



MARÍA MENÉNDEZ FUSTER

Médica.

Higia (Gabinete de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Girona)

Fotografías: Fran Lorente/CCOOMadrid

En primer lugar quisiera hacer referencia al título de estas jornadas: "Nuestro cuerpo, nuestra vida», ya que es en nuestro cuerpo donde se reflejan y se manifiestan las condiciones en las que vivimos, tanto en el entorno laboral como en el privado o en otros ámbitos.

Lo cierto es que aspectos o conceptos económicos y políticos que parecen muy abstractos tienen consecuencias y efectos muy grandes en nuestro cuerpo. En un seminario con mujeres trabajadoras que hizo L. Vogel (investigador del BTS) en Suiza, una de ellas le preguntó cuál podría ser la relación entre trabajar en una línea de ensamblaje de relojes y acabar recibiendo diálisis renal. Él empezó a pensar en qué productos tóxicos se podían utilizar para esta actividad, en principio, no encontró ninguno. Después descubrió que estas mujeres se tomaban dos fármacos analgésicos, Kafay Saridon, para poder realizar un trabajo que empezaba muy pronto por la mañana, después de dejar las tareas domésticas realizadas, y así poder aguantar toda la jornada en el trabajo de ensamblaje de relojes. Estos dos fármacos analgésicos, además, disminuían la fatiga y mejoraban la concentración; eran, pues, esenciales para mantener la armonía industrial y doméstica. En los años setenta se observó que muchas mujeres iban al hospital a hacerse diálisis. ¿Qué estaba pasando? Estos dos fármacos contienen como principio activo fenacetina, que produce daños irreversibles en el riñón. Hoy, también muchas mujeres utilizan muchos medicamentos para suprimir el dolor en el trabajo. Hay centenares de historias como ésta que podríamos señalar, incluso ahora mismo

La salud de las mujeres en el entorno laboral

PONENCIA PRESENTADA EN LAS JORNADAS
"EL NOSTRE COS, LA NOSTRA VIDA"
INSTITUT CATALÀ DE LES DONES /CAPS 2004



ya aquí en nuestras comarcas. Las mujeres que realizan trabajos manuales muy duros, toman, inducidas por los médicos de empresa y por ellas mismas, diversos tipos de analgésicos.

De este ejemplo podemos concluir lo siguiente: primero, que hay condiciones de trabajo muy duras que son insalubres dentro de una jornada larga e inacabable. Y segundo, que el sufrimiento de las mujeres en el trabajo no es reconocido, por lo que una de las soluciones, y a veces la única para poder vivir estomando fármacos que tienen efectos colaterales y que dañan gravemente nuestro cuerpo.

¿Qué es lo que sabemos de la situación de las mujeres en el entorno laboral?

Hoy en día tenemos diversas fuentes de información sobre la situación de las mujeres en el mercado laboral (Encuesta Población Activa, EPA), Instituto Nacional de Estadística (INE

y IDESCAT, observatorios, etc.) que nos permiten contestar a esta pregunta. Las mujeres continúan sometidas a lo que se denomina la segregación ocupacional de tipo horizontal y vertical, ya que seguimos realizando un grupo menor de ocupaciones que los hombres y estamos concentradas sobre todo en los sectores de servicio como sanidad, servicios sociales, educación, hostelería y comercio, en la industria, principalmente en los ramos alimentario y textil-confección; además, estamos mayoritariamente ubicadas en las profesiones situadas en la parte más baja de la jerarquía profesional.

En cuanto a la relación laboral, a pesar de que el paro ha bajado para los dos sexos en los últimos años, aún es mucho más alto para las mujeres (EPA 1r trimestre 2004: mujeres, 12,4%; hombres, 7,7%); y las mujeres tienen un mayor porcentaje de contratos temporales (mujeres, 24%; hombres, 20,1%) y más contratos a tiempo parcial (el 80% de los contratos parciales son para mujeres). La situación de las mujeres se ve agravada porque la precariedad es mucho más elevada en

las ocupaciones menos cualificadas en las que se encuentran la mayoría de las mujeres. A pesar de todo hay que señalar las deficiencias de la EPA y otras fuentes de información para ofrecer los datos correctos, ya que sólo incluyen a mujeres ocupadas, paradas o las que solicitan ocupación, dejando fuera a muchas mujeres que no entran en estas categorías, como son las que realizan trabajos no retribuidos, las que están sin contrato y las que realizan tareas domésticas, entre otras.



¿Y qué sabemos en cuanto a nuestra salud?

Hay que insistir en que la información es aún muy limitada y, en este sentido, que la acción va muy por delante del conocimiento institucional y académico.

Enumeraré algunas razones que justifican este punto:

1. Las fuentes de información de que disponemos, como son las encuestas de salud, entre otras, miden un número de riesgos pero muchos otros quedan ignorados. ¿Por qué? El caso es que a pesar de que las mujeres no hemos empezado ahora a realizar trabajo remunerado, la salud ocupacional se ha desarrollado considerando al hombre como único protagonista, lo cual ha ido conformando los conceptos y la teoría dominante de los que se han derivado la búsqueda de indicadores que muestra unos riesgos que mayoritariamente son los que tienen más a menudo los hombres.

2. En consecuencia, no se estudian ni se conocen las condiciones de trabajo de las ocupaciones que realizan las mujeres. Esto es lo que la investigadora canadiense Karen Messing denomina "aquello invisible que hace daño". Sólo se han estudiado con más profundidad aquellos riesgos que son una amenaza para mantener la maternidad: los riesgos para la reproducción.

Las cualidades naturales que se han atribuido a las mujeres se han utilizado para justificar la división sexual del trabajo entre los sexos. De ello se deriva que nuestras exigencias en el trabajo

se asimilen a las tareas naturales que debemos hacer las mujeres y por tanto se consideren banales. Esta es una de las múltiples vías por las que se naturalizan las desigualdades sociales de género.

3. Muchas veces nuestras exigencias no están asociadas a un concepto bien definido o a una medición precisa, lo que da como resultado que no se midan ni analicen muchas de las tareas o actividades que realizamos las mujeres. Por ejemplo, en el campo de la ergonomía es bien sabido que estar de pie todo el día es un riesgo, pero si te "mueves" un poco como en muchos puestos de trabajo que ocupan las mujeres, algunas cajeras, camareras o enfermeras, por ejemplo, ya no entra en el concepto de riesgo definido previamente: estar de pie toda la jornada. Así pues, estas mujeres no se pueden sentar en todo el día ni se ve la necesidad de ponerles un escalón o reposapiés para que vayan cambiando de posición. Lo mismo pasa con los riesgos químicos. Cuando se evalúa en un puesto de trabajo la exposición a sustancias químicas, no se tiene en cuenta la exposición del personal que limpia los puestos de trabajo, que casi siempre son mujeres. Otro ejemplo es la manipulación manual de cargas y las posturas inadecuadas de las monitoras de autobuses con niños pequeños, de las maestras, etc.

4. El subregistro general que existe de enfermedades profesionales y de accidentes de trabajo es mucho mayor para las mujeres. Las principales razones de este hecho son las siguientes:

• Los problemas de salud tienen un orden jerárquico de manera que los problemas

de salud de las mujeres no se consideran peligrosos o graves. Un ejemplo entre muchos es el caso de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

- La asignación de mayor o menor valor a los mismos problemas y síntomas de salud según el sexo, y la concepción del hecho que porque somos mujeres tenemos una serie de síntomas propios a nuestra naturaleza de mujeres: náuseas, dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de vientre, fatiga, nerviosismo, etc. Estos son algunos de los motivos de más peso y más graves de los que se ha hablado mucho, ya que supone exponer a las mujeres a una situación injusta: no se diagnostican bien las enfermedades, como las enfermedades cardiovasculares, las intoxicaciones por productos químicos, las lesiones músculo-esqueléticas y algunas lesiones por accidentes de trabajo.
- No se investigan ni se evalúan los problemas que nos afectan directamente por el hecho de ser mujeres.

Algunos ejemplos son:

- Acoso sexual.
- Situaciones de discriminación en el trabajo: salario, promoción, asignación de categorías.
- Las dificultades ligadas a la conciliación de la vida familiar y la laboral se ven como problemas personales, a pesar de que dependen directamente de las relaciones laborales y de la desregulación del tiempo de trabajo: tipo de jornada, horarios atípicos, distribución de la jornada.
- Las diferencias biológicas y fisiológicas de hombres y mujeres, como las que tienen que ver con el sistema hormonal, muy a menudo se utilizan de manera



sesgada para negar o para ocultar la relación con el trabajo de patologías como el síndrome del túnel carpiano. Sin embargo, otras diferencias biológicas como las alteraciones de la menopausia nunca o casi nunca se estudian.

¿Cuál es nuestra situación en relación a los riesgos y a nuestra salud? ¿Cuáles son las características de nuestros puestos de trabajo?

- De la doble presencia (necesidad de atender las demandas del trabajo doméstico y familiar y del trabajo asalariado) se derivan riesgos como la gestión simultánea de obligaciones, la carga total de trabajo y la imposibilidad de descansar lo necesario para tener una recuperación adecuada.
- En cuanto al diseño de los puestos de trabajo no se tienen en cuenta las diferencias biológicas que existen, por ejemplo, en relación a la altura o la longitud de los brazos, y esto provoca riesgos. Igual pasa con la medida de las herramientas de trabajo y de los equipos de protección individual.
- Una característica de muchos puestos de trabajo que ocupamos las mujeres es que trabajamos con más dolor que los hombres, pero este sufrimiento no provoca que detengamos nuestro trabajo sino que seguimos sufriendo hasta que no podemos aguantar más, cuando ya nuestro sistema osteomuscular se ha desgastado. Los hombres en general realizan trabajos y

tareas que exigen más esfuerzo, que les ponen límites, si los sobrepasan acabarán siendo accidentes de trabajo.

Un ejemplo de esto es el trabajo de limpieza. Es un tipo de trabajo en que las mujeres casi siempre realizan las tareas sin medios mecánicos, como barrer, pasar la mopa, limpiar los baños, las escaleras, hacer las camas..., y estos trabajos requieren posturas incómodas, inadecuadas, la manipulación manual de cargas de forma más insegura...

En cambio los hombres generalmente limpian los cristales, utilizan máquinas (enceradora), y a pesar de que los riesgos no están bien recogidos para nadie, los de los hombres entran en los riesgos descritos en seguridad y se evalúan: trabajar con equipos de trabajo, caída de altura etc.; pero los riesgos de las mujeres muy a menudo son ni identificados. Esta situación tiene una buena correspondencia con los datos de la Encuesta de salud de Cataluña del 1994. Cuando se preguntó sobre enfermedades o síntomas que han tenido en los últimos 15 días, las mujeres explican que tienen más incapacidad que los hombres relacionada con tener dolor de espalda y artrosis. Sin embargo esto no se refleja en el registro de enfermedades profesionales y de accidentes de trabajo.

- En muchos puestos de trabajo que ocupamos las mujeres estamos expuestas a riesgos psicosociales como las exigencias emocionales, y en general trabajamos en tareas con menos autonomía y control que los hombres (las mujeres ocupamos menos puestos de dirección).
- Las mujeres realizamos muchas veces trabajos complementarios de la actividad principal, que no se valoran ni se

reconocen; de estos deriva que muchas de nuestras condiciones de trabajo no se estudien. Ejemplos de esto son los trabajos de limpieza de locales, edificios y naves. Las mujeres que trabajan en ellos están expuestas a sus propios riesgos y a los que se derivan del puesto de trabajo y de las actividades que se realizan en el centro en el que realizan la limpieza. Un ejemplo muy gráfico es el que pasó en el Hospital Valle Hebrón de Barcelona, en un laboratorio que fue incorrectamente fumigado, donde además de las enfermeras que trabajaban en él, se intoxicaron las mujeres de la limpieza.

Algunas conclusiones:

Existe una necesidad urgente de cambio en las teorías y los conceptos y paradigmas en los que se fundamenta la salud laboral. Hay que incluir todo lo que se ha estudiado y desarrollado desde los estudios con perspectiva de género y de las investigaciones feministas.

Hay que cambiar la formación de los especialistas, ya que por su formación no son capaces de afrontar los problemas de salud con raíz social que se les plantean.

Hay que ser conscientes que los datos estadísticos nos proporcionan una información muy parcial; debemos desarrollar indicadores que muestren y estudien la situación de las mujeres en el entorno laboral, que estudien sus condiciones de trabajo, y posteriormente las incluyan en las encuestas. Es imprescindible dar voz a las mujeres trabajadoras y que se recojan sus conocimientos y nuestras experiencias en el entorno laboral.

Nuestro sindicato, CCOO, ha elaborado una Guía para la mejora de las condiciones de salud y trabajo de las mujeres, dirigida a delegadas y delegados de prevención como un instrumento más para conseguir mejorar la salud de las mujeres trabajadoras.
http://www.ccoo.es/pdfs/salud_mujeres_trabajo.pdf

1. Ver el dossier de la revista MYS no 7 "Matar moscas a cañonazos"