud) reconocidos como condiciones para reducir diferentes tipos de problemas en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción”.

La investigación basada en las ciencias sociales ha abierto temas novedosos como el papel de los actores sociales y la interacción entre los individuos, los grupos sociales y las instituciones; las relaciones de poder; las identidades de género; las relaciones entre la cultura, las normas, los valores, las acciones y los significados subjetivos; las instituciones; la autonomía de los individuos; las dimensiones éticas; los derechos; y la ciudadanía. Este tipo de investigación también hace hincapié en los conflictos de poder entre los individuos y los grupos en distintos niveles de la sociedad. Explícitamente incorpora la salud sexual, reconoce que la sexualidad va desde la adolescencia hasta la tercera edad, y rebasa la procreación para incluir el placer y la identidad sexual (Lerner y Szasz, 2003). Por primera vez toma en cuenta el papel de los hombres en la reproducción humana, no sólo en términos de su papel reproductivo biológico sino también en relación con la construcción cultural de la masculinidad.

Para los fines de este texto, un aspecto importante de la salud reproductiva es que dirige nuestra atención hacia problemas como la coerción, la violencia sexual en el trabajo y en el hogar, y el tráfico sexual, situaciones todas que se vinculan directamente con los roles reproductivos de mujeres y de hombres (Leslie, Rubin-Kurtzman y Goldani, 2001; Szasz y Lerner, 2002). Por último, la salud reproductiva ha sido objeto de luchas políticas y de la movilización de grandes redes de mujeres en todo el mundo que exigen que los derechos reproductivos se reconozcan como derechos humanos (Szasz y Lerner, 2002).⁵ En algunos casos estas luchas se han traducido en reformas legales, focos de campañas políticas, y sobre todo en una creciente concientización a nivel global acerca del derecho de las mujeres de controlar sus propios cuerpos.⁶

La salud reproductiva y el trabajo de las mujeres

La salud reproductiva se relaciona con las múltiples dimensiones del trabajo femenino. Sin embargo, requiere un mayor desmenuzamiento para poder distinguir los diferentes aspectos de la vida de las mujeres en los que la relación mujer-salud-trabajo se manifiesta:

⁵ Según Szasz y Lerner (2002), los derechos reproductivos comprenden, entre otras cosas, el acceso a la anticoncepción, la nutrición materna e infantil, la atención pre y posnatal y la libre autodeterminación acerca del tamaño de la descendencia.

⁶ Agradecemos a las doctoras Ivonne Szasz, Ana Langer y Susana Lerner sus valiosos comentarios sobre estos temas.

El trabajo reproductivo. La salud reproductiva se vincula con el trabajo reproductivo a través de la maternidad; la lactancia; las decisiones sobre la reproducción y la anticoncepción; y la disponibilidad de una gama amplia de métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar (incluyendo el aborto inducido bajo las normas legales vigentes) que concuerdan con los valores culturales prevalecientes. Las relaciones de género forman parte del trabajo reproductivo en cuanto a su relación con la sexualidad, la educación sexual de los hombres y las mujeres, la paternidad y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

El trabajo doméstico. El trabajo doméstico se relaciona con la salud reproductiva a través de la división sexual del trabajo, el impacto de la carga de trabajo sobre la sexualidad, el estrés, la fatiga, los problemas circulatorios y los quehaceres específicos que pueden resultar dañinos a la salud, como por ejemplo, el uso de sustancias tóxicas para el mantenimiento de la casa y el contacto con ellas al lavar ropa contaminada, el riesgo de quemaduras y cortadas relacionadas con la preparación de alimentos y los problemas ergonómicos asociados con el trabajo de limpieza y el mantenimiento del hogar.

El trabajo de cuidar la salud de otros y de las mujeres mismas. El trabajo de cuidar la salud de otros y de las mujeres mismas puede presentar un reto para mujeres en edades reproductivas debido al impacto potencialmente negativo que este tipo de exigencias físicas y psicológicas conllevan para la reproducción, la sexualidad y la exposición a infecciones eventualmente dañinas para la salud reproductiva como la rubéola.

La crianza y educación de los niños. El monto del trabajo relacionado con la crianza y educación de los niños varía según el número de hijos y el nivel socioeconómico de la familia. En la mayoría de los casos este tipo de trabajo implica esfuerzo físico y emocional, fatiga, y la exposición a enfermedades contagiosas que pueden tener repercusiones sobre la salud reproductiva y la sexualidad.

El trabajo de esposa o compañera. El trabajo de esposa o compañera y la salud reproductiva se relacionan a través de las relaciones de género y la sexualidad. Elementos centrales de esta relación incluyen la violencia doméstica, las enfermedades sexualmente transmitidas incluyendo el VIH/SIDA y los conflictos de pareja en torno a la procreación, desde la anticoncepción hasta la reorganización de la crianza.

El trabajo remunerado y no remunerado dirigido hacia el mercado. Finalmente, el trabajo no remunerado dirigido hacia el mercado y el trabajo remunerado pueden acarrear consecuencias para la salud reproductiva a través de: la doble jornada y el estrés creado por la competencia entre las demandas del hogar y las demandas del trabajo; la falta de condiciones adecuadas para mujeres lactantes y embarazadas en los lugares de trabajo; los trastornos menstruales vinculados con ciertos tipos de trabajo; las pruebas obligatorias de embarazo realizadas en ciertas industrias; el uso de materiales potencialmente peligrosos para la salud reproductiva y la fatiga. Y para el caso específico de las trabajadoras del sexo, los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual vinculadas con la naturaleza de su trabajo.

TERCERA PARTE

LOS ESTUDIOS SOBRE EL TRABAJO Y LA SALUD DE LAS MUJERES

Hemos identificado cuatro líneas de investigación cuya lectura aporta diversos elementos de análisis del tema del trabajo y salud de las mujeres.

Tabla 5

Líneas de investigación para el análisis del trabajo y la salud de las mujeres

- Los estudios teórico-metodológicos sobre el trabajo y la salud de las mujeres
- Los estudios sobre la economía global y las mujeres
 - estudios sobre el mundo del trabajo
 - estudios sobre los actores sociales: el Estado, la sociedad civil y los individuos
- Los estudios sobre la salud y la seguridad ocupacional
- Los estudios sobre las trabajadoras en la industria maquiladora

Aun cuando la relación mujer/trabajo/salud no necesariamente representa el eje principal de reflexión, hemos seleccionado elementos claves de cada enfoque que pueden orientar la investigación futura.

Los estudios teórico-metodológicos sobre el trabajo femenino y la salud

La década de los 80 vio nacer el interés en el tema de la salud de las mujeres desde la perspectiva de género. Se empezó a cuestionar el modelo médico biológico tradicional y se planteó la reconceptualización de diversos aspectos de la salud a partir del género (Basaglia *et al.*, 1979; Garduño y Rodríguez, 1990; Alvear, 1988). Aparecieron una serie de reflexiones teórico-metodológicas sobre la relación entre la salud y el trabajo femenino. La mayoría contenía revisiones de la bibliografía existente, recomendaciones para acciones concretas y líneas de investigación futura (Ravelo Blancas, 1995; Aquino, 1995; Buvinic *et al.*, 2002; Cruz *et al.*, 2003; Díaz Berr y Medel Riquelme, s/f; García, 1998; Lara, 1998; Martínez, 1998; Hilfinger Messias *et al.*, 1997). Pocas presentaban datos basados en investigaciones empíricas.

Hilfinger Messias *et al.* (1997) y Gómez Gómez (1993) se refirieron a tres modelos teóricos que orientaron la investigación sobre el trabajo femenino y la salud: el modelo de estrés y sobrecarga; el modelo de los beneficios del trabajo para la salud; y el modelo de expansión e integración de roles.

El modelo de estrés y sobrecarga supone que la combinación del trabajo extra-doméstico y el trabajo doméstico puede ejercer presión sobre las mujeres de modo que afecte negativamente su salud física y mental. Basado en la experiencia tradicional de los hombres, este modelo privilegia el trabajo remunerado y el lugar de trabajo como las principales fuentes de estrés. Una limitante del modelo es el supuesto de que la misma experiencia de los hombres, tanto respecto al trabajo como respecto a la enfermedad, se reproduce entre las mujeres. Otra es no tomar en cuenta el ámbito

doméstico como fuente de estrés, considerando que las mujeres que no tienen trabajos remunerados no están sujetas al estrés.

El modelo de los beneficios a la salud supone que los roles socialmente valorados como el matrimonio, la maternidad y el trabajo remunerado aportan beneficios a la salud de las mujeres. Buvinic *et al.* (2002) plantea que el trabajo remunerado tiene efectos positivos sobre la salud de las mujeres, aumentando su autoestima, su confianza en sus decisiones personales, y sus redes de apoyo social. Sin embargo, el modelo no toma en cuenta la calidad del trabajo y las diferencias sociodemográficas entre mujeres y sus familias. Tampoco considera el hecho de que los hallazgos que confirmen la hipótesis pueden estar condicionados por el llamado “efecto del trabajador saludable”, el cual postula que mujeres sanas tienen mayores probabilidades de desempeñar actividades extra-domésticas (Harlow, Denman y Cedillo, 2004).

El modelo de expansión e integración de los roles investiga el número y el tipo de roles que realizan las mujeres, y considera el estatus del trabajo en relación con otros roles tales como el matrimonio y la maternidad. Este modelo plantea que el sentimiento de eficacia derivado del trabajo junto con la expansión de las redes de apoyo social pueden contribuir a la adopción de conductas saludables, por ejemplo, el ejercicio físico o el dejar de fumar. Varios estudios constatan que los indicadores de salud de mujeres con trabajos remunerados son mejores que los de mujeres que sólo se dedican al trabajo doméstico. Las mujeres con trabajos extra-domésticos reportan menos síntomas crónicos, menos visitas médicas, y menos limitantes sobre sus actividades debidas a la enfermedad (Debert-Ribeiro, 1993; Lara, 1998; Buvinic *et al.*, 2002).

La economía global, el trabajo de las mujeres y la salud

En este apartado exploramos otra línea de investigación que se refiere a los impactos de la globalización sobre el trabajo y la salud de las mujeres. Las transformaciones económicas y socioculturales derivadas de la globalización que atañen a la salud y al trabajo de las mujeres se manifiestan en tres esferas distintas: el mundo del trabajo; las relaciones entre el Estado, la sociedad civil y los individuos como actores sociales; y las relaciones al interior de los hogares. Iniciamos con una introducción general a la investigación sobre cada esfera, seguida por una discusión de los elementos que se relacionan con el trabajo y la salud de las mujeres.

Entendemos la globalización como un conjunto de procesos interrelacionados que aumentan la interdependencia económica, política, social e ideológica entre países con el motivo de crear las condiciones idóneas para la producción a escala global. El contenido ideológico de la globalización se apoya en el neo-liberalismo y la capacidad del libre mercado y la iniciativa privada para regular las condiciones económicas y sociales. Los impactos de la globalización varían a través del tiempo, el espacio, los grupos sociales y los sectores económicos.

Rubin-Kurtzman (1996) señala que las siguientes dimensiones de la globalización pueden tener implicaciones para el trabajo femenino y la salud:

El mundo del trabajo

El mundo del trabajo en América Latina ha seguido un camino difícil durante las últimas décadas. El empleo masculino ha disminuido, el desempleo abierto y encubierto han aumentado, el volumen del personal empleado en el sector público ha disminuido, y los trabajos mal remunerados han proliferado anulando para sectores importantes de la población cualquier posibilidad

Tabla 6

Elementos para analizar las relaciones entre la globalización, el trabajo y la salud de las mujeres

- la reorganización de los mercados de trabajo
- la fragmentación y reubicación de los procesos productivos a una escala global
- la movilidad de capital y mano de obra
- las políticas de reforma y de ajuste estructural para hacer frente a las crisis económicas y a la creciente deuda externa⁷
- el crecimiento del sector informal y la precariedad del trabajo
- la liberalización del intercambio y la inversión mercantil, incluyendo la integración económica
- la privatización de las empresas estatales y su consecuente impacto en la satisfacción de las necesidades básicas así como los servicios de salud y bienestar
- la regionalización
- la descentralización

de abastecerse de un ingreso familiar con un solo proveedor (Benería, 2001; Chant con Craske, 2003; Cunningham, 2001; González de la Rocha, 2000). A la vez que los niveles de empleo se han modificado, el trabajo en sí se ha vuelto más precario (Benería, 2001; Standing, 1989; Yáñez, 1999). El Cuadro 1 resume las diversas formas de precariedad observadas en los mercados de trabajo actualmente.

Este cuadro pone de manifiesto lo que González de la Rocha (2000) ha llamado “la erosión del trabajo”. La precariedad del trabajo se observa en dos niveles interrelacionados pero distintos. El primero se refiere a las formas de organización de la actividad productiva y de la mano de obra familiar con el propósito de generar ingresos monetarios y/u otros recursos (González de la Rocha, 2000; Oliveira y Ariza, 2000). El segundo está relacionado con las diversas formas de flexibilización laboral (Benería, 2001; Standing, 1989; Yáñez, 1999), fenómeno que entendemos como “el conjunto de medidas adoptadas para que las empresas puedan responder al constante proceso de cambio, dando una respuesta en forma oportuna en tiempo, calidad, y costo a fines de aumentar la eficiencia económica” (Yáñez, 1999:3).

Un indicador elocuente del trabajo precario es el aumento de actividades informales.⁸ Para la región latinoamericana, el sector informal pasó del 52.3% del total de la población empleada en actividades no-agrícolas en 1980, al 56.9% en 1999. En Argentina, la cifra correspondiente aumentó del 47.7% al 53.7%; en Brasil del 52.0% al 57.6% y en México del 55.5% al 59.4% (Charmes, 2000) (véase Cuadro 1).

⁷ Muchas de estas políticas fueron impuestas por organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional como condicionantes para otorgar los préstamos necesarios para combatir los efectos de las crisis.

⁸ La conceptualización y la definición precisa del sector informal han sido fuente de polémica y han evolucionado desde la década de los 70, cuando el término se introdujo por primera vez en el discurso sobre el desarrollo económico y social. Según Benería (2001), el contexto macroeconómico del sector informal ha cambiado notablemente desde la década de 1980, cuando los efectos de políticas neoliberales, la globalización y la reestructuración económica comenzaron a

Cuadro 1

Formas de precariedad productiva y laboral

Precariedad en el proceso productivo			Precariedad laboral		
Empresa			Individual		Hogar
Tipo de flexibilización	Flexibilización numerica	Flexibilización funcional	Asalariado	No asalariado	
Externa	1. Variaciones en el numero de personal ocupado 2. Despidos 3. Contratos a plazo fijo 4. Contratos temporales 5. Contratos eventuales	1. Externalización 2. Subcontratación 3. Producción justo a tiempo	1. Trabajos mal remunerados 2. Disminución del empleo masculino 3. Desempleo 4. Empleo femenino 5. Mala calidad de trabajo 6. Falta de prestaciones laborales 7. Trabajo de tiempo parcial 8. Trabajo eventual	1. Sector informal 2. Autoempleo 3. Trabajo ambulante 4. Jornadas de trabajo externas	1. Trabajo subcontratado a domicilio 2. Trabajo familiar no remunerado 3. Trabajo de subsistencia (rural y urbano)***
Interna	1. Variaciones en la jornada laboral 2. Variaciones de la intensidad del trabajo	1. Nivel de calificación 2. Polifuncionalidad 3. Trabajo en equipo 4. Salario variable 5. Flexibilidad de las condiciones físicas de trabajo**			

Notas:

* Adaptaciones del volumen de trabajadores

** Diseño y mantenimiento de equipo; ventilación y luz; guarderías; comedores, equipo médico, otras comodidades

*** Producción para el autoconsumo

Fuentes:

González de la Rocha, 2000

Oliveira y Ariza, 2000

Yáñez, 1999

sentirse. Los numerosos escritos sobre el tema (Benería, 2001; Castells y Portes, 1986; Charmes, 2000; Portes, 1983; Secretaría de Programación y Presupuesto, 1976)) señalan las siguientes características del sector informal: facilidad de entrada y salida; predominio del trabajo por cuenta propia; alta proporción de trabajadores familiares; poco capital y equipo; contratos de trabajo precarios o inexistentes; tecnologías intensivas en mano de obra; bajos niveles de calificación; bajos niveles de organización, falta de acceso a mercados organizados, crédito formal, educación y entrenamiento de personal, servicios y comodidades; provisión a bajo costo de bienes y servicios o provisión de bienes y servicios de otra manera no disponibles; baja productividad; bajos ingresos; poca relación con organismos sindicales; y trabajo ilegal o cuasi-ilegal.

La precariedad también se refleja en el movimiento hacia la desregulación de los mercados y de sectores económicos específicos como los de la aviación y las telecomunicaciones. Desde la óptica neoliberal, la regulación de los mercados se considera una rigidez que aumenta los costos de producción y reduce la competitividad (Grinspun y Cameron, 1992).⁹ La competitividad de precios a nivel global presiona hacia la desregulación a nivel nacional y restringe la capacidad sindical de negociar salarios mínimos adecuados y garantías institucionales en relación con las prestaciones sociales, la estabilidad y las condiciones del trabajo.

Otras transformaciones en el mundo del trabajo se relacionan con el impacto de la integración económica¹⁰ para las industrias de exportación y las migraciones laborales. Aunque el proceso de migración laboral en América Latina empezó mucho antes, la integración económica y la creación de zonas industriales para la exportación han estimulado la movilidad laboral al fomentar la expansión de algunas regiones y sectores económicos en detrimento de otros.¹¹

En un contexto de creciente necesidad familiar, la presencia de las mujeres en el mercado de trabajo se ha intensificado. Junto con la evolución de la economía global, el deterioro económico y las medidas de ajuste implementadas para hacer frente a ello, el incremento de la actividad femenina se debe también a factores demográficos y socio-culturales como un mayor nivel de escolaridad femenina; el descenso de la fecundidad; transformaciones en la estructura de los hogares, y cambios culturales y simbólicos que afectan los roles tradicionales masculinos y femeninos dentro y fuera del hogar (Ariza y Oliveira, 2001, 2001, 2003; Benería, 2001; García, 1998, 2003, 2001; Gómez, 2001; Guzmán y Todaro, 2001; Lerner, Quesnel y Yáñez, 1994; Oliveira, Eternod y López, 2000; Oliveira, 1993; Yáñez, 1999).

¿Qué significa para las mujeres las transformaciones descritas? Vale distinguir entre cambios en el número de mujeres que desempeñan actividades en los mercados de trabajo y las condiciones bajo las cuales laboran. Ya constatamos que el aumento de la participación de las mujeres en los mercados de trabajo latinoamericanos no tiene precedentes, sobre todo en lo que atañe a las mujeres en edad reproductiva y con hijos (Ariza y Oliveira, 2002; Chant con Craske, 2003; García, 2003) (véase Cuadro 2).

¿Bajo qué condiciones trabajan las mujeres en el mercado? La segregación ocupacional por género, una construcción histórica de la división sexual del trabajo, ha cambiado muy poco (Aquino, 1995; De Brito, 1997; Buvinic *et al.*, 2002; Cruz *et al.*, 2003; Lara, 1998; Márquez, 1995; Oliveira y Ariza, 2000; Ravelo Blancas, 1995a). La segmentación de los puestos de trabajo en “femeninos” y “masculinos” concentra a hombres y mujeres en diferentes ocupaciones, industrias, puestos y niveles de jerarquía en las empresas.

En un reporte de investigación publicado por la Organización Internacional del Trabajo, Anker (1998) analizó la ubicación ocupacional de hombres y mujeres en 41 países, concluyendo que la segregación ocupacional por sexo, esto es, el grado en el que hombres y mujeres realizan diferentes trabajos y tareas, o los mismos pero con diferente denominación, está ampliamente extendida en todas las regiones del mundo: más de la mitad de todos los trabajadores realizan ocupaciones que

⁹ Frente a la pérdida de beneficios tangibles, la membresía en los sindicatos de muchos países ha disminuido notablemente y las ganancias laborales de largos años de lucha se han deteriorado.

¹⁰ El Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y el Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR) son las más importantes, aunque no las únicas expresiones de integración en el hemisferio.

¹¹ Cambios en las oportunidades de empleo han generado diversas modalidades de movilidad laboral que incluyen la migración interna e internacional, los movimientos transfronterizos y las migraciones temporales, estacionales y circulares.

están dominadas mayoritariamente por hombres o por mujeres (Anker, 1998:5). En su expresión sectorial, datos para Argentina, Brasil, Chile y México demuestran que una gran parte de mujeres se emplea en el sector terciario, especialmente en los sectores de salud y educación, y en el servicio doméstico; en el comercio; en la agricultura (sobre todo comercial); y en la industria tradicional como la alimenticia y la de confección de ropa (Cruz, 2003; Aquino, 1995).

Aunque la segregación ocupacional no sea un fenómeno novedoso, un giro reciente es la concentración de mujeres en actividades dentro de las industrias de exportación, tanto industrial como agrícola; en el sector informal, sea en cadenas de subcontratación vinculadas directamente con procesos de producción industrial modernos, la agricultura comercial de exportación, o en actividades por cuenta propia relacionadas con estrategias de supervivencia doméstica (Benería, 2001; Charmes, 2000).¹²

Cuadro 2

Distribución porcentual de mujeres económicamente activas por edad
Argentina, Brasil, Chile, México, 1970-2000

	1970	1980	1990	2000	Cambio porcentual de la población por grupo de edad 1970-2000	
					PEA	Población total
Argentina						
15-19	14.8%	11.2%	10.0%	7.5%	10.1%	53.3%
20-29	32.4%	33.6%	33.9%	36.0%	142.2%	67.3%
30-39	21.6%	22.8%	25.0%	24.3%	145.6%	49.7%
40-49	17.1%	17.9%	17.6%	18.7%	138.3%	46.7%
50 y más	14.0%	14.6%	13.5%	13.5%	109.5%	82.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	118.1%	63.0%
Brasil						
15-19	20.0%	18.5%	14.1%	14.2%	162.0%	68.0%
20-29	32.1%	35.0%	33.1%	29.7%	241.8%	109.2%
30-39	21.2%	21.8%	26.5%	26.5%	360.4%	145.7%
40-49	14.7%	14.2%	15.8%	18.4%	361.3%	152.5%
50 y más	12.0%	10.6%	10.5%	11.2%	243.7%	145.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	268.8%	122.7%
Chile						
15-19	12.4%	10.0%	7.3%	5.1%	32.1%	32.7%
20-29	35.9%	36.1%	32.8%	27.8%	147.2%	58.6%
30-39	21.4%	24.8%	27.6%	29.9%	346.4%	120.1%
40-49	15.6%	16.2%	19.1%	22.6%	362.7%	117.6%
50 y más	14.7%	12.9%	13.2%	14.5%	215.6%	108.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	219.3%	87.3%
México						
15-19	23.2%	17.2%	16.9%	11.9%	155.1%	92.5%
20-29	29.5%	34.9%	33.2%	33.7%	467.7%	157.2%
30-39	15.1%	20.0%	23.9%	26.4%	769.7%	179.9%
40-49	15.2%	12.8%	14.1%	16.4%	434.7%	170.9%
50 y más	16.9%	15.1%	11.9%	11.6%	240.7%	141.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	397.5%	147.8%

Fuente: elaboración propia con base en LABORSTA Labour Statistics Database de la Organización Internacional del Trabajo, consultada en <http://laborsta.ilo.org> 17 de enero de 2005.

¹² Benería (2001) considera que las actividades en el sector informal vinculadas a las estrategias de supervivencia organizadas a nivel del hogar se refieren a formas de trabajo por cuenta propia precarias, con ninguna o una débil relación con los procesos productivos formales, y sin posibilidades de acumulación de capital.

La segregación ocupacional impone rasgos particulares al trabajo femenino que incluyen el trabajo precario, informal, menos calificado y mal —o no— remunerado. Normalmente, las mujeres desempeñan ocupaciones consideradas como extensiones naturales de su roles domésticos y maternos, u ocupaciones que supuestamente exigen atributos socialmente construidos como femeninos tales como la paciencia, la docilidad, la disponibilidad y la destreza manual. A nivel empresarial, la ideología dominante supone que las mujeres están más dispuestas a someterse a las normas del trabajo y a cuotas altas de producción, a seguir instrucciones, a aceptar condiciones laborales desfavorables y sueldos inferiores, y a participar menos en los sindicatos (Harlow, Denman y Cedillo, 2004). Denman (2001) sugiere que las mujeres están más dispuestas a aceptar condiciones desfavorables porque su motivación principal es el deseo de mejorar las condiciones de vida y asegurar la educación de sus hijos.

Bajo la constante presión de reducir los costos de producción, las empresas grandes acuden a cadenas de subcontratación que van desde pequeños talleres de una a cinco personas a subcontratistas individuales que realizan el trabajo industrial por destajo. Una vez considerado como parte de un sector informal desvinculado de los llamados procesos de producción “modernos”, hoy en día el trabajo industrial a domicilio representa lo que Benería (2001) llama la transferencia de actividades hacia la “periferia” de producción que anteriormente fueron elaboradas dentro de la industria del “centro”. De esta suerte, las empresas formales juegan un papel central en la generación del trabajo informal, con todo lo que esto implica para los salarios y condiciones de trabajo.

Respecto al trabajo por cuenta propia, datos para la región latinoamericana indican que las trabajadoras por cuenta propia representaban un 29.6% de la fuerza de trabajo femenina no agrícola en 1970, 29.9% en 1980 y 32.1% en 1990. Datos de 1995 sobre Brasil, indican que 78.5% del total de trabajadores a domicilio eran mujeres. En Chile, la cifra llegó a 82.3% en 1997 (Benería, 2001:9-10) (véanse cuadros 2 y 4).

La segregación ocupacional puede tener consecuencias tangibles para la salud. Las mujeres y los hombres están expuestos a ambientes de trabajo distintos que conllevan riesgos de salud, demandas y factores de estrés diferenciados. Se ha documentado que los hombres sufren más accidentes y lesiones en el trabajo mientras que las mujeres están expuestas a más riesgos de tipo psico-social (Díaz Berr y Medel Riquelme, 2002; Iunes, 2002; Santana y Loomis, 2004). Independientemente del sector económico en el que se encuentran, los obstáculos para las promociones, la capacitación y el desempeño de labores pueden afectar la salud de las mujeres mediante salarios más bajos, mayores presiones y frustraciones, y una autoestima disminuida (Lara, 1998).

Otro factor que influye sobre la participación de las mujeres en los mercados de trabajo se refiere a las migraciones laborales. Del lado positivo, es indiscutible que las migraciones laborales se vinculan con nuevas oportunidades de trabajo y generan un ingreso que no existía en los lugares de origen. Además, en algunos casos, las migrantes llegan a gozar de prestaciones sociales que no tenían antes.¹³

Las migraciones laborales también representan costos para las migrantes, sobre todo para las menos calificadas quienes sólo encuentran empleos de mala calidad y baja remuneración. Las migraciones en respuesta a demandas específicas de trabajo por género introducen distorsiones en la relación hombres/mujeres, en la composición de los hogares y en el aumento de hogares dirigidos por mujeres en los lugares de origen o de destino. Estas distorsiones tienen el efecto de modificar la cantidad y la intensidad del trabajo doméstico y extra-doméstico de las mujeres. La

¹³ Este es el caso de las migrantes que trabajan en la industria maquiladora en México, donde una de las condiciones de contratación es el derecho a los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (Denman, 2001).

movilidad laboral también interrumpe redes sociales que proveían sistemas de apoyo, información y cuidado, incluyendo arreglos formales e informales que permiten a las mujeres desempeñar actividades económicas fuera del hogar. Las tensiones resultantes de este desencuentro de costumbres y de imágenes culturales en los lugares de origen y de destino es una fuente de estrés, a la vez que plantea retos para la identidad local, nacional, étnica y de género.

Las migraciones laborales pueden afectar la salud de las mujeres de manera positiva y negativa. En primer lugar, alteran los patrones de acceso, la disponibilidad y la utilización de los servicios de salud creando riesgos que se agravan por la falta de conocimientos y acceso a los recursos en el lugar de destino. En segundo lugar, afectan las fuentes de información sobre la salud y el control de la fecundidad a través de los medios masivos de comunicación y las redes sociales. Las migraciones también pueden influir en las decisiones reproductivas y la exposición al riesgo de un embarazo. Como las jefas de hogar suelen tener menos flexibilidad en cuanto a la necesidad de generar un ingreso, un posible resultado es que tengan mayores probabilidades de acudir al aborto legal o clandestino en caso de un embarazo inesperado. Finalmente, los cambios en la alimentación pueden afectar el estatus nutricional de las mujeres y sus familias. El efecto de una mayor información sobre una dieta balanceada puede ser contrarrestado por limitantes económicas que impiden a las mujeres comprar alimentos nutritivos.

A la vez que la migración puede exponer a las mujeres a nuevas estrategias de salud preventiva y curativa, también puede exponerlas a nuevos riesgos de enfermedad. En un estudio sobre migrantes mexicanos masculinos y femeninos en Estados Unidos, Bronfman y Rubin-Kurtzman (1999) encontraron que los migrantes estaban expuestos(as) a mayores riesgos de infección por VIH-SIDA, a través de la adopción de comportamientos sexuales de alto riesgo previamente desconocidos o no aceptados. Por otra parte, las esposas y compañeras de migrantes varones también estaban expuestas a riesgos de infección a través del contacto sexual con sus parejas que habían adoptado comportamientos de mayor riesgo en el exterior.

Los actores sociales: las relaciones entre el Estado, la sociedad civil y los individuos

Las crisis económicas y la reestructuración de las economías latinoamericanas han contribuido a cambios profundos en las relaciones entre el Estado, la sociedad civil y los individuos como actores sociales. Hoy en día, el Estado ofrece cada vez menos protección contra el deterioro en las condiciones de vida y la pobreza. Por ejemplo, programas monetaristas como la reducción de la carga fiscal y la puesta en marcha de medidas anti-inflacionarias han desencadenado la redistribución regresiva del ingreso, la concentración de la riqueza en manos de unos pocos, el aumento desmedido de la población pobre y el fomento de una situación de desigualdad socioeconómica creciente (Szasz y Lerner, 2002).

El Estado también ha disminuido su responsabilidad de construir infraestructura y crear empleos estables y bien remunerados. Con el afán de restringir el gasto público, se privatizan empresas estatales y el empleo en el sector público se recorta, con la intervención principal del Estado sobre la privatización de los programas de salud, educación y bienestar. Otros programas sociales y recursos públicos destinados al sector salud también se recortan, ya que desde la perspectiva neoliberal, el Estado benefactor restringe o “acorrala” la inversión productiva (Standing, 1989). Los subsidios alimenticios y agrícolas se reducen o se suprimen. Los programas de seguridad social reciben menor prioridad y el número de los derechohabientes se restringe. La descentralización, teóricamente pensada para facilitar la adaptación de programas sociales a condiciones locales, es otra estrategia de las reformas sectoriales que coloca una carga no sustentable sobre los gobiernos de provincia y sobre organismos locales inadecuadamente financiados y entrenados para asumir y priorizar los progra-

mas sociales (Langer, 2003).¹⁴ Como señalan Szasz y Lerner (2002), la combinación de los cambios en la distribución de las responsabilidades sociales y la reducción de los recursos del Estado dificultan las medidas de política social dirigidas a canalizar el ingreso y el bienestar hacia los sectores mayoritarios que viven en la pobreza. De esta suerte se debilita el papel del Estado como defensor de las políticas sociales y árbitro de conflictos sociales.

¿Cómo afectan estas transformaciones la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres? El trabajo de las mujeres se ve afectado de dos maneras, una “visible” y la otra “invisible” (PAHO, s/f). El nivel visible se manifiesta en el empleo de las mujeres dentro del sector salud. El nivel invisible se refiere a los cuidados que proporcionan las mujeres dentro de los hogares. De esta forma, las reformas del sector salud afectan de manera particular a las mujeres mediante cambios en la prestación y derecho de servicios y mediante reducciones en el empleo dentro de los sectores salud y previsión social. En el primer caso, la disminución de las prestaciones sociales aumenta la carga doméstica de las mujeres como principales proveedoras del cuidado de niños, ancianos y enfermos. En el caso del empleo, los recortes afectan a las mujeres desproporcionalmente ya que constituyen entre 50-70% del total de personal en el sector.¹⁵ Por ejemplo, en Argentina en el año 2001, el desempleo de las mujeres en el sector salud alcanzó el 8%, mientras que el desempleo masculino sólo llegó a 4.7% (PAHO, s/f).

Las reformas de los sistemas de seguridad social son otras transformaciones presentes en las relaciones entre el Estado y la sociedad civil que acarrear implicaciones particulares para la salud y bienestar de las mujeres. Cada vez más, los sistemas de seguridad social se basan en la estructura ocupacional y en la capacidad de los trabajadores individuales para financiar sus propios planes de prestación de servicios de salud y de jubilación (Dain, s/f). Un ejemplo contundente es el de Chile, donde la privatización del sistema de seguridad social (considerado en algunos círculos como el ejemplar para América Latina), ha aumentado la inequidad por género y ha colocado a las mujeres en una situación desventajosa en comparación con el sistema antiguo basado en un modelo de pago por uso según el criterio de capacidad económica. Previamente los requisitos para la obtención de prestaciones y pensiones fueron menores para las mujeres que para los hombres. En el sistema actual, el cálculo de las prestaciones se basa en contribuciones individuales y niveles de riesgo (Arenas de Mesa y Montecinos, 1999).

Este cálculo no toma en cuenta factores que afectan de manera negativa la capacidad de las mujeres, sobre todo de las más pobres, de aportar a planes contributivos de aseguramiento públicos o privados. Primero, no contempla el hecho de que las mujeres se enferman más que los hombres a la vez que tienen una mayor esperanza de vida al nacer, hechos que las exponen a mayores riesgos de trastornos no-fatales y a un promedio mayor de años de enfermedad o malestar, incluyendo las enfermedades degenerativas de la vejez (Szasz, 1999; Chant con Craske, 2003; Gómez Gómez, 1993, 2002).¹⁶ Tampoco considera que, en relación con los hombres, las mujeres participan

¹⁴ Langer observa que, a diferencia de la situación prevaleciente en los niveles centrales de coordinación, en los ámbitos locales frecuentemente falta información y capacidad de análisis para tomar decisiones fundamentadas. Según la autora, la descentralización también puede afectar negativamente a programas verticales exitosos como los de planificación familiar, que pierden eficacia cuando su estructura y dinámica se modifican y quedan a cargo de personal responsable de otras actividades que compiten por su tiempo, su entrenamiento y su atención.

¹⁵ Datos de la OPS publicados en 2004 indican que en Argentina, las mujeres constituyen el 56% de la población empleada en el sector salud; en México la cifra llega a 66.3%.

¹⁶ Datos de las Naciones Unidas para América Latina en el año 2000, indican que la esperanza de vida al nacer es de 73.2 años para las mujeres y de 66.7 años para los hombres (Chant con Craske, 2003:114).

menos en los mercados de trabajo, sus salarios son más bajos y se jubilan a edades más tempranas (Arenas de Mesa y Montecinos, 1999). Desvalorada socialmente, la actividad extra-doméstica de las mujeres es frecuentemente intermitente, de tiempo parcial, y sujeta a los eventos reproductivos del ciclo vital (Aquino, 1995; Ariza y Oliveira, 2002; Cerutti, 2000; Márquez, 1995; Parker y Pacheco Gómez, 1999). Esto implica que hay periodos más o menos largos cuando las mujeres no realizan contribuciones monetarias a sus planes de aseguramiento de salud y de jubilación. Su restringida capacidad de acumulación las obliga a enfrentar situaciones más difíciles que las de los hombres en cuanto a sus prestaciones de salud, bienestar y jubilación. El impacto de estos factores es especialmente severo para las jefas de hogar que no cuentan con el seguro de un marido o compañero y para mujeres mayores que confrontan la viudez y la tercera edad.

El acopio de los estudios revisados sugiere una serie de hipótesis sobre las maneras en las que la disminución de los programas de salud y bienestar pueden afectar la salud de las mujeres. Primero, recortes de subsidios para productos alimenticios pueden reducir los estándares de vida y de nutrición, contribuyendo a un deterioro en el estatus de salud de las mujeres y sus familias (World Bank, 1993). Segundo, la privatización de servicios de planificación familiar puede aumentar los nacimientos de hijos no-deseados, y acarrear consecuencias adversas para la salud y la autonomía de las mujeres (Dixon-Mueller, 1989). En Brasil, donde el consenso interno sobre el control de la fecundidad ha sido ambiguo a la vez que la demanda para el control de la fecundidad ha sido alta, la falta de apoyo del Estado para los programas de planificación familiar obliga a mujeres de todos los sectores sociales a depender de fuentes no confiables en el sector privado. La falta de seguimiento y de supervisión induce a muchas mujeres, y sobre todo a las más pobres, a utilizar métodos contra-indicados que ocasionan problemas de salud, la discontinuación de su uso, y la ineficacia en la prevención del embarazo (Giffin, 1994). Tercero, la reducción de programas de apoyo para mujeres que enfrentan un embarazo no-deseado puede contribuir al aumento de abortos. Cuarto, los recortes de programas de salud pueden afectar la salud de todas las mujeres, pero especialmente a las madres solteras y a las jefas de hogar, al aumentar la carga de trabajo y la necesidad de generar ingresos adicionales para el cuidado de los hijos. Quinto, la relación positiva observada casi universalmente entre el nivel de escolaridad de las mujeres, su acceso a información referente a la salud y su capacidad para utilizar la información disponible sugiere que recortes en los sistemas de educación pueden tener efectos adversos sobre la salud de las mujeres y sus familias (World Bank, 1993). Finalmente, los esfuerzos por reducir los costos y aumentar la eficiencia económica de los hospitales pueden conducir a estrategias como la de dar de alta prematuramente a pacientes convalecientes, transfiriendo de esta manera la carga de atender a los enfermos, por parte de profesionales remunerados, a parientes no remunerados y principalmente a las mujeres. Esta obligación contribuye a aumentar la fatiga y el estrés de mujeres ya sobrecargadas de responsabilidades domésticas y extra-domésticas.

Las relaciones al interior de los hogares

Consideramos conveniente iniciar esta parte de nuestra discusión con la revisión de algunas reflexiones sobre los hogares como unidades de producción y reproducción social para después centrarnos más específicamente sobre los hogares, el trabajo y la salud de las mujeres.

La investigación sobre los hogares en América Latina surge por las crisis económicas de la década de los 80 y las modalidades de adaptación individual y familiar debido al deterioro de condiciones económicas. A diferencia de enfoques anteriores que se centraban en comportamientos individuales, ahora los estudiosos del tema privilegian la unidad doméstica para entender las estrategias de supervivencia puestas en marcha por diferentes grupos sociales, tipos de hogares, y fami-

lias en diferentes etapas del ciclo vital (Benería, 1979; García y Oliveira, 1994; Oliveira, Pepin Lehalleur y Salles, 1989; González de la Rocha, 1989). Los hogares se distinguen entre lugares de residencia, intercambio y convivencia para familias y/o para individuos no-emparentados entre sí, y lugares de producción y reproducción social que enfrentan situaciones económicas y necesidades de bienestar que los convierten en unidades de producción y de agencia social.¹⁷ En la primera instancia, un hogar representa el conjunto de características demográficas, económicas y socio-culturales de sus integrantes que varían a través del ciclo vital, así como geográficamente, entre y dentro de los países. En la segunda instancia, un hogar es un foco de actividades dirigidas hacia el mercado que se desempeñan de manera diferenciada por algunos, pero no necesariamente todos, sus miembros.

Junto con los cambios demográficos del último trimestre del siglo xx,¹⁸ las transformaciones en el mundo del trabajo y en las relaciones entre el Estado, la sociedad civil y los individuos contribuyen a la creciente diversidad de hogares y arreglos familiares, incluyendo, por ejemplo, el aumento en el número de hogares unipersonales y hogares encabezados por mujeres. Las relaciones de género, así como las expectativas con respecto a roles prescritos por edad y parentesco también evolucionan. Las transformaciones acontecidas afectan la manera en que integrantes individuales y los hogares como unidades de acción colectiva asignan valores, establecen prioridades y se relacionan entre sí.

En un estudio amplio sobre regiones mundiales y condiciones económicas diversas, González de la Rocha (2000) detalla los ajustes observados al interior de los hogares para responder al deterioro económico. La autora distingue dos tipos de estrategias. Las estrategias de reproducción social abarcan actividades económicas y no-económicas para asegurar la reproducción y el bienestar del hogar y sus integrantes a largo plazo. Las estrategias de supervivencia son respuestas más inmediatas a choques o factores de estrés anticipados y no-anticipados de la vida cotidiana. La autora observa que estas estrategias a corto y largo plazo pueden resultar contradictorias, ya que dentro de un contexto de oportunidades decrecientes, la implementación de estrategias a corto plazo puede limitar la posibilidad de acciones futuras.

González de la Rocha divide las estrategias de supervivencia en aquellas vinculadas al trabajo y dirigidas hacia la protección o aumento de los recursos del hogar, y el conjunto de prácticas restrictivas cuyo objetivo es disminuir o modificar los patrones de consumo de bienes y servicios. Ambas tienen implicaciones importantes para la salud física y mental de las mujeres.

¹⁷ Analíticamente, Ariza y Oliveira (2003: 20-21) distinguen las familias de las unidades domésticas o los hogares. Según las autoras, las unidades domésticas son “grupos residenciales conformados por un conjunto de personas —ligadas o no por lazos de parentesco— que comparten la vivienda, un presupuesto común y una serie de servicios y actividades imprescindibles para la reproducción cotidiana de sus miembros. Las familias se constituyen sólo a partir de relaciones de parentesco, sancionadas o no legalmente. Como eje de organización social, el parentesco establece un elaborado sistema de jerarquías, vínculos y reciprocidades sociales en virtud de las cuales cada integrante del grupo familiar ocupa una determinada posición social”.

¹⁸ Los cambios demográficos que atañen a esta situación incluyen la transición demográfica de patrones de alta mortalidad y fecundidad hacia patrones de baja mortalidad y decreciente fecundidad en la mayoría de los países, así como bajas tasas de mortalidad y fecundidad en otros (principalmente Argentina y Uruguay). Una consecuencia del crecimiento rápido de la población hasta la década de los 70 (aunque indiscutiblemente no la única), ha sido el problema del empleo generado por grandes cohortes de individuos que buscaban entrar en los mercados de trabajo durante periodos económicos difíciles. Hoy en día, estas mismas cohortes empiezan a envejecer y a enfrentar otros desafíos relacionados con los recortes de prestaciones sociales y transformaciones familiares que les impide contar con el apoyo que comúnmente caracterizaba a las familias en América Latina. Una transformación de índole demográfica que afecta esta situación es la migración laboral. Las formas de apoyo se modifican necesariamente cuando los padres e hijos no viven cerca.

Algunas estrategias de trabajo incluyen la movilización de trabajadores adicionales como mujeres, niños y ancianos; el trabajo familiar remunerado; la intensificación del trabajo; las diversas formas de trabajo precario; y las contribuciones de las mujeres a la economía doméstica. Las prácticas restrictivas dirigidas hacia la disminución del gasto doméstico comprenden: reducciones en la cantidad y calidad de alimentos consumidos y en el gasto sobre salud y educación; la disminución o eliminación de gastos opcionales para transporte, ropa, ocio y vivienda; la utilización de ahorros y la adquisición de préstamos monetarios y otro tipo de deudas; la venta de objetos de valor en casas de empeño; las actividades de subsistencia doméstica (fabricación de ropa, cultivo de alimentos, etcétera), y el recurrir a actividades ilícitas como el robo en pequeña y en gran escala, el mercadeo negro, la prostitución, y el narcotráfico.

La perspectiva de género destaca la asimetría de las relaciones intrafamiliares. Señala que las necesidades de reproducción social, de generar ingresos, y de administrar el manejo de la mano de obra familiar varían por género, así como por las características sociodemográficas y económicas, y la condición de salud/enfermedad de los integrantes. También hace hincapié en las desigualdades, tensiones y conflictos por edad y género que surgen en torno a la distribución de cargas y recursos disponibles, sobre todo, aunque no exclusivamente, dentro de los hogares pobres (Oliveira, Eternod y López, 2000; Benería y Feldman, 1992). La división sexual del trabajo al interior de los hogares, combinada con los cambios económicos y sociales acontecidos, hacen que la carga recaiga más sobre las mujeres (Ariza y Oliveira, 2002; García, 2001; Oliveira y Ariza, 2000).

Con esta perspectiva en mente, consideremos ahora cómo los hogares afectan la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres. La poca investigación existente sobre la salud y los hogares suele privilegiar la salud infantil y las dificultades que enfrentan los hogares pobres para asegurar niveles mínimos de salud entre sus integrantes. La salud de las mujeres se considera mucho menos. Un estudio del Banco Mundial (World Bank 1993: Investing in Health) señala la importancia de la salud de las madres en términos de su papel como protectoras de la salud infantil, y vincula la salud con características macroeconómicas y sociales tales como el ingreso *per capita*, la distribución del ingreso, y la escolaridad con el número de personas que viven en la pobreza. El trabajo constata que al interior de los países, las regiones, las comunidades y los hogares, la relación negativa entre la pobreza y la salud se mantiene.

La escasez de información sobre la relación entre los hogares y la salud de las mujeres nos remite a reflexionar sobre la influencia de las características económicas, demográficas y socioculturales de los hogares, las relaciones de género, y la inserción de las mujeres dentro de una estructura familiar determinada. También, la diferenciación de los hogares entre lugares de producción y reproducción social está asociada con factores que conllevan implicaciones positivas y negativas para la salud. La superposición de las dos instancias en un sólo lugar físico produce una mezcla y una interacción entre los riesgos de salud y enfermedad que, aunque difíciles de desentrañar, se originan en situaciones diferentes.¹⁹

La literatura existente suele hacer hincapié en la importancia de la familia y del trabajo extradoméstico para la salud de las mujeres. Existen también valiosos estudios sobre aspectos puntua-

¹⁹ La relación se complica cuando todos los integrantes del hogar no comparten el mismo espacio residencial, como es el caso de los migrantes o el caso de parejas que no viven juntas, como sucede en algunos países del Caribe. Por ejemplo, los estudios sobre las migraciones circulares demuestran que la búsqueda de trabajo responde a una dinámica familiar y a la naturaleza de las redes sociales con las que cuentan los migrantes en los lugares de origen y destino (Durand y Massey, 1992; Massey, Goldring y Durand, 1994; Ortiz, 2002). Como documentan Bronfman y Rubin-Kurtzman (1999), la migración circular laboral también establece una migración circular de riesgos a la salud.

les como por ejemplo, la doble jornada, la violencia doméstica, las relaciones de género, la infección por VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, la salud mental, y la pobreza (Burín, 1995; Garduño y Rodríguez, 1990; Giffin, 2002; Marinho de Souza *et al.*, 2002).

Tabla 7

Elementos para analizar la salud de las mujeres y el trabajo de reproducción social de los hogares

- La estructura del hogar y las características sociodemográficas de sus integrantes que determinan las necesidades de salud. De particular importancia son:
 - el género
 - la edad
 - el estado civil
 - la edad del hijo/hija menor
 - la escolaridad de los adultos en el hogar
- Las relaciones de género y la división social del trabajo que afectan la salud de las mujeres a través de:
 - la doble jornada
 - la disponibilidad de mano de obra familiar y/o asalariada para hacer el trabajo doméstico
 - la violencia doméstica
 - la educación diferenciada de niños y niñas
 - la sexualidad y los conceptos de masculinidad
 - las normas vinculadas con la maternidad, las decisiones reproductivas y la planificación familiar
- Las mujeres como proveedoras de cuidados para niños, ancianos, enfermos y discapacitados
 - la exposición a contaminantes biológicos y químicos
 - llevar a los niños a vacunarse
 - esfuerzo físico y mental
 - la atención preventiva
- La situación económica del hogar y los ingresos disponibles para la salud. Se hace hincapié en:
 - el trabajo extra-doméstico de las mujeres
 - la condición de pobreza
 - las jefas de familia
- Las condiciones físicas y materiales de los espacios de residencia y de producción para el mercado:
 - hacinamiento
 - uso de materiales físicos, biológicos y químicos dañinos para la salud
 - condiciones físicas (techo, piso, iluminación, ventilación)
 - la preparación de alimentos nutritivos
 - las mujeres como cuidadoras de la salud de la familia mediante:
 - la provisión de agua potable, sea acarreándola de fuera o hirviéndola
 - el aseo de la casa y el mantenimiento de un nivel aceptable de higiene
 - la socialización de hijos respecto a hábitos y valores saludables

Con el afán de extraer elementos de la investigación existente para entender mejor la relación entre los hogares, el trabajo y la salud de las mujeres, proponemos los siguientes elementos que arrojan luz sobre las condiciones de reproducción social dentro de los hogares que influyen sobre el trabajo y la salud de las mujeres. Este marco retoma las múltiples dimensiones del trabajo femenino que presentamos inicialmente y hace hincapié en la complejidad de las condicionantes de la salud de las mujeres a nivel de los hogares.

Las transformaciones en el mundo del trabajo y el desmantelamiento de los programas sociales a los que ya nos referimos han acarreado nuevas vulnerabilidades dentro de los hogares que afectan de manera particular la salud de las mujeres, y sobre todo a las jefas de hogar (Oliveira, Eternod y López, 2000). Por lo general, los hogares dirigidos por mujeres cuentan con un número menor de contribuyentes económicos a la vez que frecuentemente se caracterizan por condiciones de pobreza y mayores riesgos de salud relacionados con la nutrición, la vivienda, las condiciones de higiene y de agua, y la capacidad de obtener atención médica cuando sea necesaria.²⁰

Varias dimensiones del trabajo de reproducción social afectan la salud física y mental de las mujeres. Primero, el aumento de la producción de subsistencia doméstica señalada por González de la Rocha (2000) incrementa la jornada de trabajo ya sobrecargada de las mujeres y contribuye a mayores niveles de fatiga, esfuerzo físico y estrés. Segundo, frente a los recortes de programas sociales, la división sexual del trabajo al interior de los hogares aumenta la carga de trabajo para salvaguardar la salud y bienestar de los hogares. Los recortes de servicios de salud también pueden afectar la decisión de buscar atención médica necesaria.²¹ Tercero, la movilidad del trabajo, las migraciones laborales, y la inestabilidad del ingreso pueden ocasionar modificaciones de dieta, mayor riesgo nutricional, y una mayor incidencia de enfermedades infecciosas, trastornos emocionales y morbilidad. Cuarto, la disminución o eliminación de subsidios alimenticios suele afectar más a las mujeres que a los hombres. Aunque las modificaciones en la alimentación afectan el estatus nutricional de todos, existen evidencias de que las mujeres adultas son más propensas a sacrificar sus necesidades de nutrición por las de sus hijos cuando escasean los recursos alimenticios adecuados (Leslie *et al.*, 1988). La incertidumbre económica puede afectar el contexto dentro del cual las mujeres asumen compromisos de trabajo y de familia, evalúan sus opciones y modifican el valor que atribuyen a la maternidad, la vida familiar y el trabajo (Gerson, 1985). Una reevaluación de expectativas futuras tiene implicaciones para la salud y el comportamiento reproductivo de las mujeres que incluyen las decisiones respecto a la formación de familia, el número total de hijos deseados, los intervalos intergenésicos y el aborto. Finalmente, el desempleo masculino y la erosión del trabajo ponen en duda el rol tradicional del hombre como proveedor, y pueden contribuir a sentimientos de fracaso y frustración que se manifiestan a través de la violencia doméstica, incluyendo la violencia física, psicológica o emocional, económica y sexual (Chant con Craske, 2003).

La investigación sobre la salud y la seguridad ocupacional

La mayoría de los estudios que consideran el trabajo y la salud de las mujeres privilegian la salud de las trabajadoras en los mercados de trabajo. Estos estudios caben dentro del enfoque de la salud y la seguridad ocupacional.

²⁰ González de la Rocha rechaza la idea de que los hogares encabezados por mujeres son de facto más pobres. No obstante, Smyke (1993) señala que la pobreza aporta mayores riesgos de salud para mujeres que para hombres.

²¹ Por ejemplo, en el caso africano, Leslie (1992) demuestra que cuando suben los costos de atención, es más probable que las mujeres prescindan de la atención médica que los hombres.

Para los propósitos de este texto, distinguimos entre los estudios que se enfocan hacia la seguridad y salud ocupacional como una dimensión de la salud pública, y aquellas —relativamente pocas— investigaciones que adoptan la perspectiva de género. A su vez, la investigación sobre las mujeres se divide en estudios teóricos que incorporan la perspectiva de género para analizar la relación entre la salud y el trabajo femenino, y los estudios de caso que se refieren a la participación de las mujeres en determinados sectores económicos.

La salud y la seguridad ocupacional es un campo relativamente nuevo en América Latina. Varios autores atribuyen la falta de atención al tema a la poca importancia otorgada a los ambientes de trabajo seguros y sanos, a la debilidad de las instituciones responsables, y a la complejidad organizacional necesaria para promover y asegurar condiciones adecuadas de trabajo (Iunes, 2002; Harlow, Denman y Cedillo, 2004). Esta falta de énfasis ocurre en varios niveles. Datos de encuesta sobre la industria maquiladora de exportación en México revelan un rezago tanto en la cultura preventiva del trabajador como en la exigencia corporativa (Mercado, 2003). Vigilar la salud y la seguridad ocupacional es un proceso complejo vinculado con los mercados de trabajo, la productividad, el ingreso familiar, la pobreza, el sistema de seguridad social, el comercio internacional, y el medio ambiente. Se requiere de la coordinación de una red de instituciones públicas y privadas que incluyan los ministerios de trabajo y de salud, las agencias públicas de seguridad social, las compañías privadas de seguro médico, los organismos empresariales, los sindicatos, los negociadores del comercio internacional, los grupos de activistas y las ONG que abogan por preservar el medio ambiente y otros intereses sociales, como la salud de las mujeres.

La salud y seguridad ocupacional se consideran dentro de los ámbitos gubernamentales, empresariales y académicos desde tres perspectivas diferentes: un derecho laboral; una dimensión de la calidad total y la eficiencia productiva de la empresa; y una economía externa sujeta a regulación (Mercado, 2003). El derecho laboral se basa en las normas laborales establecidas por organismos internacionales como la ONU²² y la OIT.²³ En el ámbito empresarial, la organización del trabajo saludable se centra en la idea de que los trabajadores sanos aumentan la eficiencia organizacional y el desempeño competitivo de la empresa, mediante un mayor rendimiento y bienestar del trabajador. Finalmente la salud y seguridad ocupacional se ha considerado como un eventual beneficio económico tanto para la empresa como para los trabajadores ya que una fuerza de trabajo sana evita costos incurridos por los trabajadores (por ejemplo, para medicamentos, hospitalización, menores ingresos por disminución de facultades físicas) y aquellos incurridos por la empresa para recuperar la salud dañada en el lugar de trabajo (por ejemplo, disminución de eficiencia, ausentismo, entrenamiento de personal de reemplazo, pagos externos).

La salud y la seguridad ocupacional desde la perspectiva de género

Un primer aporte de la perspectiva de género es llamar la atención sobre la deficiencia de la información sobre la salud y la seguridad ocupacional de las mujeres. Bajo el supuesto de “neutralidad”, los registros oficiales de enfermedades y accidentes normalmente no desagregan la información por género u ocupación. De hecho, esta llamada neutralidad suele excluir o discriminar a las mujeres, acarreando efectos adversos para su salud y su trabajo.²⁴ A su vez, los registros oficiales de acci-

²² En la declaración universal de los derechos humanos de 1948, se postula que “cada persona tiene el derecho al trabajo, a la libre elección de empleo, a condiciones justas y favorables” (Mercado, 2003:724).

²³ En 1944, la OIT se propone “fomentar entre las naciones del mundo programas que alcancen [...] protección adecuada para la vida y la salud de los trabajadores en todas las ocupaciones” (Mercado, 2003:724).

²⁴ En el Primer Congreso Internacional sobre *Mujer, Trabajo y Salud* celebrado en 1996, se acordó que la equidad depende del reconocimiento de las diferencias por género y la diversidad entre grupos (Paul, 1996; Brito, 1997).

dentes y enfermedades relacionados con el trabajo sólo cubren a la población empleada en el sector formal, a los derechohabientes, a los organismos de seguridad social, y/o la población con contratos formales de empleo (Quintana, 2004; Díaz Berr y Medel Riquelme, 2002).²⁵ En Brasil, el país más poblado de la región, se estima que la mitad de la población activa no tiene contratos formales de empleo (Santana y Loomis, 2004). En México, se considera que los datos recolectados por el Instituto Mexicano del Seguro Social son de poca utilidad debido al subregistro de accidentes y enfermedades laborales (Harlow, Denman y Cedillo, 2004). La subestimación generalizada de los problemas de salud relacionados con el trabajo así como la inadecuada captación del trabajo femenino ya mencionada, dificulta el registro y vigilancia de condiciones que afectan de manera particular a las mujeres y los esfuerzos para mejorar los estándares de salubridad y seguridad en los lugares de trabajo (Benería, 1992; García, 1998; Lara, 1998; Buvinic, *et al.*, 2003).

El enfoque de salud ocupacional busca establecer una relación causal entre factores de riesgo en el lugar de trabajo y trastornos y/o enfermedades determinadas. En el caso de las mujeres, es difícil comprobar una relación causal entre enfermedades específicas y condiciones laborales. Una de las críticas a este enfoque es que reduce las causas de enfermedad a las más inmediatas, referidas al ambiente o a factores técnicos. No obstante, el aumento del trabajo femenino en actividades mal remuneradas y precarias combinado con la carga del trabajo doméstico, se vincula con situaciones de fatiga, desnutrición y desgaste físico, y con la exposición a riesgos para la salud relacionados con actividades específicas. Un estudio sobre Chile documenta que las mujeres se concentran en ramas de actividad caracterizadas por el poco riesgo de accidentes, pero alto riesgo de enfermedades laborales que se manifiestan después de un largo y lento proceso de gestación (Díaz Berr y Medel Riquelme, 2002).²⁶ En México, estudios de caso sobre las taquilleras del metro (Garduño y Rodríguez, 1990), las maestras (Márquez *et al.*, 1995), las costureras (Leñero, 1984; Ravelo, 1992) y las maestras, las enfermeras, las secretarias y las amas de casa (Uribe *et al.*, 1990, 1991), hacen hincapié en un proceso de desgaste e introducen el concepto de temporalidad en la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres (Márquez Serrano y Romero Méndez, 1988). Según Ravelo (1992), la articulación entre los factores relacionados con el trabajo y el ámbito doméstico aceleran e intensifican los procesos de desgaste, enfermedad y envejecimiento prematuro de las mujeres. El énfasis tradicional de la salud y la seguridad ocupacional sobre la causalidad directa a corto plazo, no toma en cuenta este proceso de deterioro progresivo de la salud de las trabajadoras a través del tiempo.

La mayoría de las investigaciones sobre la salud y la seguridad ocupacional se enfocan en los hombres y no toman en cuenta factores sociales de riesgo, incluyendo las relaciones de género (Aquino, 1995; Harlow, Denman y Cedillo, 2004). Los estudios que adoptan la perspectiva del género señalan que los factores de riesgo que enfrentan las mujeres se derivan de las relaciones de género al interior de los procesos socioeconómicos globales, las condiciones laborales y las condiciones domésticas (Denman, 1996; de Brito, 1997; Lara, 1998; Díaz Berr y Medel Riquelme, 2002). De esta suerte, los factores de riesgo en los lugares de trabajo se combinan con las características de los mercados de trabajo, con los sistemas de valoración del trabajo y con las conductas normativas en los empleos (Ravelo Blancas, 1995b).

²⁵ La OIT estima que en América Latina y el Caribe, los costos anuales derivados de lesiones y muertes ocupacionales pueden llegar a un monto de 76 millones dólares. Como muchos problemas de salud relacionados con el trabajo, esto podría ser fácilmente evitado, pues una parte importante de la inversión regional en el desarrollo de recursos humanos se pierde innecesariamente.

²⁶ Esta aseveración es igualmente válida en otros países de América Latina como en otras regiones mundiales (European Agency for Safety and Health at Work, 2003).

Una última consideración respecto a la salud y seguridad ocupacional se refiere a la doble función del sector salud como condicionante de la salud de las mujeres por ser una de las fuentes principales de los servicios y los conocimientos para el tratamiento de enfermedades y condiciones específicas así como una fuente importante de empleo femenino.²⁷ A nivel de conocimientos y servicios, la medicina tradicional no ha priorizado la investigación sobre las patologías ocupacionales que afectan principalmente a las mujeres. Es común excluir a las mujeres de estudios clínicos y farmacéuticos sobre condiciones que afectan a ambos sexos. Existen muchos indicadores de este fenómeno, por ejemplo, lo poco que se ha estudiado el impacto de la computadora sobre la salud de mujeres que pasan largas horas delante de una pantalla en lugares de trabajo diseñados inadecuadamente para un prototipo de estatura femenina. Aunque desde hace tiempo los trastornos de la vista y la bisinosis (pulmón marrón) se habían identificado como riesgos de salud para las trabajadoras en la industria textil, recientemente han emergido nuevos riesgos ocupacionales como el síndrome de trastorno del Carpio que aflige a mujeres que desempeñan tareas repetitivas en las maquiladoras en México. Apenas se está empezando a reconocer la violencia contra las mujeres en el hogar y el hostigamiento sexual en el trabajo como problema de salud pública.²⁸

Los estudios de caso sobre la salud y la seguridad ocupacional de las mujeres

El Cuadro 3 identifica los estudios empíricos sobre la salud y la seguridad ocupacional de mujeres que encontramos para México, Argentina, Brasil, y Chile.²⁹

En México, la antropología médica nos brinda estudios cualitativos que describen las condiciones de trabajo y salud de mujeres empleadas en ocupaciones específicas: trabajadoras de oficina (Ortiz Hernández *et al.*, 2003), maestras (Márquez *et al.*, 1995), costureras (Leñero, 1984; Alvear G. *et al.*, 1988; Ravelo, 1992), taquilleras del metro (Garduño y Rodríguez, 1990), trabajadoras en el sector pesquero (Quintana, 2004), trabajadoras del sexo (Uribe Zúñiga *et al.*, 1995; Calderón Hinojosa, 2002; Bucardo *et al.*, 2004) y las mujeres en la agricultura (Barrón, 1991; Lima *et al.*, 1999). Aunque las ocupaciones estudiadas sean diversas, la mayoría de los estudios de caso se refieren únicamente al trabajo de las mujeres en los mercados de trabajo. Apenas encontramos una investigación que incluye el trabajo doméstico como una categoría de análisis empírico (Uribe, *et al.* 1991, 1992). Otros trabajos hacen referencia al trabajo doméstico en relación con la doble jornada. En Brasil, contamos con estudios cuantitativos que desagregan la información por género (Ludemir y Lewis, 2003; Marinho de Souza, *et al.* 2003; Santana *et al.*, 1997, 2003; Santana y Loomis, 2004). Otro aporte de las investigaciones brasileñas es el énfasis sobre la salud de los trabajadores en el sector informal.³⁰

²⁷ Aunque en América Latina la proporción de mujeres empleadas en el sector salud llega al 80%, su representación en los puestos gerenciales mejor remunerados es bajo (Gómez Gómez, 1993). El predominio de las relaciones patriarcales del modelo médico tradicional perpetúa una situación de inequidad para las mujeres, tanto en su calidad de pacientes como de colegas.

²⁸ Chant con Craske (2003) señala que ciertas formas de violencia contra las mujeres no se contemplan dentro de los códigos legales y la violación sexual dentro del matrimonio no se define como un delito en muchos países latinoamericanos. Apenas en 1997 se promulgó una ley en México que declara como delito el pegar o violar a una esposa.

²⁹ Dado que no tuvimos acceso a todos los estudios citados, sobre todo a los que se refieren a Argentina y a Chile, nuestra revisión debe considerarse como preliminar.

³⁰ En el caso brasileño, los trabajadores del sector informal se definen como aquellas personas que no tienen "carteira de empleo".

Cuadro 3

Mexico, Argentina, Brasil, Chile
Investigaciones empíricas sobre la salud y seguridad ocupacional de mujeres

México				
Año	Ocupación	Autor/Autora	Enfoque de salud	Metodología
2004	trabajo sexual	Bucardo, <i>et al.</i>	ETS, VIH,	cuantitativa
2003	trabajo industrial de farmacéutica	Cruz, <i>et al.</i>	relaciones de género, doble jornada	cuantitativa
2003	trabajo de oficina de periódico	Ortiz H., <i>et al.</i>	trastornos músculo-esqueléticos	cuantitativa
2003	trabajo sexual	Uribe S., <i>et al.</i>	ETS, VIH,	cuantitativa
2002	trabajo industrial	Noriega	salud mental	cuantitativa
1999	médica	Harrison	migración y movilidad	cuantitativa
1999	vendedora ambulante	Hernández P., <i>et al.</i>	condiciones de trabajo	cuantitativa
1995	maestra	Márquez, <i>et al.</i>	condiciones de trabajo	cuantitativa
1995	trabajo agrícola	Browner y Leslie	trabajo, salud y hogar; comunidad indígena	cuantitativa
1995	trabajo sexual	Uribe Z, <i>et al.</i>	SIDA	descriptiva
1992	trabajo fabril de costura	Ravelo	percepciones sobre salud	cuantitativa
1992	trabajo agrícola	Daltabuit G.	nutrición y fecundidad; comunidad indígena	cuantitativa
1990	enfermera, maestra, secretaria, ama de casa	Uribe V., <i>et al.</i>	salud general	cuantitativa
1990	taquillera del metro	Garduño y Rodríguez	doble jornada	cuantitativa
1988	costurera	Alvear G, <i>et al.</i>	condiciones de trabajo	cuantitativa
1984	trabajo fabril textil	Leñero	condiciones de trabajo	cuantitativa
México: industria maquiladora				
Año	Ocupación	Autor/Autora	Enfoque de salud	Metodología
2004	maquiladora	Harlow, <i>et al.</i>	perfiles ocupacionales	descriptiva
2003	maquiladora	Denman, <i>et al.</i>	salud general	descriptiva
2001	maquiladora	Denman	atención al embarazo	cuantitativa
1999	maquiladora	Guendelman, <i>et al.</i>	renuncias de trabajo y salud	cuantitativa
1999	maquiladora	Harlow, <i>et al.</i>	trastornos músculo-esqueléticos	cuantitativa
1999	maquiladora	Abell	condiciones de trabajo	cuantitativa
1998	maquiladora	Guendelman, <i>et al.</i>	renuncias de trabajo y salud	cuantitativa
1997	maquiladora	Moure-Eraso, <i>et al.</i>	condiciones de trabajo	cuantitativa
1997	maquiladora	Villegas, <i>et al.</i>	salud general	cuantitativa
1997	maquiladora	Cedillo B., <i>et al.</i>	prioridades de investigación	cuantitativa
1997	maquiladora	Meservy, <i>et al.</i>	riesgos ergonómicos y traumas extremidades superiores	cuantitativa
1996	maquiladora	Denman	preguntas de investigación	cuantitativa
1995	maquiladora	Alcázar, <i>et al.</i>	accidentes, enfermedades	cuantitativa
1995	maquiladora	Von Glascoe, <i>et al.</i>	salud reproductiva	cuantitativa
1993	maquiladora	Eskenazi, <i>et al.</i>	salud reproductiva	cuantitativa
1993	maquiladora	Guendelman y Jasis	salud general	cuantitativa
1993	maquiladora	Guendelman y Silberg	salud general	cuantitativa
1993	maquiladora	Jasis y Guendelman	salud general	cuantitativa
1988	maquiladora	Marques y Romero	desgaste	cuantitativa
1988	maquiladora	Melbourne, <i>et al.</i>	salud general	cuantitativa

Argentina				
Año	Ocupación	Autor/Autora	Enfoque de salud	Metodología
2003	maestra	Suaya, <i>et al.</i>	salud mental	
2003	enfermera	Albanesi de Nasetta	síndrome de agotamiento	
2003	profesional de salud	Wolfberg	fatiga	
2001	enfermera	Royas y Marziale	trastornos ergonómicos	
Brasil				
Año	Ocupación	Autor/Autora	Enfoque de salud	Metodología
2004	sector informal	Santana y Loomis	accidentes no-fatales	cuantitativa
2003	sector servicios	Mendonca, <i>et al.</i>	asma ocupacional	
2003	sector informal	Santana, <i>et al.</i>	accidentes no-fatales	cuantitativa
2003	trabajo doméstico pagado	Sales y Santana	salud mental	
2003	industria electrónica	Maeno	movimientos repetitivos	
2003	sector informal	Ludemir y Lewis	salud mental	cuantitativa
2003	sector informal	Ludemir	salud mental	cuantitativa
2003	enfermera	Araujo, <i>et al.</i>	salud mental	
2002	trabajo de banco	De Souza, <i>et al.</i>	fatiga crónica	
2001	trabajo industrial	Barros y Nahas	conductas de riesgo	
1999	trabajo agrícola	Lima, <i>et al.</i>	peso al nacer del bebe	
1997	sector informal	Santana, <i>et al.</i>	salud mental	
1996	trabajo administrativo	Meleis, <i>et al.</i>	ambiente de trabajo	
1994	trabajo agrícola	Rozemberg	salud general	
Chile				
Año	Ocupación	Autor/Autora	Enfoque de salud	Metodología
2003	maestra	Claro y Bedregal	salud mental	
2002	trabajo del sector pesquero	Quintana	salud general	
1999	trabajo del sector salud	Trucco, <i>et al.</i>	estrés ocupacional	
1999	trabajo no remunerado	Medel	salud general	
1998	trabajo doméstico	Medel, <i>et al.</i>	salud general	
1994	costurera	Díaz y Schlaen	salud general	
1994	trabajo agrícola temporal	Medel y Riquelme	salud general	
1992	costurera	Díaz y Schlaen	salud general	

Notas:

* Metodología

cuantitativa: datos originales y análisis estadístico univariado o bivariado

cuantitativa: análisis multivariado de datos originales o secundarios

descriptiva: no contiene análisis de datos

Varios estudios (Alvear *et al.*, 1988; Garduño y Rodríguez, 1990; Ravelo, 1992; Ravelo Blancas, 1995) destacan la utilidad del *modelo obrero* (Basaglia *et al.*, 1979), desarrollado en Italia durante la década de los 70. El modelo obrero ofrece una crítica del denominado modelo médico hegemónico, caracterizado por su “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática” (Basaglia *et al.*, 1979:15). El modelo obrero, en cambio, considera que el proceso de salud/enfermedad está determinado por procesos sociales que cambian a través del tiempo. En cuanto a la salud y seguridad ocupacional, “la salud y enfermedad son emergentes estructurales de las actuales condiciones de trabajo, y de las condiciones sociales generales vinculadas al trabajo” (*Ibid.*:14).

Cuadro 4

Riesgos de salud en ocupaciones típicamente femeninas
 Síntesis de hallazgos, estudios de caso

Categoría de trabajo	Tipo de riesgo a la salud				
	Químicos	Físicos	Biológicos	Psico-sociales	Efectos sobre la salud
Sector salud	1. Gases de esterilizantes y anestésicos 2. Radiación	1. Posición y esfuerzo 2. Caídas 3. Toques eléctricos instrumentales	1. Infecciones de pacientes, medicamentos, muestras	1. Tensión 2. Atención aguda 3. Trabajar con dolor, pesar, muerte	1. Dolores músculo-esqueléticos 2. Cambios genéticos por rayos x, cambio de tejido 3. Dermatitis, daños a la piel, alergias 4. Problemas respiratorios 5. Dolores de cabeza, ansiedad, hipertensión 6. Problemas gastro-intestinales 7. Problemas reproductivos
Sector educación	Polvo del gis	1. Mala ventilación 2. Mala iluminación 3. Posición y esfuerzo 4. Ruido excesivo 5. Ambientes calientes y fríos	1. Infecciones y contagios	1. Tensión 2. Involucramiento en los problemas de los niños 3. Desvaloración profesional	1. Problemas respiratorios 2. Dolores músculo-esqueléticos 3. Dolores de cabeza, ansiedad, hipertensión 4. Daños auditivos
Categoría de trabajo	Riesgos a la salud				
	Químicos	Físicos	Biológicos	Psico-sociales	Efectos sobre la salud
Trabajo doméstico	1. Productos de limpieza, aerosoles 2. Pesticidas	1. Posición y esfuerzo 2. Caídas	1. Infecciones, contagios de niños	1. Aislamiento 2. Hostigamiento sexual 3. Monotonía 4. Jornadas largas 5. Fatiga	1. Dermatitis, daños a la piel, alergias 2. Problemas respiratorios 3. Dolores músculo-esqueléticos 4. Problemas de la vista 5. Cansancio
Sector agrícola	1. Exposición a pesticidas, tóxicos	1. Posición y esfuerzo 2. Exposición al sol 3. Cambios de temperatura 4. Falta de condiciones sanitarias	1. Bacterias orgánicas 2. Plantas alergénicas	1. Fatiga 2. Jornadas largas	1. Dermatitis, daños a la piel, alergias 2. Problemas gastrointestinales 3. Problemas reproductivos 4. Melanomas y otros cánceres 5. Varices, problemas circulatorios 7. Cansancio
Comercio (lugares fijos o venta ambulante)		1. Posición y esfuerzo (largas horas de pie) 2. Ambientes calientes y fríos 3. Exposición a la intemperie	1. Infecciones y contagios de clientes	1. Hostigamiento sexual de clientes y patronos 2. Riesgos de seguridad	1. Problemas respiratorios 2. Dolores músculo-esqueléticos 3. Problemas circulatorios 4. Cansancio

Continuacion del cuadro 4

Categoría de trabajo	Riesgos a la salud				
	Químicos	Físicos	Biológicos	Psico-sociales	Efectos sobre la salud
Trabajo fabril de costura		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambientes calientes y fríos 2. Instrumental de trabajo punzocortante, machucón 3. Postura y esfuerzo 4. Polvos 5. Mala iluminación 6. Ruido excesivo 7. Hacinamiento en espacios reducidos 8. Altas exigencias visuales 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de comedor, guarderías, facilidades para madres lactantes 2. Hostigamiento sexual 3. Supervisión 4. Monotonía 5. Ritmos repetitivos 5. Falta de autonomía para determinar tiempos de trabajo y decisiones laborales 6. Trabajo de estatus bajo 7. Falta de seguro médico, lugares de primeros auxilios 8. Falta de entrenamiento en el uso seguro equipo 9. Falta de contrato laboral 10. Altas cuotas de productividad (actividad intensiva) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas respiratorios 2. Dolores musculoesqueletales 3. Problemas circulatorios 4. Problemas de la vista 5. Dolores de cabeza, ansiedad, hipertensión 6. Problemas auditivos 7. Cansancio
Categoría de trabajo	Riesgos a la salud				
	Químicos	Físicos	Biológicos	Psico-sociales	Efectos sobre la salud
Trabajo de servicios personales - peluquería, cosmetología	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposición a gases, humos, ácidos, tóxicos, solventes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instrumental de trabajo punzocortante 2. Posición y esfuerzo (largos periodos de pie o sentadas) 3. Mala iluminación 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones y contagios de clientes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones interpersonales exigentes 2. Tensión 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dermatitis, daños a la piel, alergias 2. Problemas respiratorios 3. Problemas de la vista 4. Dolores de cabeza, ansiedad, hipertensión 5. Problemas circulatorios
Servicios personales (lavandería y tintorería)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposición a gases, humos, ácidos, tóxicos, solventes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambientes calientes y fríos 2. Ruido excesivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones por contacto con contaminantes en la ropa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monotonía 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas respiratorios 2. Problemas de la vista 1. Dermatitis, daños a la piel, alergias 4. Problemas auditivos
Industria de exportación-maquiladoras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposición a gases, humos, ácidos, tóxicos solventes 2. Polvos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instrumental de trabajo punzocortante, machucón 2. Posición y esfuerzo 3. Ruido excesivo 4. Mala iluminación 5. Altas exigencias visuales 6. Mala ventilación 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisión 2. Hostigamiento sexual 3. Monotonía 4. Intensa actividad 5. Trabajo repetitivo 6. Estrés 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas músculo-esqueletales 2. Problemas de la vista 3. Problemas auditivos 4. Problemas respiratorios 5. Problemas reproductivos 6. Dolores de cabeza, ansiedad, hipertensión

Continuación del cuadro 4

Categoría de trabajo	Riesgos a la salud				
	Químicos	Físicos	Biológicos	Psico-sociales	Efectos sobre la salud
Industria de alimentación	1. Pesticidas 2. Productos de limpieza	1. Cambios bruscos de temperatura 2. Instrumental de trabajo punzocortante, machacón 3. Periodos largos de pie 4. Fuerza física 5. Olores fuertes	1. Productos contaminados		1. Dermatitis, daños a la piel, alergias 2. Problemas respiratorios 3. Problemas musculoesqueletales 4. Dolores de cabeza, ansiedad, hipertensión 5. Traumatismos 6. Problemas circulatorios
Trabajo de oficina	1. Tóxicos de fotocopiadora, impresora	1. Pantallas de computadoras 2. Trabajo sentado 3. Movimientos repetitivos 4. Mala ventilación 5. Mala iluminación 6. Sillas y escritorios no ergonómicos		1. Fatiga 2. Trabajo monótono y repetitivo 3. Hostigamiento sexual	1. Problemas musculoesqueletales 2. Dolores de cabeza, ansiedad, hipertensión 3. Dermatitis, daños a la piel, alergias 4. Problemas de la vista 5. Problemas respiratorios 6. Problemas circulatorios

El Cuadro 4 sintetiza los hallazgos de los estudios revisados en función de los factores de riesgo y las enfermedades y/o trastornos vinculados con determinados tipos de trabajo.

Un elemento que sobresale en nuestro acopio de los estudios de caso es que, con relativa independencia del sector económico, las trabajadoras estudiadas confrontan condiciones de riesgo, trastornos y enfermedades físicas y mentales semejantes a través de diferentes ocupaciones.³¹

Tabla 8

Elementos para analizar las condiciones de riesgo, trastornos y enfermedades de las mujeres

- condiciones físicas que producen problemas músculo-esqueléticos, irritaciones de la piel y de las vías respiratorias, insuficiencias circulatorias, problemas de la vista, dolores de cabeza, y problemas reproductivos de varios tipos
- condiciones químicas que producen intoxicaciones, irritaciones de la piel y de las vías respiratorias y problemas gastro-intestinales
- condiciones biológicas que producen intoxicaciones, infecciones, problemas gastro-intestinales, y reacciones alérgicas de varios tipos
- condiciones psico-sociales que producen ansiedad, síntomas emocionales de varios tipos, inseguridad y temor

³¹ Estas semejanzas no se limitan a América Latina. La importancia de género en el análisis de la relación entre la salud y el trabajo tiene relevancia global. Por ejemplo, un estudio reciente sobre género, salud y trabajo para la Comunidad Europea (European Agency for Safety and Health at Work, 2003), caracteriza las condiciones del trabajo femenino en los países europeos de la misma manera que aparecen en estudios referentes a América Latina.

La salud de las trabajadoras en la industria maquiladora

Aunque la investigación sobre la salud de las trabajadoras en la industria maquiladora de exportación forme parte de la salud y seguridad ocupacional, el volumen de estudios sobre el tema justifica su consideración por separado. La porosidad entre las categorías analíticas adoptadas en este trabajo se hace explícita con el ejemplo de la salud de las trabajadoras en la industria maquiladora. Como ya señalamos, el tema forma parte de la salud y la seguridad ocupacional. Su vínculo con la economía global es contundente. La salud reproductiva es el aspecto de la investigación sobre la salud de las trabajadoras en la maquila que más se ha estudiado. Finalmente, la investigación existente demuestra que el empleo femenino en la maquila tiene implicaciones particulares para la estructura y la composición de los hogares. Por lo tanto, abordamos el tema llamando la atención sobre la complejidad de los factores que influyen en la salud de las trabajadoras en la industria maquiladora.

Ya existen revisiones detalladas de la bibliografía sobre la salud de las trabajadoras en la industria maquiladora realizadas en diferentes períodos. La mayoría se enfocan en aspectos de la salud reproductiva y la salud y la seguridad ocupacional, privilegiando los trastornos y las condiciones específicas que adolecen las mujeres. Una de nosotras recientemente colaboró en una revisión exhaustiva sobre el tema (Denman, Cedillo y Harlow, 2003). Dada la actualidad de estos estudios, no consideramos necesario recorrer el mismo camino aquí, sino destacar algunos puntos clave que consideramos de mayor pertinencia para el tema del trabajo y la salud de las mujeres.

¿Cómo surgió la industria maquiladora? La coyuntura marcada por el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones en América Latina desencadenó la búsqueda de nuevas estrategias de desarrollo que culminó en la implementación del modelo neoliberal.³² Muchos líderes políticos se convencieron de que la producción hacia la exportación aportaría mayores beneficios que la exportación de las materias primas. En México y en Chile, la industria de exportación se convirtió en el motor de una estrategia global dirigida hacia la reducción de los costos laborales y el incremento de la competitividad internacional (Standing, 1989; Grinspun y Cameron, 1992). En Chile, la exportación se centró en la agroindustria, notablemente en el cultivo de frutas. En México, la exportación tuvo dos ejes: la agroindustria y sobre todo la industria maquiladora de exportación (IME). Las fábricas maquiladoras mexicanas son plantas internacionales y nacionales (principalmente norteamericanas, pero también japonesas, coreanas y, en menor escala, mexicanas) dedicadas principalmente al procesamiento y reexportación de productos industriales prefabricados en otros países.³³

La producción para la exportación, sea agrícola o industrial, tiene características *sui generis* que han tenido un fuerte impacto sobre la estructura del empleo y la organización social de las zonas de exportación: la contratación de una fuerza de trabajo mayoritariamente femenina, los salarios bajos, la subcontratación y el trabajo domiciliario por destajo, la flexibilidad laboral y las condiciones laborales precarias.

³² El proceso de reconversión siguió ritmos diferentes en diferentes países. México fue el primer país que estableció zonas de procesamiento para la exportación a lo largo de la frontera norte del país. Inicialmente, el desarrollo de la región fronteriza fue concebido como una estrategia para satisfacer la demanda de empleo creada por el cierre del Programa Bracero en 1964. Entre 1965 y 1974, se crearon las bases jurídicas para instalar y consolidar la industria maquiladora de exportación en la frontera. No fue hasta la década de los 80, sin embargo, que la industria maquiladora de exportación cobró su actual dinamismo. Por ende, el mayor impacto del cierre del Programa Bracero fue sobre la población masculina, mientras que en su inicio el empleo en las maquiladoras se basó casi exclusivamente en mano de obra femenina (Rubin-Kurtzman *et al.*, 1996; Pleck, 2001).

³³ Hoy en día existen zonas de procesamiento para la exportación en varios países latinoamericanos, principalmente en Centroamérica y en el Caribe.

Estas características nos hacen cuestionar si las condiciones de salud que prevalecen en las maquiladoras son diferentes de aquéllas que se observan en otras industrias nacionales. Mercado (2003) observa que la industria maquiladora de exportación no se enfoca hacia ramas industriales cuyos procesos y tecnologías sean intrínsecamente de alto riesgo para la salud y la seguridad, como serían, por ejemplo, la petroquímica, la química o la metálica básica. Más bien, las maquiladoras son ramas industriales de menor riesgo —ensamble de equipos y aparatos eléctricos y electrónicos, autopartes, prendas de vestir y muebles—. El autor observa, no obstante, que hay poca información sobre la medida en la que las maquiladoras cumplen con la normativa mexicana, sobre la exigencia gubernamental o corporativa al respecto, y sobre la cultura de seguridad y salud existente entre las (los) trabajadores. También explora dos hipótesis para determinar si la estructura organizacional y laboral de las maquiladoras está orientada al fomento de la eficiencia productiva con trabajadores sanos. Basándose en la idea de que las empresas buscan establecerse en aquellas zonas donde no se aplican las leyes ambientales y donde los controles regulatorios son laxos, una hipótesis sugiere que las maquiladoras son “un paraíso de contaminación y de inseguridad e insalubridad laborales”. Por otro lado, el enfoque del beneficio mutuo plantea que las medidas de seguridad y la salud y seguridad ocupacional benefician a las empresas mediante una mayor productividad, calidad y capacidad de innovación, y beneficia a los trabajadores asegurando un mayor nivel de salubridad y bienestar en el lugar de trabajo.

Para considerar estas hipótesis, Mercado analizó dos encuestas realizadas en plantas maquiladoras de 100 trabajadores ubicadas en varias ciudades del norte de México. Una se efectuó con los responsables de la seguridad y la salud en el trabajo y la otra se aplicó a los trabajadores. Según el autor, los principales problemas de seguridad e higiene en la industria maquiladora de exportación se vinculan con la escala de producción y la expansión del empleo. Señala que la tasa de crecimiento anual del empleo fue de dos dígitos durante las décadas de 1970, 1980 y 1990 (aunque con tendencia a la baja), y que, de acuerdo con datos de 2001, la industria maquiladora empleaba a 1.2 millones de trabajadores (Mercado, 2003:725). Mientras que su investigación no lo conduce a concluir que la industria maquiladora es “un paraíso de inseguridad e insalubridad laborales,” tampoco admite una situación generalizada de “maquila saludable”. Sus resultados sugieren que, pese a una evaluación positiva en materia de cumplimiento normativo, el desempeño preventivo es bajo y la cultura preventiva de los (las) trabajadores está rezagada.

¿Cuál es el impacto del trabajo en la industria maquiladora sobre la salud de mujeres y hombres? Dada la preponderancia de mujeres en la industria maquiladora, una limitante importante en el trabajo de Mercado es la falta de diferenciación por género, con la consecuente omisión de enfocarse en las condiciones al interior de la empresa que promuevan la salud y la seguridad de las trabajadoras en su calidad de mujeres. Entre otras, estas condiciones incluyen el desempeño preventivo en relación con el hostigamiento sexual físico y psicológico; las comodidades para mujeres lactantes y embarazadas; el acceso fácil a baños; períodos de descanso adecuados; el estrés emocional relacionado con pruebas obligatorias de embarazo y el temor de embarazarse; y las guarderías para los niños. Si la normativa nacional e internacional no incorpora una perspectiva de género que privilegie estos factores, es poco probable que las empresas tomen medidas adecuadas. De igual manera, si la cultura preventiva de las mujeres no exige las condiciones de trabajo necesarias para su bienestar físico y emocional, es imposible contar con la “maquila saludable” a la que se refiere Mercado.

Una conclusión de Mercado nos remite a considerar la antigüedad de las (los) trabajadores en la planta. Mercado encontró que la antigüedad influye sobre el índice de calificación respecto a la cultura preventiva. Otros estudios sobre la industria maquiladora han privilegiado la rotación de

personal (Barajas Escamilla y Sotomayor Yalán, 1995; Canales Cerón, 1995).³⁴ Observando que las mujeres rotan significativamente menos que los hombres, Canales Cerón (1995) vincula la rotación de personal con la evolución del ciclo de vida. La diferencia entre las tendencias de rotación de los hombres y de las mujeres se explica por el impacto del género sobre distintas condicionantes socio-demográficas. Aun cuando la presencia de hijos pequeños, la edad, el tipo de hogar, la escolaridad, la jefatura de hogar y la relación de parentesco pueden influir sobre la estabilidad laboral de mujeres y hombres, la división sexual del trabajo hace que su efecto sea mayor entre las mujeres. Por esta razón, y no obstante el aumento de participación de hombres y mujeres con hijos en la industria maquiladora, siguen predominando las mujeres jóvenes, la mayoría solteras y con bajos niveles de escolaridad (Barajas Escamilla y Sotomayor Yalán, 1995).³⁵

Siguiendo esta línea de investigación, un estudio sobre Tijuana, México (Barajas Escamilla y Sotomayor Yalán, 1995) observa diferencias de rotación según la posición de las mujeres dentro del hogar. Cambiar de trabajo conlleva mayores riesgos para las jefas que para hijas de familia que no tienen la responsabilidad de mantener a sus familias. El predominio dentro de la industria maquiladora de hijas de familia jóvenes caracterizadas por una mayor propensión a cambiar frecuentemente de trabajo, sugiere que difícilmente permanecerán un tiempo suficiente para adquirir una cultura de salud que, según Mercado, es fruto de una mayor antigüedad en el trabajo. Por otra parte, la situación difícil de las jefas puede imprimir un nivel de estrés y de conflicto que terminan interfiriendo con un comportamiento y manejo prudente y seguro en el lugar del trabajo.

³⁴ Barajas Escamilla y Sotomayor Yalán (1995), documentan que altas tasas de rotación empiezan a observarse a partir de la década de los 80 precisamente en aquellos municipios fronterizos caracterizados por un fuerte crecimiento urbano y una mayor concentración de plantas maquiladoras (Tijuana, Ciudad Juárez, Mexicali y Nogales). Hay casos en los que las tasas de rotación reportadas por las empresas sobrepasan el 100% anual.

³⁵ En un estudio sobre la rotación de mujeres en Tijuana, México, las autoras documentan la mayor participación de mujeres relativamente jóvenes (con una edad promedio de 22.8 años), solteras (60% del total de mujeres entrevistadas), y con bajos niveles de escolaridad (nivel promedio de primaria completa). Entre las que tienen hijos, el número promedio de es 2.3 hijos (p. 197).

CONCLUSIÓN

Modos de vida. Una óptica para el análisis futuro

Este texto se ha centrado en los grandes cambios económicos, demográficos y socioculturales que han sacudido a los países latinoamericanos durante los últimos lustros del siglo xx, así como en las transformaciones en el trabajo, en las relaciones entre el Estado, la sociedad civil y los individuos y en la dinámica que opera al interior de los hogares para hacer frente a estos cambios. Las investigaciones sobre México, Argentina, Brasil y Chile que hemos revisado documentan situaciones semejantes para las mujeres: el aumento del trabajo remunerado mal pagado bajo condiciones laborales precarias; el desempleo y el trabajo por cuenta propia en el sector informal; la prevalencia de relaciones patriarcales que las excluyen de puestos de decisión y las privan del poder de negociación; la segregación ocupacional por género en el trabajo remunerado y la responsabilidad principal para el trabajo doméstico; el creciente empobrecimiento y la intensificación de la carga de trabajo doméstico para responder a las condiciones económicas adversas, el hostigamiento sexual en el trabajo extra-doméstico y la violencia doméstica en el hogar.

A nuestro parecer, los valiosos aportes críticos de estos estudios deberían matizarse en la medida en que para muchas mujeres las transformaciones en el mundo del trabajo y en el panorama sociocultural también han creado oportunidades y espacios —cuando antes no los habían— de percibir un ingreso, estudiar, controlar su reproducción biológica, tener acceso a los sistemas de seguridad social, participar en acciones cívicas, y negociar, aunque con conflictos, las relaciones de género a nivel individual y social. Así como es urgente explicitar los daños a la salud en las situaciones de inequidad que prevalecen a principios del siglo, también es necesario constatar los efectos positivos de las transformaciones nacionales y globales que han beneficiado a las mujeres al considerar la relación entre la salud y el trabajo femenino.

Nuestro esfuerzo por entender la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres en Argentina, Brasil, Chile y México nos remite a analizar cómo las transformaciones que hemos venido describiendo a lo largo de estas páginas se manifiestan en la vida cotidiana. Las reflexiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género han avanzado en la identificación de algunos factores que influyen en esta relación. Un avance se ha centrado en las metodologías utilizadas. Las metodologías cuantitativas han demostrado ser insuficientes para abordar la complejidad del tema y se ha destacado la necesidad de complementar los análisis cuantitativos con análisis cualitativos que captan las condiciones de la “vida total” (Wasserman, 1997). Aunque el análisis de datos secundarios ya existentes nos obliga a depender de categorías pre-establecidas, también hay que tratar de construir variables pertinentes utilizando la información disponible dentro de las encuestas de salud, de salud reproductiva y de empleo. A nivel cuantitativo, será importante crear variables sensibles al género que puedan incorporarse en las encuestas futuras. Por otra parte, los estudios cuantitativos deberían complementarse con estudios cualitativos que arrojen luz sobre los diversos aspectos de la relación entre el trabajo femenino y la salud, y que puedan orientar en la construcción de variables cuantitativas en las encuestas futuras.

Para encaminar la investigación futura sobre el trabajo y la salud de las mujeres nos permitimos proponer el enfoque de los “modos de vida” como una categoría analítica.³⁶ Esta categoría combi-

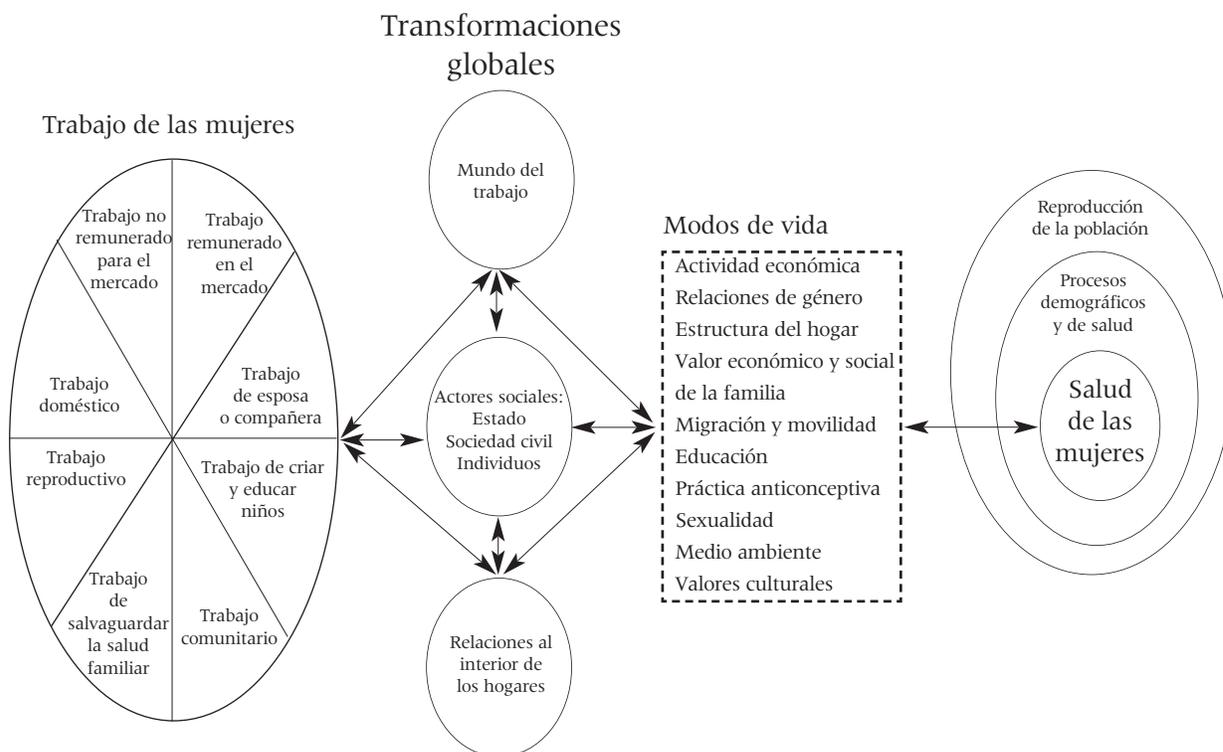
³⁶ El concepto de *modos de vida* se deriva de la sociología francesa y de manera particular del *habitus* de Bourdieu, del *mundo vital* de Habermas, y de los *modes de vie* de Godard.

na las condiciones materiales, las relaciones sociales, los significados ideológicos-simbólicos y los valores que los individuos atribuyen a los diversos aspectos de la vida cotidiana. Los modos de vida se construyen mediante la interacción e interdependencia de dos dimensiones del mundo social: los individuos como actores sociales y las instituciones. La fuente de acción social “no reside ni en el consciente ni en las cosas, sino en la relación entre ambas etapas de lo social, es decir, entre la historia manifiesta en las cosas, en la forma de las instituciones, y en la historia encarnada en los cuerpos, en la forma de aquel sistema de disposiciones duraderas que llamo *habitus*” (Bourdieu, 1990:190; traducción nuestra).

Para comprender cómo cambian los modos de vida, es preciso entender como “por una parte los individuos se movilizan materialmente, económicamente, moralmente y de manera eficaz para organizar la vida y darle un sentido total, y por otra parte, están simultáneamente movilizadas por procesos estructurales de vasta magnitud que evolucionan a través de periodos largos e involucran grupos sociales en escalas muy grandes” (Godard, 1985:334; traducción nuestra).

Gráfica 1

Trabajo y salud de las mujeres en el contexto de la globalización:
un marco de análisis



El análisis de los cambios en el mundo del trabajo, las relaciones en el papel del Estado, la sociedad civil y los individuos como actores sociales, y las relaciones al interior de los hogares nos proveen el prisma a través del cual podemos entender la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres.³⁷ Los cambios acontecidos en una esfera se vinculan con cambios en otra y no pueden analizarse independientemente. Por lo tanto, proponemos el siguiente modelo, que incorpora los elementos de análisis que hemos venido describiendo en las páginas anteriores, esperando que sirva de guía para orientar la investigación futura sobre la salud y el trabajo de las mujeres.

No pretendemos que este modelo pueda operacionalizarse fácilmente, más bien lo sugerimos como una meta o una guía. Éste nos permitiría tomar conciencia e incorporar una red compleja de factores atinentes a la salud y el trabajo de las mujeres que ocurren en distintos niveles de análisis y que hemos tratado de esclarecer en este texto. Dependerá de la creatividad de cada quien seleccionar los elementos necesarios, precisar las variables y lanzarse a una investigación empírica que tome en cuenta la complejidad de la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres.

³⁷ Algunas ideas para este enfoque se derivaron del Programa Américas del Pacific Institute for Women's Health, Los Ángeles, California.

Bibliografía

- Acker, Joan (1990), "Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations", *Gender and Society*, vol. 4, pp. 139-168.
- Alvear G., Guadalupe, *et al.* (1988), "Condiciones de trabajo y salud de las costureras", *Salud Problema*, vol. 14, pp. 25-39.
- Anker, Richard (1998), *Gender and Jobs: Sex Segregation of Occupations in the World*, Ginebra, International Labour Office.
- Applebaum, Herbert (1995), "The Concept of Work in Western Thought", en Frederik C. Gamst (ed.), *Meanings of Work. Considerations for the Twenty-First Century*, Nueva York, State University of New York Press, pp. 46-78.
- Aquino, Estela Maria L. de (1995), "Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um Novo Agir", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 11, no. 2, pp. 281-290.
- Arenas de Mesa, Alberto y Verónica Montecinos (1999), "The Privatization of Social Security and Women's Welfare: Gender Effects of the Chilean Reform", *Latin American Research Review*, vol. 34, no. 3, pp. 7-37.
- Ariza, Marina y Orlandina de Oliveira (2003), "Acerca de las familias y los hogares: estructura y dinámica", en Catalina Wainerman (comp.), *Familia, trabajo y género: un mundo de nuevas relaciones*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), pp. 19-54.
- Ariza, Marina y Orlandina de Oliveira (2002), "Cambios y continuidades en el trabajo, la familia y la condición de las mujeres", en Elena Urrutia (coord.), *Estudio sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, México, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, pp. 43-86.
- Ariza, Marina y Orlandina de Oliveira (2001), "Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición", *Papeles de población*, vol. 28.
- Auerbach, Judith y Donald Light (1995), "Women's Health Research: Public Policy and Sociology", *Journal of Health and Social Behavior*, edición especial, pp. 115-131.
- Balcázar, H.; C. A. Denman y F. Lara (1995), "Factors Associated with Work-Related Accidents and Sickness among Maquiladora Workers; the Case of Nogales, Sonora, Mexico", *International Journal of Health Services*, vol. 25, no. 3, pp. 489-502.
- Barajas Escamilla, Ma. del Rocío y Maritza Sotomayor Yalán (1995), "Rotación de personal en la industria maquiladora de Tijuana: mujeres y condiciones de vida," en S. González Montes, O. Ruiz, L. Velasco, y O. Woo (comps.), *Mujeres, migración y maquila en la frontera norte*, México, Programa Inter-disciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, El Colegio de la Frontera Norte, pp. 189-213.
- Barrón, María Antonieta (1991), "Las enfermedades profesionales de las mujeres asalariadas del campo", *Economía Informa*, vol. 193, pp. 20-24.
- Basaglia, Franco, *et al.* (1978), *La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud*, México, Nueva Imagen.
- Benería, Lourdes (2001), "Changing Employment Patterns and the Informalization of Jobs: General Trends and Gender Dimensions", Geneva, International Labour Office, [En línea], Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/ses/download/docs/gender.pdf>
- Benería, Lourdes y Amy Lind (1995), *Engendering International Trade: Concepts, Policy, and Action*, Toronto, Gender, Science and Development Programme and the United Nations Development Fund for Women, International Federation of Institutes for Advanced Study.

- Benería, Lourdes y Amy Lind (1995), *Engendering International Trade: Concepts, Policy, and Action*, Toronto, Gender, Science and Development Programme and the United Nations Development Fund for Women, International Federation of Institutes for Advanced Study.
- Benería, Lourdes y Shelley Feldman (eds.) (1992), *Unequal Burden: Economic Crises, Persistent Poverty, and Women's Work*, Boulder, Colorado, Westview Press.
- Benería, Lourdes (1992), "Accounting for Women's Work: Assessing the Progress of two Decades", *World Development*, vol. 20, no. 11, pp. 1547-1560.
- Benería, Lourdes (1988), "Conceptualizing the Labour Force: the Underestimation of Women's Economic Activities", en R. E. Pahl (ed.), *On Work*, London, Basil Blackwell.
- Benería, Lourdes (1979), "Reproduction, Production and the Sexual Division of Labour", *Cambridge Journal of Economics*, vol. 3, pp. 203-225.
- Benería, Lourdes y Martha Roldán (1987), *The Crossroads of Class and Gender: Industrial Homework, Subcontracting and Household Dynamics in Mexico City*, Chicago, University of Chicago Press.
- Blanco, Mercedes y Edith Pacheco (2002), "La mujer y el trabajo en México: algunas aportaciones del PIEM", en Elena Urrutia (coord.), *Estudio sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, México, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, pp. 121-162.
- Bolis, Mónica (1993), "Characteristic Treatment of Violence Against Women in Latin American Legislation", en Elsa Gómez Gómez (ed.), *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization, pp. 237-243.
- Bourdieu, Pierre (1990), *In Other Words: Essays Toward a Reflexive Sociology*, trad. M. Adamson, Cambridge, Polity, Stanford, Stanford University Press.
- Boltvinik, Julio y Araceli Damián (2003), "Derechos humanos y medición oficial de la pobreza en México", *Papeles de Población*, no. 35, pp.101-136.
- Borderías, Cristina y Cristina Carrasco (1994), "Introducción. Las mujeres y el trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y económicas", en Cristina Borderías, Cristina Carrasco y Carmen Alemany (comps.), *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*, Barcelona, Icaria, pp.15-109.
- de Brito, Jussara C. De et al. (1995), "Saúde das Trabalhadoras: O Caso da Lavanderia de uma Indústria Química de Cloro-Soda", *Cadernos de Saude Pública*, vol. 11, no. 4, pp. 543-551.
- de Brito, Jussara (1997), "Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero", *Cadernos de Saude Pública*, vol. 13 (suplemento 2), pp. 141-144.
- Bronfman, Mario y Catalina Denman (2003), "Introducción", en Mario Bronfman y Catalina Denman (eds.), *Salud Reproductiva: temas y debates*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 13-24.
- Bronfman, Mario y Jane Rubin-Kurtzman (1999), "Comportamiento sexual de los migrantes mexicanos temporales en Los Ángeles: prácticas de riesgo para la infección por VIH", en Beatriz Figueroa (ed.), *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 39-56.
- Bronfman, Mario N. y Roberto Castro (coords.) (1999), *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina (Selección de las principales ponencias presentadas durante el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina)*, México, EDAMEX.
- Browner, Carole H. y Joanne Leslie (1996), "Women, Work and Household Health in the Context of Development", en Carolyn Sargent y Caroline Brettell (eds.), *Gender and Health*, Nueva York, Prentice-Hall.
- Bucardo, Jesus et al. (2004), "A Qualitative Exploration of Female Sex Work in Tijuana, México", *Archives of Sexual Behavior*, vol. 33, no. 4, pp. 343-351.

- Burin, Mabel, (1995), "Subjetividad femenina y salud mental," en Sara Elena Pérez-Gil Romo, *et al.* (coords.), *Género y Salud Femenina*, México, CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto de Nutrición Salvador Zubirán, pp. 81-107.
- Burin, Mabel (1990), *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*, Buenos Aires, Paidós.
- Bustos, Beatriz (1994), "Introducción: El trabajo femenino en América Latina y los nuevos debates al inicio de la década de 1990", en Beatriz Bustos y Germán Palacio (comps.), *El trabajo femenino en América Latina: los debates en la década de los noventa*, Guadalajara, Jalisco, Universidad de Guadalajara, Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, pp. 15-26.
- Buvinic, Mayra, Antonio Giuffrida y Amanda Glassman (2002), *Gender Inequality in Health and Work: the Case for Latin America and the Caribbean*, Washington D. C., Sustainable Development Department, Technical Papers Series No. SOC-128, Inter-American Development Bank, [En línea], Disponible en: <http://www/iadb.org/sds/doc/SOC128GenderInequality.pdf>
- Calderón Hinojosa, Luisa María (2002), "Parejas de prostitutas-proxenetas y roles de pareja en una comunidad rural", ponencia presentada en la *Reunión sobre Salud Reproductiva de la Sociedad Mexicana de Demografía*, México D.F., 31 de julio-4 de agosto.
- Canales Cerón, Alejandro (1995), "Condición de género y determinantes sociodemográficos de la rotación de personal en la industria maquiladora de exportación", en S. González Montes, O. Ruiz, L. Velasco y O. Woo (comps.), *Mujeres, Migración y Maquila en la Frontera Norte*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, El Colegio de la Frontera Norte, pp. 133-164.
- Castells, Manuel y Portes, Alejandro (1986), "World Underneath: The Origin, Dynamics and Effects of the Informal Economy", trabajo presentado en la *Conference on the Comparative Study of the Informal Sector*, Harper's Ferry, West Virginia.
- Cedillo, L.; S. D. Harlow; R. Sánchez y D. Sánchez (1997), "Establishing priorities for occupational health research among women working in the maquiladora industry", *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 3, pp. 221-30.
- Cerutti, Marcela (2000), "Intermittent Employment Among Married Women: A Comparative Study of Buenos Aires and Mexico City", *Journal of Comparative Family Studies*, vol. 31, pp.19-49.
- Chant con Craske, Sylvia con Nikki Craske (2003), *Gender in Latin America*, Nuevo Brunswick, Nueva Jersey, Rutgers University Press.
- Charmes, Jacques (2000), "Informal Sector, Poverty and Gender: A Review of Empirical Evidence", *Background Paper for the World Development Report, 2001*, [En línea], Disponible en: <http://www.wiego.org/papers/charmes3.pdf>
- Chesney, Margaret A. y Ozer, Elizabeth M. (1995), "Women and Health: In Search of a Paradigm", *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*, vol. 1, no. 1, pp. 3-26.
- Cruz, Adrián Cecilia, *et al.* (2003), "Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, no. 4, pp. 1129-1138.
- Cunningham, Wendy (2001), "Breadwinner versus Caregiver: Labor Force Participation and Sectoral Choice over the Mexican Business Cycle", en Elizabeth Katz y María Correia (eds.), *Elements of Gender in Mexico: Work Family, State and Market*, Washington, The World Bank, pp. 85-132.
- Dain, Sulamis (s.f.), "Conceptual and Operational Framework on Exclusion in Social Protection for Health", Pan American Health Organization, [En línea], Disponible en: <http://www.opas.org.br/serviço/Arquivos/Sala5354.pdf>
- de Barbieri, M. Teresita (1989), "Trabajos de la reproducción", en Orlandina de Oliveira, Marielle Pepin Lehauiller y Vania Salles (comps.), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, Porrúa, pp.235-254.

- de Barros, Maurvo V. G. y V. Nahas de Arkus (2001), "Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria", *Revista de Saúde Pública*, vol. 35, no. 6, pp. 554-564, [En línea], Disponible en: <http://www.fsp/usp.br/rsp>
- de los Ríos, Rebecca (1993), "Gender Health and Development: An Approach in the Making", en Elsa Gómez Gómez (ed.), *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization, pp. 3-17.
- Debert-Ribeiro, Myriam B. (1993), "Women and Chronic Disease in Latin America", en Elsa Gómez Gómez (ed.), *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization, pp. 82-89.
- Denman, Catalina A. (1996), "Salud en la Maquila: preguntas para la investigación", manuscrito no publicado.
- Denman, Kathleen A. (2001), *Prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras de una maquiladora en Nogales, Sonora, México*, tesis de doctorado, Zamora, Michoacán, El Colegio de Michoacán.
- Denman, Catalina A.; Leonor Cedillo y Sioban D. Harlow (2003), "Work and Health in Export Industries at National Borders", en Jody Heymann (ed.), *Global Inequalities at Work: Work's Impact on the Health of Individuals, Families and Societies*, Nueva York y Londres, Oxford University Press, pp. 247-277.
- Díaz Berr, Ximena y Julia Medel Riquelme (s.f.), "Salud, género y trabajo: una relación difícil", [En línea], Disponible en: <http://www.paho.org/English/HDP/HDW/healthconomics.pdf>
- Díaz Berr, Ximena y Julia Medel Riquelme (2002), *Género, equidad y reforma de la salud en Chile: voces y propuestas desde la sociedad civil*, Washington, Oficina Panamericana de la Salud.
- Dixon-Mueller, Ruth (1989), "Psychosocial Consequences to Women of Contraceptive Use and Controlled Fertility", en A. M. Parnell (ed.), *Contraceptive Use and Controlled Fertility: Background Papers*, Washington, DC, National Academy Press, pp.140-159.
- Donahoe, Debra Anne (1999), "Measuring Women's Work in Developing Countries", *Population and Development Review*, vol. 25, no. 3, pp. 543-576.
- Durand, Jorge y Massey, Douglas S. (1992), "Mexican Migration to the United States: A Critical Review", *Latin American Research Review*, vol. 27, no. 2, pp. 3-42.
- Duval Hernández, Robert (2003), "El trabajo doméstico y los salarios: un estudio para los hogares mexicanos", *Revista mexicana del trabajo y la prevención social*, vol. 3, pp. 29-69.
- European Agency for Safety and Health at Work (2003), *Gender Issues in Safety and Health at Work: A Review*, Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, European Agency for Safety and Health at Work.
- Figueroa, J. G. (1997), "Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de las políticas en el ámbito de la salud reproductiva", en Carlos Welti (coord.), *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94*, México, Programa Latinoamericano de Actividades en Población e Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, pp. 159-202.
- Gálvez Pérez, Thelma y María Isabel Matamala Vivaldi (s.f.), "La economía de la salud y el género en la reforma de salud", [En línea], Disponible en: <http://www.paho.org/English/HDP/HDW/healthconomics.pdf>
- Gamst, Frederik C. (1995), "Considerations of Work", en Frederik C. Gamst (ed.), *Meanings of Work. Considerations for the Twenty-First Century*, Nueva York, State University of New York Press, pp.1-45.
- García, Brígida (2003), "Reestructuración económica, trabajo y autonomía femenina en México", en Elena Urrutia (coord.), *Estudio sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, México, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, pp. 87-120.

- García, Brígida (2001), "Dinámica familiar y calidad de vida", en Beatriz Figueroa Campos (coord.), *México diverso y desigual: enfoques sociodemográficos. v Reunión de investigación sociodemográfica en México*, vol. 4, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, pp. 129-175.
- García, Brígida (2000), "Economic Restructuring, Women's Work and Autonomy in Mexico", en Harriet B. Presser y Gita Sen (eds.), *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*, Oxford, England, Oxford International Studies in Demography, Oxford University Press, pp. 261-296.
- García, Brígida (1998), "Comentarios al trabajo 'Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas'", en J. G. Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 161-164.
- García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- Garduño, María de los Ángeles y Julia del Carmen Rodríguez (1990), "Salud y doble jornada: taquilleras del metro", *Salud Problema*, vol. 20, pp. 41-45.
- Gerson, Kathleen (1985), *Hard Choices: How Women Decide About Work, Career and Motherhood*, Berkeley, California, University of California Press.
- Gidengil, Elisabeth (1995), "Economic Man-Social Woman? The Case of the Gender Gap in Support for the Canada-US Free Trade Agreement", *Comparative Political Studies*, vol. 28, pp. 384-408.
- Giffin, Karen (2002), "Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerções a partir de uma perspectiva de género transversal", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18 (suplemento), pp. 103-112.
- Giffin, Karen (1994), "Women's Health and the Privatization of Fertility Control in Brazil", *Social Science and Medicine*, vol. 39, no. 3, pp. 355-360.
- Godard, Francis (1985), "How Do Ways of Life Change?", en N. Redclift y E. Mingione (eds.), *Beyond Employment: Household, Gender and Subsistence*, Oxford, England, Basil Blackwell, pp. 317-337.
- Goldsmith, Mary (1984), "La salud entre las trabajadoras domésticas", *FEM*, vol. 35, pp. 8-9.
- Gómez Gómez, Elsa (2002), "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 11, no. 5/6, pp. 327-334.
- Gómez Gómez, Elsa (ed.) (1993), *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization.
- Gómez Gómez, Elsa (1993), "Introduction", *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization, pp. IX-XIX.
- Gómez, Norma (2001), "Mujeres, manufactura y liberalización económica, 1990-1997: ¿qué tanto hemos ganado?", en Jennifer A. Cooper (coord.), *¿Esto es cosa de hombres? Trabajo, Género y Cambio Social*, México, UNAM, Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, pp. 203-224.
- Gonzalez Arroyo, M., et al. (1996), *The CAFOR Survey of Maquiladora Workers on Occupational Health and Safety in Tijuana and Tecate, Mexico*, San Diego y Berkeley, Maquiladora Health and Safety Support Network, Comité de Apoyo Fronterizo Obrero Regional (CAFOR), Support Committee for Maquiladora Workers and Labor Occupational Health Program, University of California.
- Gonzalez Block, Miguel Ángel (1996), "Salud reproductiva de las trabajadoras de la maquila de exportación en Tijuana: diagnóstico y retos para las políticas de salud", en J. G. Figueroa y C. Stern (comps.), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, México, El Colegio de México.

- González de la Rocha, Mercedes (2000), "Private Adjustments: Household Responses to the Erosion of Work", en Alejandro J. Grinspun (ed.), *SEPED Conference Paper Series*, vol. 6, United Nations Development Program, [En línea], Disponible en: http://www.undp.org/seped/publications/pvt_adjustments.pdf
- González de la Rocha, Mercedes (1989), "Crisis, economía doméstica y trabajo femenino en Guadalajara", en Orlandina de Oliveira, (ed.), *Trabajo, poder y sexualidad*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios sobre la Mujer, El Colegio de México, pp. 159-175.
- Grinspun, Ricardo y Maxwell A. Cameron (1992), "The Political Economy of North American Integration: Diverse Perspectives, Converging Criticisms", ponencia presentada en el *XVII Congreso Internacional de Latin American Studies Association*, Washington, 23-27 de septiembre.
- Guendelman, Sylvia y Monica Jasis Silberg (1993), "The Health Consequences of Maquiladora Work: Women on the US-Mexican Border", *American Journal of Public Health*, vol. 83, no. 1, pp. 37-44.
- Guendelman, Sylvia, et al. (1998), "Women who Quit Maquiladora Work on the US-Mexico Border: Assessing Health, Occupation and Social Dimensions in Two Transnational Electronics Plants", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 33, pp. 501-509.
- Guzmán, Virginia y Rosalba Todaro (2001), "Apuntes sobre el género en la economía global", *El género en la economía*, no. 32, Santiago de Chile, Centro de Estudios de la mujer, ISIS Internacional, [En línea], Disponible en: http://www/cem/cl/pdf/apuntes_genero.pdf
- Habermas, Jürgen (1987), *Teoría de la acción comunicativa. Racionalidad de la acción y racionalización social*, vol. 1, Madrid, Taurus.
- Harlow, Siobán; Catalina A. Denman, y Leonor Cedillo (2004), "Occupational and Population Health Profiles: A Public Health Perspective on the Social Costs and Benefits of Export-led Development", en Kathy Kopinak (ed.), *Social Costs of Industrial and Urban Growth in Northern Mexico*, La Jolla, CA, Center for US-Mexican Studies, University of California, San Diego.
- Henriques-Mueller, Maria Helena y Joao Unes (1993), "Adolescence: Misunderstandings and Hopes", *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization, pp. 43-61.
- Hilfginger Messias, Deanne K., et al. (1997), "Defining and Redefining Work: Implications for Women's Health", *Gender and Society*, vol. 11, no. 3, pp. 296-323.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001), *Mujeres y hombres en México*, México, INEGI.
- Iunes, Roberto Fontes (2002), *Occupational Safety and Health in Latin America and the Caribbean: Overview, Issues and Policy Recommendations*, Washington, Sustainable Development Program, Social Development Division, Labor Markets Policy Briefs Series, Inter-American Development Bank, [En línea], Disponible en: <http://www/iadb.org/sds/doc/SOCSafetyandHealth.pdf>
- Izquierdo, María Jesús (1998), *Aguantando el tipo. Desigualdad social y discriminación salarial*, Barcelona, Diputació de Barcelona.
- Jasis, M. Y. y Guendelman, S. (1993), "Maquiladoras y mujeres fronterizas: ¿beneficio o daño a la salud obrera?", *Salud Pública de México*, vol. 35, no. 6, pp. 620-629.
- Kergoat, Danièle (2003), "De la relación social de sexo al sujeto sexuado", *Revista Mexicana de Sociología*, año 65, no. 4, pp. 841-861.
- Koblinsky, Marge; Oona M. R. Campbell, y Siobán D. Harlow (1993), "Mother and More: A Broader Perspective on Women's Health", en M. Koblinsky, J. Timyan y J. Gay (eds.), *The Health of Women: A Global Perspective*, San Francisco & Oxford, Boulder, Westview Press, pp. 33-62.
- Langer, Ana (2003), "Salud sexual y reproductiva: dónde estamos a casi una década después de El Cairo", en Mario Bronfman y Catalina Denman (eds.), *Salud Reproductiva: temas y debates*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 25-34.

- Lara, María Asunción (1998), "Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas", en G. Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 131-160.
- Lara, María Asunción y Maricarmen Acevedo (1996), "Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva", en Ana Langer y Kathryn Tolbert (eds.), *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, México, The Population Council y EDAMEX.
- Larraín, Soledad y Teresa Rodríguez (1993), "The Origins and Control of Domestic Violence Against Women", en Elsa Gómez Gómez (ed.), *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization, pp. 184-194.
- Laslett, Barbara y J. Brenner (1989), "Gender and Social Reproduction: Historical Perspectives", *Annual Review of Sociology*, no. 15, pp. 381-404.
- Lartigue, Teresa y Héctor Ávila (comps.) (1996), *Sexualidad y Reproducción Humana en México*, vol. 1, México, Universidad Iberoamericana, Plaza y Valdés.
- Leñero, Estela (1984), *El huso y el sexo: la mujer obrera en dos industrias de Tlaxcala*, México, Cuadernos de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Lerner, Susana e Ivonne Szasz (2003), "La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 18, no. 2, pp. 299-352.
- Lerner, Susana, André Quesnel y Mariana Yáñez (1994), "La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales", *Estudios Demográficos y Urbanos*, 27, vol. 9, no. 3, pp. 543-578.
- Leslie, Joanne; Jane Rubin-Kurtzman, y Ana María Goldani (2001), "La definición de salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres", en C. Stern y J. G. Figueroa (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México, pp. 165-192.
- Leslie, Joanne (1992), "Women's Lives and Women's Health: Using Social Science Research to Promote Better Health for Women", *Journal of Women's Health*, vol. 1, no. 4, pp. 307-318.
- Leslie, Joanne; Margaret Lycette y Mayra Buvinic (1988), "Weathering Economic Crises: The Crucial Role of Women in Health", en D. E. Bell y M. R. Reich (eds.), *Health, Nutrition and Economic Crises*, Dover, Mass., Auburn House Publishing Company, pp. 307-348.
- Lima, Marilla, et al. (1999), "Influence of Heavy Agricultural Work During Pregnancy on Birthweight in Northeast Brazil", *International Journal of Epidemiology*, vol. 28, pp. 469-474.
- Lock, Margaret y Nancy Scheper-Hughes (1996), "A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent", en Carolyn F. Sargent y Thomas M. Johnson (eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, edición revisada, Westport, Connecticut, Praeger, pp. 41-70.
- López, Elsa (1997), *Anticoncepción y aborto: su papel y sentido en la vida reproductiva*, vol. 6, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Ludemir, Ana Bernarda y Glyn Lewis (2003), "Informal Work and Common Mental Disorders", *Social Psychiatry*, vol. 38, pp. 485-459.
- Marinho de Souza, M. de Fatima, et al. (2002), "Chronic Fatigue among Bank Workers in Brazil", *Occupational Medicine*, vol. 52, no. 4, pp. 187-194.
- Márquez, Margarita, et al. (1995), "La salud-enfermedad de las maestras: una experiencia participativa", en Sara Elena Pérez-Gil Romo, et al. (coords.), *Género y salud femenina: experiencias de investigación en México*, México, CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición, pp. 259-270.
- Márquez Serrano, Margarita y J. Romero Méndez (1988), "El desgaste de las obreras de la maquila eléctrico-electrónico", *Salud Problema*, vol. 14 (primavera), pp. 9-24.

- Martínez Salgado, Carolina (1998), "Cinco notas en torno a la investigación 'Condición de la mujer y salud'", en J. G. Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 83-87.
- Martínez, Carolina (1993), *Sobrevivir en Malinalco: la salud al margen de la medicina*, México, El Colegio de México/UAM-Xochimilco.
- Martínez Veiga, Ubaldo (1996), *Mujer, trabajo y domicilio. Los orígenes de la discriminación*, Barcelona, Icaria.
- Massey, Douglas S.; Luin Goldring, y Jorge Durand (1994), "Continuities in Transnational Migration: An Analysis of Nineteen Mexican Communities", *American Journal of Sociology*, vol. 99, no. 6, pp. 492-553.
- Melbourne, F., et al. (1988), "Occupational Health Risks for Mexican Women: The Case of the Maquiladora Along the Mexican-United States Border", *International Journal of Health Services*, vol. 18, no. 4, pp. 617-627.
- Mercado, Alfonso (2003), "Seguridad y salud en las maquiladoras", *Comercio Exterior*, vol. 53, no. 8, pp. 723-733.
- Mercado, Francisco Javier, et al. (coords.) (1993), *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México*, México, Universidad de Guadalajara, Instituto de Investigación en Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de Sonora.
- Moffitt, Robert (2005), "Remarks on the Analysis of Causal Relationships in Population Research", *Demography*, vol. 42, no. 1, pp. 91-108.
- Meservy, D., et al. (1997), "Ergonomic Risk Exposure and Upper-Extremity Cumulative Trauma Disorders in a Maquiladora Medical Devices Manufacturing Plant", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 39, no. 8, pp. 767-773.
- Molyneux, Maxine (1994), "Más allá del debate sobre el trabajo doméstico", en Cristina Borderías, Cristina Carrasco y Carmen Alemany (comps.), *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*, Barcelona, Icaria, pp. 111-150.
- Moure-Eraso, R, et al. (1997), "Back to the Future: Sweatshop Conditions on the Mexico-US Border. Part I. Community Health Impact of Maquiladora Activity", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 31, pp. 587-599.
- Núñez, Leonor E. G. (2002), "Salud, trabajo y prostitución", ponencia presentada en el *Foro Internacional de Mujeres Contra la Corrupción: "Los derechos de las mujeres y la corrupción"*, Buenos Aires, Argentina, 31 de octubre-2 de noviembre.
- Oliveira, María Coleta de (1993), "Women on their Own: Alternatives of Domestic Arrangements at Different Stages of the Life Course", trabajo presentado en el *XXII Congreso General de Población. Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población*, Montreal, Canadá, 24 de agosto-01 de septiembre.
- Oliveira, Orlandina de y Marina Ariza (2000), "Género, trabajo y exclusión social en México", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 15, no. 1, pp. 11-33.
- Oliveira, Orlandina de y Marina Ariza (1997), "División sexual del trabajo y exclusión social", *Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho*, vol. 3, no. 5, pp. 183-202.
- Oliveira, Orlandina de, Marielle Pepin Lehalleur y Vania Salles (comps.) (1989), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, Coordinación de Humanidades, UNAM, El Colegio de México, Porrúa.
- Oliveira, Orlandina de, Marcela Eternod y María de la Paz López (2000), "Familia y género en el análisis sociodemográfico", en Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 211-271.
- Ortiz, Sutti (2002), "Laboring in the Factories and in the Fields", *Annual Review of Anthropology*, vol. 31, pp. 395-417.

- Ortiz Hernández, L., et al. (2003), "Computer Use Increases the Risk of Musculoskeletal Disorders Among Newspaper Office Workers", *Archives of Medical Research*, vol. 34, no. 4, pp. 331-342.
- Palenzuela, Pablo (1995), "Las culturas del trabajo: una aproximación antropológica", *Sociología del Trabajo*, Nueva época, no. 24, pp.3-28.
- Paltiel, Freda L. (1993), "Mental Health Problems of Women in the Americas", en Gómez Gómez, Elsa (ed.), *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization, pp. 131-148.
- Pan American Health Organization, Human Resources Unit, Strategic Health Development Area, Director of Program Management (s.f.), "Recursos humanos en salud y el trabajo no-remunerado: la contribución femenina a los cuidados en salud", [En línea], Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/RigoliPres.pdf>
- Paul, Jane (1996), "Women, Work, Health: a Gender Approach", *TUTB Newsletter*, vol. 3, European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety, [En línea], Disponible en: <http://www.etuc.org/tutb/uk/pdf/1996-03-p14-15.pdf>
- Parker, Susan W. y Edith Pacheco Gómez (1999), "Labor Market Entries, Exits and Unemployment: Longitudinal Evidence from Urban Mexico", en Kenneth Hill, José B. Morelos y Rebeca Wong (coords.), *Las consecuencias de las transiciones demográficas en América Latina: Memoria del seminario internacional*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, pp. 323-342.
- Pedrero Nieto, Mercedes (2004), "Género, trabajo doméstico y extradoméstico en México. Una estimación del valor económico del trabajo doméstico", *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 19, no. 2 (56), pp. 413-446.
- Pitta, A. (1991), *Hospital, Dor e Morte como "oficio"*, 2ª ed., São Paulo, Hucitec.
- Pleck, Susan (2001), "A Gender Perspective on Maquila Employment and Wages in Mexico", en E. Katz y M. Correia (eds.), *The Economics of Gender in Mexico: Work, Family, State and Market*, Washington, The World Bank.
- Pollack, Molly (1997), *Reflexiones sobre los indicadores del mercado de trabajo para el diseño de políticas con un enfoque basado en el género*, Santiago de Chile, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo, Serie Mujer y Desarrollo 19.
- Ponée, Charles (1989), "The Health of Female Workers: Worksite Programming Implications", en Virginia Carver y Charles Ponée (eds.), *Women, Work and Wellness*, Toronto, Addiction Research Foundation, pp. 103-126.
- Portes, Alejandro (1983), "The Informal Sector: Definition, Controversy and Relation to National Development", *Review (SUNY)*, vol. 7, pp. 151-174.
- Portes, Alejandro y Laura Benton (1984), "Industrial Development and Labor Absorption", *Population and Development Review*, vol. 10, pp. 589-612.
- Quintana, Marisol (2004), "El papel que desempeña la mujer en el sector pesquero chileno", *Informe Final. Primera Reunión de Puntos Focales de la Red Latinoamericana de las Mujeres del Sector Pesquero-Acuícola*, 5-6 de octubre, [En línea], Disponible en: http://mujeres.infopesca.org/novedades/nov_2_chile.htm
- Ravelo Blancas, Patricia (1995a), "Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la salud en el trabajo femenino", en Sara Elena Pérez-Gil Romo, et al. (coords.), *Género y Salud Femenina*, México, CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto de Nutrición Salvador Zubirán, pp. 217-241.
- Ravelo Blancas, Patricia (1995b), "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México", en Soledad González Montes (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México, pp. 199-254.

- Ravelo, Patricia (1992), "El cuerpo que se pierde en la costura: trabajo y enfermedad en obreras de la Ciudad de México", en Eduardo L. Menéndez y Javier E. García de Alba (comps.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social: aportes sobre antropología médica en México*, México, Universidad de Guadalajara, CIESAS, pp. 137-163.
- Reskin, Barbara y P. A. Roos (1990), *Job Queues, Gender Queues*, Filadelfia, Temple University Press.
- Restrepo, Helena E. (1993), "Cancer Epidemiology and Control in Women in Latin America and the Caribbean", en Gómez Gómez, Elsa (ed.), *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization, pp. 80-81.
- Rodriguez-Trias, Helen (1992), "Women's Health, Women's Lives, Women's Rights", *American Journal of Public Health*, vol. 82, no. 5, pp. 663-664.
- Rojas, Olga Lorena y Susana Lerner (2001), *Inventario de Encuestas Nacionales sobre Salud Reproductiva: 1990-2000 (Documentos de Trabajo)*, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Rubin-Kurtzman, Jane (1996), "Economic Integration, Women's Health and Reproduction", trabajo presentado en la *Reunión de la Population Association of America*, New Orleans, Louisiana, mayo.
- Rubin-Kurtzman, Jane R.; Roberto Ham-Chande, y Maurice D. Van Arsdol, Jr. (1996), "Population in Trans-Border Regions: The Southern California-Baja California Urban System", *International Migration Review*, vol. 30, no. 4, pp. 1020-1045.
- Santana, Vilma y Dana Loomis (2004), "Informal Jobs and Non-Fatal Occupational Injuries", *Annals of Occupational Hygiene*, vol. 48, no. 2, pp. 147-157.
- Santana, Vilma et al. (2003), "Accidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, no. 2, pp. 481-493.
- Santana, Vilma, et al. (1997), "Informal Jobs: Another Occupational Hazard for Women's Mental Health?", *International Journal of Epidemiology*, vol. 26, no. 2, pp. 1236-1242.
- Scheper-Hughes, Nancy (1992), *Death Without Weeping: the Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley y Los Angeles, California, University of California Press.
- Schmunis, Gabriel (1993), "Infectious Diseases of Women: Tropical Diseases and Reproductive Tract Infections", en Elsa Gómez Gómez (ed.), *Gender, Women and Health in the Americas*, Washington, Pan American Health Organization, World Health Organization, pp. 171-177.
- Secretaría de Programación y Presupuesto/ Unidad Coordinadora del Empleo, Capacitación y Adiestramiento (1976), *La ocupación informal en áreas urbanas*, México, SPP/UCECA.
- Smyke, Patricia (1993), *Women and Health*, Londres y Nueva Jersey, Zed Books Ltd.
- Standing, Guy (1989), "Global Feminization through Flexible Labor", *World Development*, vol. 17, no. 7, pp. 1077-1095.
- s.a. (2004), "Shackled Dreams, Lost Learning: The Costs of Child Domestic Labour", [En línea], Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/features/04/domestic.htm>
- s.a. (1986), "Trabajo y salud: riesgos de salud en industrias que emplean muchas mujeres", *FEM*, vol. 10, no. 47, pp. 43-44.
- Szasz, Ivonne (1999), "Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja", en M. N. Bronfman y R. Castro (coords.), *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, Edamex, pp. 109- 121.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2002), "El enfoque de la salud reproductiva en el marco del debate sobre población y desarrollo: aportes de la investigación sociodemográfica", en B. García Guzmán (coord.), *Población y sociedad al inicio del siglo XXI*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, pp. 157-181.

- Uribe V., Griselda, *et al.* (1990), "Salud-mujer: el caso de enfermeras, maestras, secretarias y amas de casa", trabajo presentado en la *IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, suplemento 14, 23-27 abril.
- Uribe V., Griselda, *et al.* (1991), "El trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 111, no. 2, pp. 101-111.
- Uribe Zúñiga, Patricia M. C., *et al.* (1995), "Prostitución y SIDA en la Ciudad de México", *Salud Pública de México*, vol. 37, no. 6, pp. 592-601, [En línea], Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/37/376-12s.html>
- Vandelac, Louise (1994). "La economía doméstica a la salsa mercantil... o las valoraciones monetarias del trabajo doméstico", en Cristina Borderías, Cristina Carrasco y Carmen Alemany (comps.), *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*, Barcelona, Icaria, pp.151-208.
- Vickers, Jeanne (1993), *Women and the World Economic Crisis*, Londres, Zed Books.
- Villegas, Jorge, *et al.* (1997), "Trabajo y salud en la industria maquiladora mexicana: una tendencia dominante en el neoliberalismo dominado", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13 (suplemento 2), pp. 123-134.
- Von Glascoe, Cristina, *et al.* (1995), "La salud reproductiva entre mujeres trabajadoras de la industria maquiladora en Tijuana, Baja California", trabajo presentado en la *Conferencia Salud sin Fronteras*, South Padre Island, Texas, 26-28 de septiembre.
- Wasserman, Ellen (1997), "Environment, Health and Gender in Latin America: Trends and Research Issues", Nueva York, Academic Press, [En línea], Disponible en: <http://www/ideallibrary.com>
- Winikoff, Beverly (1988), "Women's Health: An Alternative Perspective for Choosing Interventions", *Studies in Family Planning*, vol. 19, no. 4, pp. 197-214.
- World Bank (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health (World Bank Report 12183)*, Nueva York, Oxford University Press.
- World Health Organization (s.f.), *Official Records*, no. 2.
- Yáñez, Sonia (1999), "Consideraciones sobre flexibilidad laboral planteadas desde una mirada de género", en Ensignia, J. y S. Yáñez (eds.), *Sindicalismo, género y flexibilización en el MERCOSUR y Chile: inserción laboral femenina*, Santiago de Chile, Fundación Friedrich Ebert (representación Chile) y Centro de Estudios de la Mujer, pp. 97-110.