

59.38

- 1. Mujeres
- 2. Salud
- 3. Identidad femenina
- 4. Trabajo
- 5. Discriminación de
raza

25.27
S612

Introducción	Pág. 5
Mujer, ¿el modo de quién? por Graciela Rahman.	7
Sintónía, distonía y condición femenina por Cemen Lozada y Edgardo Lawrence.	11
Mujer, salud y trabajo . por Gustavo Barrientos.	17
Mujeres y salud: lucha de clases, lucha femenina-social lucha por la salud). por Jussara Bressani.	21
Conocimientos y prácticas en salud materno-infantil por Dora Cardaci.	29
Características del consumo de fármacos y alcohol en la mujer por Marcela Zubietta.	35

Elaborado por *[illegible]*
Béjar

SAUD 00

la mujer

000000467

ponencias*

* Presentadas por profesores de la
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco,
en la mesa sobre salud durante
el Primer Simposio de Estudios
Investigación sobre la Mujer, México
El Colegio de México del. al 31. de abril de 1981.

En abril pasado, ocho profesionales de la UAM—X y 100 investigadores participaron en la mesa redonda a celebrarse en el Primer Simposio de Estadística e Investigación sobre la Mujer en México realizado en el Colegio de México.

La coordinación provín entre los participantes fue mínima, sin embargo, los trabajos que se presentaron y los lineamientos bajo los cuales los profesionales de la UAM—X coordinaron las discusiones, reflejan una serie de coincidencias conceptuales, de conceptos básicos para abordar el problema de la salud femenina. Y esto se dio a pesar de la *heterogeneidad* de los trabajos presentados (avances de investigación, énfasis de estudios concierlos o documentos escritos especialmente para el simposio) y las *limitaciones* en extensión que los organizadores del encuentro pusieron a las ponencias (máximo de cinco cuartillas).

Sin embargo, consideramos que estos dos factores no tienen suficiente peso como para evitar que la difusión de los materiales que presentamos aquí estimule la profundización de los temas abordados y/o sirva para poner en contacto a aquellos que en la UAM—X y otras instituciones estén interesados en este área específica.

Tales objetivos son, entonces, los que nos han movido a elaborar esta publicación.

Núcleo de Investigación y Desarrollo
en Educación y Salud (N.I.D.E.S./UAM—X)
agosto, 1981.

(*) Gustavo Barrientos, Jussara Bresani, Edgardo Lavrence, Carmen Lozada, de la Maestría de Rehabilitación Neurológica; Dora Cardoso, del Núcleo de Investigación y Desarrollo en Educación y Salud; Catalina Eibenshutz, Jefe del Depto. de Atención a la Salud; Graciela Rohman de la Carrera de Psicología y Marcela Zubieta de Extensión Universitaria.

(Catalina Eibenshutz y Carmen Lozada, coordinaron la mesa Salud de la Mujer los días 27 y 28 de abril respectivamente.)

Introducción

La participación de los profesores de esta "Casa Abierta al Tiempo" de Xochimilco en eventos que organizan instituciones nacionales o extranjeras, es un hecho frecuente.

El esfuerzo de estructurar una ponencia, analizarla con los compañeros y presentarla en estos foros muchas veces no recibe la difusión que merecería.

Lo que frecuentemente se hace es envolver estos documentos con los "circulos estantes" incorporando críticamente los señalamientos al trabajo original.

El retorno a la "Casa..." es bienvenido con un "¿Y cómo te fue...?" del compañero menos desmemoriado que recuerda la incursión en la mesa redonda, simposio, seminario, etc. A aquella pregunta puede llegarse a responder con distintos grados de precisión. Esta dependencia del tiempo disponible que tengan el "ex-ponente" y el que interroga.

Esta sencilla publicación intenta de alguna manera dar una respuesta extensa sobre un caso particular.

Mujer,

¿al modo de quién?

Graciela Rahman*

* Profesora de la Carrera de Psicología
Universidad Autónoma Metropolitana — Xochimilco

Eva no fue la primer mujer de Adán. Cuenta la mitología hebraica que la primer mujer se llamó Lilit y fue hecha de tierra, junto con Adán, por el máximo hacedor. Dice la versión del Talmud que Lilit dijo al hombre: "Tú no eres más que yo, porque ambos salimos de la tierra". Lilit no quería reconocer el dominio de Adán, ni ser su sierva. Por eso lo abandonó, fue expulsada del paraíso y se transformó en la diablesa de la noche. Fue señora de las tinieblas y también diosa de la concepción. La ideología patriarcal quiere una Eva nacida de la costilla de Adán, así como una Atenea surgida de la cabeza de Zeus; intenta una mujer tributaria del hombre, oscurificada a su sombra gigantesca. La mujer recorre la historia enmarañada entre verdad y mito, entre realidad y leyenda. Diosa y esclava, venerada y maldecida, víctima resplendente, total y ramera sagrada, venerada y peligrosa, mago, hechicera, señora sembradora fecunda, abismalmente temida, infinitamente desconfiada, reina, profetisa, arisca y peligrosa, maga, hechicera, señora del submundo, fascinadora de la muerte, odiosa tenaz de las pasiones. Pitonisa de Egipto, emperatriz de los infirmos, ánada sacerdotisa del templo del Babilonense Atenea, Artemisa, Afrodite, Santa María madre de Dios, la que ocupa el lugar de lo

deseado, el regreso a su vientre será el deseo perpetuo de todo el que ha nacido. Cuando Afrodita brotó de las aguas, Eros siguió siendo el mismo, pero el anhelo tuvo finalmente un nombre: el nombre de la mujer.

Dios la bautizó con su mandato en el Génesis: "Multiplicaré en gran manera tus dolores y preñeces, con dolor parirás los hijos y a tu marido será tu deseo y él se enseñoreará de tí". Y respondió Medea: "Entre todos los vivientes somos nosotras, las mujeres, la raza más abyecta".

La adolescente de nuestra cultura, heredera de esta historia que marca como el Gran Fuego, se sitúa en el centro del caos y se pregunta: ¿qué significa ser mujer? ¿Cómo ser mujer? ¿Mujer al modo de quién? Al modo de la Virgen, de Sara, de Juana de Arco, de Julieta, de Sor Juana, de Isadora, de Simone de Beauvoir, de la guerrillera nicaragüense, de la mujer biónica, de la ejecutiva del bussines, de Marilyn, de la heroína de las lágrimas televisivas, de la campesina, de la obrera, de la yegua de fuerza, de la Lou Andreas más allá del bien y del mal? ¿Mujer al modo de quién? Una imagen inconfundible se recorta, grandiosa, por entre todas las demás. Una sonata de otoño fluye de sus manos que son principio y fin. Es el Gran Otro: la Madre. Aquella de cuyo vientre ha nacido, la inigualable transmisora de ser, del deseo y la palabra. La que dibuja y erotiza el cuerpo con sus caricias y sus cuidados, la que nombra la emoción, la que conjura la muerte, la que alimenta y sostiene, la que contiene y confirma, la tierra imprescindible donde el niño aprende a caminar. Entre la realidad y la fantasía idealizadora, se ubican en la madre el desempeño de estas funciones, lo que la transforma en el regazo cálido, en el refugio siempre anhelado. Pero para vivir es necesario nacer y nacer significa abandonar el vientre de la madre, separar las sangres, soñar amargas y aprender a navegar con las propias fuerzas. Por ello, la adolescente, poseída por el poderoso impulso de crecer, deberá independizarse de su madre, renunciar a su posición infantil junto a ella, deberá aprender a ser autónoma y a valerse por sí misma. Una tarea lenta, difícil, dolorosa, pero vital e imprescindible. ¿Cómo hace la adolescente para separarse de su madre? Se enfrenta a una disyuntiva angustiante: partir es morir un poco, pero no partir es renunciar a ser. El mundo adulto se presenta como una posibilidad temida y fascinante a la vez. Tendrá lugar, entonces, un enfrentamiento histórico: la niña quiere dejar a su madre y crecer, pero teme perder su apego y su amor. Se ve envuelta en un profundo conflicto de rechazo y ne-

cesidad de madre indispensable y negada. Se pelea con ella, la hostiliza, la denigra en su urgencia de ejecutar el desprendimiento. Pero en tanto que mujer, la adolescente necesita identificarse con ella, aprender de su modelo. Allí es menester que se opere el segundo gran momento del proceso de individuación, que lleve en su etapa final el logro de la identidad. Un proceso que se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad, confusión. La adolescente se compromete con una vida emocional profunda y sacudidora, un cuerpo cambiante y sorprendente. Una orientación dirigida a crecer, un abandono de los vínculos infantiles, una necesidad de amigos y de pareja, un deseo imperioso e impo- tergable de responder a la pregunta: "quién soy". La búsqueda de su identidad interna a la adolescente en un territorio emocio- nante y contradictorio. Se debate entre ser niña y ser adulta, entre su familia y el afuera, pelea y se asombra con su cuerpo, se agita y se confunde con el pasado, el presente y el futuro. La separación, con el profundo duelo que ella implica, se ve facilitada cuando la experiencia con el otro ha sido normalmen- te gratificante y se ha obtenido el amor y el apoyo necesarios para afrontar una vida independiente. Pero cuando el amor de la madre se sintió como ausente, como peligroso, como atacante, este proceso se dificulta y se patologiza. La adolescente que no se forjó con el suficiente amor materno será una peregrina des- tinada a buscarlo en todas partes, en el intento de construir en las relaciones futuras aquello que no se recibió en la infancia. La moverá la fuerza fáustica del deseo que busca y busca porque no se resigna al desamor. Esto puede acarrear obstáculos importan- tes en el desarrollo pleno de la identidad femenina, o puede, de- pendiendo de las circunstancias, ser un proceso elaborativo que permita su plena asunción como mujer. La sensación de pérdida, de vacío que conlleva la desafilación a la figura materna, instala en la adolescente la necesidad de sustituirla por otra figura fe- menina que la ayude en la búsqueda de su ser. Su deseo la con- ducirá hacia ese personaje tan fundante, tan principal en la ado- lescencia temprana: la amiga íntima llegará en ese momento para cumplir una función destacada en el logro de la identidad feme- nina: será la depositaria del ideal del yo. Será la mujer idealizada, la que reúne las características admiradas y amadas que la adoles- cente quisiera tener, y la que ayuda a elaborar el duelo por la madre perdida. Es la compañera de aventuras, la cómplice, la que escuchó las íntimas confesiones, la que conoce el secreto, la que comparte la confusión, el asombro, el miedo y la alegría de trans- formarse en mujer. Será necesario que este proceso culmine en

que el ideal del yo, encarnado por la amiga, se introyecte y se establezca adentro de ella en forma independiente del objeto del mundo externo. Esto abrirá las puertas a la búsqueda de nuevos vínculos de amor, de nuevas experiencias en el ámbito de lo ex- trafamiliar y heterosexual, de múltiples posibilidades creativas que incluyen el hecho de constituirse como mujer.

Ser mujer será hacerse cargo de un destino que va más allá del cuerpo anatómico. Será aceptar un desafío, elegir un camino que irá trazando con sus actos y que le permitirá trascender hasta alcanzar las realizaciones de un ser humano en plenitud.

Síntoma, distonía y condición femenina

Carmen Lozada C.*

Edgardo Lawrence**

* Coordinadora de la Maestría de Rehabilitación Neurológica.
Universidad Autónoma Metropolitana — Xochimilco.

** Profesor Asociado — Maestría de Rehabilitación Neurológica.
Universidad Autónoma Metropolitana — Xochimilco.

Uno de los problemas más importantes que se plantean en torno a los movimientos de liberación femenina es el vinculado con la especificidad misma de sus reivindicaciones. En efecto, por una parte hay quienes sostienen que en nuestro actual contexto de relaciones sociales la liberación de la mujer exige asumir posiciones y postulados radicalmente distintos, o más bien específicos, a los que plantearía cualquier movimiento que tendiera a sacudir la opresión o la alineación del ser humano (sin distinción de sexos) producida por la actual organización social.

Esta posición es sostenida por argumentos muy respetables y dignos de ser tomados en cuenta. Uno de ellos, que queremos comentar aquí, sostiene, entre otros, la siguiente afirmación: "Cualquier intento de cambio de las actuales relaciones opresor oprimido que ngen en nuestro contexto social no será completo si no incluye una reivindicación esencialmente femenina, esto es, el derecho de la mujer a disponer libremente de su cuerpo, y debemos reconocer que esta exigencia es característicamente femenina. En nuestra sociedad aún el hombre más oprimido en tanto sujeto de producción dispone más libremente de su cuerpo

que la mujer. Mas aún, ese hombre ejerce su libertad en forma de opresión: pretendiendo disponer él del cuerpo de la mujer. De ahí que las mujeres tengan, insistimos, reclamos que van más allá de los que el hombre legítimamente pueda, y hasta quiera, plantear".

Esta posición, por lo difundida, y aparentemente coherente, merece una cuidadosa evaluación. Pues pensamos que, de todas maneras, este razonamiento tiene un defecto que podemos apreciar a poco de andar. De hecho, éste consiste en postular que es *libre* quien en el interjuego de la relación opresor-oprimido, ejerce el primer rol. Por otra parte, no es necesaria demasiada perspicacia para advertir que cuando se menciona a "ese hombre que ejerce su libertad en forma de opresión, pretendiendo disponer él del cuerpo de la mujer", se está aludiendo a ese fenómeno forjado por muchas facetas disímiles, pero al cual hemos podido definir mediante el acertado término de "machismo". Pues bien, entendemos que es peligroso, pero fundamentalmente incorrecto, pretender, siquiera por un momento, que el machismo en cuestión sea una actividad libre, una forma de ejercer el libre albedrío. Estaremos confundiendo, y he aquí el punto nodal de lo que queremos exponer, salud con falta de conciencia de la enfermedad. Sostenemos que el "macho" tal como lo concebimos, no es libre, que está tan alienado como la mujer a la que oprime real o potencialmente. Sólo que no lo sabe, sólo que él cree que es libre de hacer lo que hace, y que no advierte hasta que punto su verdad es una mentira creída con placer.

Permitámonos acudir a una noción tomada de la Psicopatología para tratar de aclarar mejor esta reflexión. Veremos que una de las posibles clasificaciones de los síntomas de perturbación consiste en crear dos grandes grupos: por un lado, los llamados ego-distónicos y por otro, los ego-sintónicos. Los primeros son aquellos síntomas de enfermedad vividos por el yo como algo extraño a él, fundamentalmente molesto y displacentero (por ej., los rituales compulsivos en la neurosis obsesiva.) Los segundos, por el contrario, no producen molestia y el yo no los percibe como extraños, y más aún, su aparición es vivida y ejercida con placer (por ej., las perversiones sexuales o ciertas formas de actividad psicopática), pero no por eso dejan de ser signos activos de perturbación.

Pues bien, entendemos que el machismo cae, como síntoma social, dentro de esta categoría: es ego-sintónico, el padecerlo produce

placer, pero sigue siendo eso: un síntoma de alineación, un rol rígido que obliga a quien lo desempeña, aunque no sea consciente de eso, a la asunción de una serie de reglas asfixiantes y opresoras de las que no puede escapar, tanto ante las mujeres, como ante los demás hombres, como ante sí mismo, reglas cuyo cumplimiento da por resultado que tampoco él sea dueño de su cuerpo. Dicho de otra manera: no puede ser hombre porque tiene que ser macho.

(Lo insinuado con este ejemplo, esto es, la posibilidad de considerar el machismo como una perversión sexual socialmente determinada, excede los límites de este trabajo y no será considerada aquí).

De ahí que sostentamos que encontramos legítimo que los movimientos de liberación femenina luchen por el derecho de la mujer a disponer libremente de su cuerpo, pero que, paralelamente pensemos también que esa lucha no es específicamente femenina y que el hecho de que el macho aparentemente desaparezca en la relación hombre-mujer el rol de amo, y que se sienta como tal, no lo hace menos esclavo en el interjuego de las determinantes sociales.

A esta esclavitud no han escapado en el transcurso del tiempo ni hombres ni mujeres. El hombrismo, como función reproductora del machismo, no sólo fue aceptado sino vigorosamente fomentado por siglos en nuestra cultura. Esto es, se puso al servicio de la egosintonía del sometimiento femenino todo un infinito arsenal de recursos ideológicos, desde el extremo mágico religioso del espectro hasta el más rigurosamente científico.

De hecho, las categorías morales judeo-cristianas pusieron desde siempre el énfasis en la inferioridad de la mujer respecto del hombre en la relación con la Divinidad, llegando a aplicar sobre aquéllas que se rebelaron todo el rigor superyóico de un Dios encolerizado y dispuesto a sofocar la rebelión suprimiendo al objeto malo por excelencia de la Creación: recuérdase para el caso la severidad que el medioevo aplicó en la caza de brujas.

A medida que la Religión fue deviniendo más y más en Ciencia y que, por ende, el consenso social fue transformando el pecado en enfermedad, muchas cosas cambiaron, pero la sintonía con el yo del sometimiento femenino continuó imperturbablemente fomentado. Esto es, machismo y hombrismo no podían aceptar al

status de síntomas de enfermedad, de conceptos patológicos.

Y llegamos así al extremo científico del espectro a que antes aludíamos, al arribar al más revolucionario descubrimiento de nuestro siglo en cuanto a la comprensión de la conducta humana: el Psicoanálisis. ¿Sería Freud el encargado de disipar los fantasmas, de definir de una vez por todas la irracionalidad contenida en la afirmación de que el sometimiento, la inferioridad femenina es un designio de la Naturaleza?

La respuesta, lamentablemente, es no. Veamos, por ejemplo, lo que el padre del Psicoanálisis escribía en 1925, en su trabajo "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica":

"... se me impone la noción de que el nivel de lo ético normal es distinto en la mujer que en el hombre. El super-yo nunca llega en ella a ser tan inexorable, tan impersonal, tan independiente de sus orígenes afectivos como exigimos que lo sea en el hombre. Ciertos rasgos caracterológicos que los críticos de todos los tiempos han echado en cara a la mujer — que tiene menor sentido de la justicia que el hombre, que es más reacia a someterse a las grandes necesidades de la vida, que es más propensa a dejarse guiar en sus juicios por los sentimientos de afecto y hostilidad—, todos aquellos podrían ser fácilmente explicados por la distinta formación del super-yo que acabamos de inferir. No nos dejemos apartar de estas conclusiones por las réplicas de los feministas de ambos sexos, afanosos de imponernos la equiparación y la equivalencia absoluta de los dos sexos".

Como vemos, para Freud la anatomía, y sólo ella, determina que el hombre sea más ético, más justo y más sacrificado que la mujer. En este sentido, Blanck de Cerejido dice acertadamente: "... deberemos aceptar que Freud no discutió la influencia sexual falocéntrica, sino que la incluyó en sus teorías, que hoy deben ser reevaluadas. A pesar que este falocentrismo cultural se hace presente en el desarrollo de la niña a través del super-yo y el ideal del yo, tenemos numerosos elementos de juicio para formular un cuadro evolutivo de la niña que establezca diferencias con las teorías freudianas". Esto es muy claro: Blanck de Cerejido dice que si la mujer es como Freud dice que es, no se debe a la "diferencia sexual anatómica" sino a que el falocentrismo

de nuestra cultura concurre a formar (o deformar) su super-yo, motivando así que sea aceptado como sintónico lo que debería ser padecido como distónico.

Pero vayamos un poco más allá. ¿Es la anterior afirmación de Freud la palabra definitiva que tiene el Psicoanálisis respecto a la condición femenina? Afortunadamente no. Los conceptos freudianos son una derivación inevitable de la conclusión según la cual la envidia fállica de la niña es el punto nodal de su desarrollo psico-sexual. Pero esta afirmación habría de ser cuestionada a poco de andar. Curiosamente, sería la escuela psicoanalítica inglesa la encargada de hacerlo. (Decimos curiosamente porque esta escuela fue fundada por un grupo íntegramente femenino: Melanie Klein, Paula la Heilmann, Susan Isaacs y Joan Riviere). Y ellas postularon que la envidia al pene no era sino una réplica en un estadio más avanzado de la evolución de un sentimiento mucho más primitivo: la envidia del bebé al pecho materno que lo alimenta. De esta manera, las inglesas le impusieron al pensamiento psicoanalítico un viraje de 180 grados. El objeto superior por excelencia para nuestra psiquis no sería ya masculino sino femenino. El psicoanálisis se dejaba penetrar ideológicamente por el feminismo, pese al pedido de Freud. La inferioridad femenina adquirida, por ende, características de sintoma, oior a patología o, como sugerimos antes, a distonía. Aunque claro está que esta reivindicación no ha gozado del beneplácito general. Como dice Jaffe: "En tanto que el rol de la envidia al pene en la psicología femenina ha recibido adecuado reconocimiento y discusión en la literatura psicoanalítica, el concepto de una envidia análoga en el hombre hacia las partes y funciones femeninas ha encontrado alguna resistencia".

De todas maneras, es alentador el esfuerzo de desmistificación que ha aparecido en los últimos tiempos en el campo de la salud mental, tendiente a la destrucción de peligrosos conceptos que, en última instancia, tienden a rotular como patológica la lucha a favor de los derechos de la mujer.

Finalmente mencionaremos, entre esos esfuerzos, el de Juliet Mitchell, que en su libro "Psicoanálisis y Feminismo" (1974) sostiene que el complejo de Edipo es una especie de memoria innata de la especie que consiste a la mujer como un objeto económico de trueque, lo cual sería la base de toda cultura. Mitchell piensa que las estructuras del inconsciente se modifican

ría y que la opresión de la mujer termina a cuando el sistema económico que le ha engendrado, la familia nuclear, se destruye.

Apartes como el de Juliet Mitchell nos hemos pensado que tal vez no está lejano el momento en que el pensamiento científico abandone toda complicidad con el somatización feminista y con quienes lo propagan; podamos confiar en que pronto y a nada distancia de que machismo y homofobia son síntomas, tanto de enfermedad mental como de alienación social.

El psicoanálisis, que como dijéramos antes, no la disciplina por excelencia para el estudio de la conducta humana, tiene un rol que aporta a favor de la liberación feminista, en la medida en que vaya develando más y más incongnitas respecto al desarrollo psico-sexual y a la influencia que sobre él ejercen las condiciones de todo tipo, incluidas las sociales. El desafío es crear y ampliar nuevas líneas de pensamiento, caminar hacia una nueva y más realista psicología femenina. De esta forma, la ciencia aportará su esfuerzo en defensa de los derechos femeninos y también, ¿por qué no? de los masculinos.

México, abril de 1981.

BIBLIOGRAFIA

- MILNER, S. "La feminidad".
Friedly, S. "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual analítica".
SILVARI, R. "Ginecología". P. "Una contribución al estudio de la sexualidad femenina".
SILVARI, R. "La psicología y el feminismo".
LANGE, E. "El cuerpo femenino y el cuerpo masculino".
LANGE, E. "El cuerpo masculino entre el cuerpo y el cuerpo".
SILVARI, R. "Introducción a la obra de Melanie Klein".
SANGLOW, P. and M. SCHIFFER. "A new female psychology?".
SILVARI, R. "Freud's psychology of women".

mujer, salud y trabajo

Gustavo Barrientos*

* Maestría en Rehabilitación Neurológica.
Universidad Autónoma Metropolitana — Xochimilco

La ponencia precedente¹ ha situado los términos generales del fenómeno salud en la mujer. Continuando en esa línea, se ubicarán en forma más específica algunas de las situaciones que se desprenden de la integración de la mujer al aparato productivo bajo condiciones específicas identificables.

Como punto inicial para el abordaje de este problema, se reconoce que la relación entre el aparato productivo y la salud de los trabajadores tiene dos instancias que es necesario considerar: La primera de estas instancias es la afectación a la salud que se genera en el proceso mismo de trabajo, o en relación directa con él. La segunda instancia es el conjunto de condiciones que para la reproducción de la fuerza de trabajo se generan por la forma en que el trabajador se inserta al proceso productivo determinando que esa reproducción sea especializada y con un horizonte específico de condiciones para la salud.

Las afectaciones a la salud que son generadas en el proceso mismo de trabajo o como consecuencia directa de éste, tienen en México un reconocimiento legal en las fracciones XIII, XIV y XV del Artículo 123 Constitucional, en cambio las afectaciones a la salud que se desprenden de las condiciones de una determinada

forma de insertarse al aparato productivo no están reconocidas ni legal ni médicamente y son en consecuencia prácticamente desconocidas en tanto que tales.

Es por esta limitante que nos vemos en la necesidad de circunscribirnos únicamente al primer tipo de afectaciones, y así encontramos que éstas son denominadas como "riesgos de trabajo" con dos grandes divisiones, los accidentes o contingencias desfavorables repentinas y las enfermedades o estados patológicos generados por las condiciones en que labora el trabajador.

La magnitud de la afectación de la salud de los trabajadores, producto de estos riesgos de trabajo, podemos apreciarla cuando sabemos que para el año de 1976,² los 3 723 617 trabajadores afiliados al IMSS sufrieron 438 146 accidentes y 1781 enfermedades del trabajo.

Un primer señalamiento en torno a estas cifras es que existen motivos para creer que el accidente de trabajo puede estar registrado por debajo de lo real y que la enfermedad prácticamente no se detecta y no se registra.

No obstante las dudas sobre la fidelidad de las cifras éstas indican magnitudes de daño dramáticas, esta magnitud se pone más de relieve cuando decimos que en México hay 47 accidentes por cada millón de horas-hombre trabajadas y que en países industrializados esa cifra va de 6 a 12 accidentes en el mismo período. Dato que echa por tierra el argumento de que el daño al trabajador es una consecuencia ineludible de relación causa efecto directo de la industrialización.

Bien, ahora tenemos un panorama sobre lo que ocurre con los trabajadores en general pero... ¿y la mujer qué?

Es posible que todavía alguno piense que la mujer es solo una parte mínima entre los trabajadores, sin embargo las cifras nos muestran un panorama muy diferente, tanto entre los trabajadores afiliados al IMSS³ como entre los afiliados al ISSSTE: en cifras de 1976, las mujeres constituyen casi el 50%, hoy que señalar que dicha mitad de la fuerza laboral, se inserta en la producción a edades mucho más tempranas sucediendo así que en los grupos etarios de 15 a 19 años, 20 a 24 años y 25 a 29 años son mayoría, esto es, entre las mujeres se puede presentar el desgaste por trabajo a edades más tempranas pues se han insertado más jóvenes. Las mujeres son mayoritarias en los grupos de edad en que ocurre el más alto índice de accidentes y esa inserción más temprana posiblemente también indique una inserción con niveles más bajos de preparación.

A partir de esta panorámica de la composición de la fuerza de

trabajo cubrirá preguntarnos si las repeticiones sobre la salud son igualmente dañinas en ambos sexos. Desgraciadamente, hay escasa información al respecto, sin embargo, sí existe un conjunto de consideraciones que podemos hacer:

En el ambiente laboral, con frecuencia, no se reconoce la existencia de características específicas de los sexos y por tanto se plantean condiciones laborales indiferenciadas, las que frecuentemente resultan más favorables al hombre que a la mujer. A este aspecto es necesario señalar que la mujer no es un hombre con un poco de menor fuerza muscular, sino un individuo con características específicas, que es indispensable considerar cuando se proyecta un puesto de trabajo y cuando se calcula una carga de trabajo.

Aquí se hace necesario hacer un alto y marcar que estas características no significan en forma alguna superioridad o inferioridad para realizar trabajo en abstracto, pudiendo, esto sí, haber mayor o menor capacidad para realizar trabajos específicos bajo condiciones específicas.

A continuación se mencionan algunas de las características que es conveniente considerar:

— *Diferencias en talla total, longitud de segmentos y distribución de paquetes grasos.* Aunque éstas son las características más notorias, es frecuente observar que en los puestos de trabajo son pasados por alto, existiendo sillas, planos de trabajo tanto de pie como sentado, distancias de alcance de mando etc. que son únicas. Aun más, en la última versión de las normas somatométricas de Dreyfuss que son de uso frecuente entre los diseñadores mexicanos, entre otros defectos, se puede señalar que solo presenta seis medidas diferenciales hombre-mujer, estemos de acuerdo si que existen medidas únicas en aquellos ambientes que son totalmente de uso bisexual, lo que nos parece totalmente absurdo es que esa situación se traslade a puestos de trabajo en que labora exclusivamente uno de los sexos.

— *Diferencias en el tipo de daño recibido:* Existe un conjunto de condiciones que si bien son lesivas para ambos sexos no producen el mismo tipo de daño y las consecuencias pueden ser más graves para la mujer que para el hombre. Esta condición de consecuencias más graves generalmente está ligada a la función reproductora de la mujer. Entre éstas están las dosis radioactivas y de ultrasonido en diferentes momentos del embarazo, efectos de la vibración sobre el aparato reproductor, efectos de los pro-biomas circulatorios producto de una postura de pie semiestac-

ria por tiempos prolongados, etcétera.

— *Diferencias estructurales específicas:* La diferencia de estructuras más importantes a tomar en cuenta es, que la articulación coxo femoral en el hombre está colocada directamente a bajo el cuerpo de las vértebras lumbares, en el mismo plano que el centro de masa del cuerpo, en la mujer la articulación coxo femoral está situada más adelante, produciéndose así un par de fuerzas que implica que para los músculos de la espalda, un esfuerzo de levantamiento de una carga represente en 10 por ciento más que para los de un hombre.¹

— Otro tipo de hechos, de orden social a considerar son: la mujer mencionada doble jornada y la inserción a diferente tipo de trabajo por sexos. Respecto a la primera, como producto de un trabajo personal aún no publicado², puedo asegurar que en los casos estudiados con frecuencia no de una doble sino de una triple jornada, (ya que es frecuente que la mujer se constituya en cabeza de familia y que como una consecuencia de la espiral inflacionaria y del abaratamiento de la fuerza de trabajo femenina se vea precisada a tener dos trabajos remunerados más el del hogar).

Con respecto a la inserción en diferentes tipos de trabajo, existe una tendencia a insertar a la mujer en trabajos que requieren de atención constante y movimiento fino, y en este tipo de trabajo, las lesiones por accidente son menos frecuentes, pero las consecuencias de stress y de la fatiga patológica pueden ser demolidoras y recordamos que es precisamente en el terreno del registro del daño producido en el tiempo donde los registros son más deficientes.

Bressani, Jussara Ma.

¹ Lawrence, E y Lozada, C. "Sintomía, distonía y condición femenina": Ponencia presentada en Simposium sobre investigación en México, Colegio de México, 1981.

² CENIET.

³ Actividades realizadas para el CENIET para la construcción de una base estadística sobre seguridad e higiene en el trabajo. México, CENIET, ed. mimeografiada, 1976.

³ CENIET, *op. cit.*

⁴ Tichauer, E.P., Miller M., Nathan, L. M.

"Lordsimetry: A new technique for the measurement of postural response to materials handling" en American Industrial Hygiene Association Journal, 34, 1973 pp 1-12.

mujeres y salud (lucha de clases, lucha femenina (social), lucha por la salud)

Jussara María Brociani*

* Profesora de la Maestría de Rehabilitación Neurológica.
Universidad Autónoma Metropolitana — Xochimilco.

1. La ausencia del carácter teórico y la parcialización de las luchas sociales.

Con el avance de las luchas sociales, incluyendo las femeninas, se torna evidente en la mayor parte de los casos la diferencia existente entre la lucha revolucionaria y la teoría revolucionaria, puesto que dichos movimientos no tienen necesariamente un desarrollo teórico conceptual correlativo. Las dificultades para concebir a la relación entre la dominación sexual y las luchas sociales muestran dichas deficiencias.

Las reivindicaciones femeninas, algunas sexistas y otras vinculadas con las luchas por el cambio de las relaciones sociales de producción, tendrían que resaltar como eje fundamental el derecho de intervenir en las decisiones que afectan a esa parte de la humanidad, ya se trate de cuestiones políticas, laborales, o de la capacidad en el manejo de su propio cuerpo.

No es objeto del presente ensayo la discusión preconcebida del problema global femenino sino la referente a la salud que en últi-

mo análisis concierne a todo el conjunto social, pero de manera dif. limitada. Por eso no se tratará aquí del conjunto de las reivindicaciones sino específicamente las referidas a la salud. Para el mismo tiempo se destacará que éstas encuentran sus referentes principales en los problemas sociales globales, que son por cierto, los que contienen igualmente referencias a la mayoría de los problemas y reivindicaciones femeninas.

2. La lucha por la salud
Inicialmente quisiéramos resaltar que el área referente a la salud estuvo, a partir del inicio del desarrollo capitalista, básicamente vinculada al ejercicio de un modelo médico cuya organización quedó determinada por las necesidades de reproducción del sistema. En parte esa reproducción requirió evadir la relación entre explotación, condiciones sociales, alimentación y enfermedad, para centrar la explicación en el individuo, sus prácticas y hábitos, en relación a microbios, bacterias y elementos enfermantes. Esta inversión y ocultamiento de la realidad se hizo y se hace principalmente en lo referente a la salud de los trabajadores.

Esto no significa que el modelo médico hegemónico haya sido aceptado pasivamente por investigadores y usuarios sino que siempre hubo resistencias a sus explicaciones y a sus prácticas. Mas bien lo que ha sucedido es que ha mantenido su hegemonía por que forma parte de la dominación ideológica general que le es necesaria al capitalismo para reproducirse.

También es en este sector que en años recientes se comienza a dibujar un cambio en la correlación de fuerzas, y en donde las preocupaciones por el desarrollo científico parecen pasar de las minorías de "expertos" por arriba de los problemas y conflictos de clase a las fuerzas sociales² en pugna.

Exactamente por esos cambios que se desarrollan en la sociedad actual, la problemática de la salud pasó de un encajonamiento científico a ser considerado como eje político presente, como reivindicación en los movimientos sociales.

Para la incorporación de la salud como eje político en las reivindicaciones sociales, era inadecuado el concepto que surgió por el grupo hegemónico puesto que hacía énfasis en la individualidad ideológica individual, sin historia y sin el contexto social del problema. En este sentido la lucha por el cambio de contenido del

concepto de salud es parte de la lucha de clases en la esfera ideológica.

Para tal objetivo el carácter científico del concepto tendría que ser sustituido por elementos científicos más acordes con la realidad social³. Dichos elementos suponen:

1. No se puede estudiar aisladamente el fenómeno salud o el de enfermedad sino como una unidad dialéctica, un proceso, una relación indisoluble.
2. Que el proceso salud-enfermedad referido a seres humanos es un fenómeno social puesto que todo ser humano es una unidad constituyente y constituida de lo social.
3. Dado que la sociedad no es un todo homogéneo sino que se encuentra dividido en clases y grupos de dominantes y dominados, es solamente a través del reconocimiento y estudio de estas divisiones que podemos constatar la distribución de enfermedades según pertenencia a esas clases y grupos.

Esto permite una descripción precisa de la diferencia entre enfermedades de pobres y ricos, explotados y explotadores, dominados y dominantes.

4. La asignación de clase se dá básicamente por la inserción del individuo en el aparato productivo. Esto corresponde a su vez a su ubicación en el proceso de trabajo y el acceso a los medios de vida. Por lo tanto la explicación del proceso salud-enfermedad pasa por la comprensión de las condiciones reales de trabajo de la clase o de individuos afectados, así como las condiciones generales de su existencia.

Las condiciones anteriores se refieren a las causas y explicaciones de la posibilidad de enfermarse según clase social. Pero las diferencias son múltiples y cruzadas. Aparte de las causas clasistas la enfermedad también se diferencia según sexo. O sea la mujer tiene, ha desarrollado, y se le han impuesto, condiciones biológicas, ideológicas y sociales para enfermarse diferencialmente con respecto al hombre.

3. Condiciones iguales y enfermedades diferentes

La diferencia en la posibilidad de enfermarse entre los dos sexos no se restringe a la función y órganos reproductores, o sea, lo biológico de las mujeres, tal como se plantea en los estudios y

políticas hegemónicas. En estos la atención a la mujer se restringe a los programas materno-infantiles. En realidad el problema es mucho más complejo.

En primer lugar, veremos algunos aspectos diferenciales de la salud de la mujer que tiene un origen biológico. A ese respecto, la corriente hegemónica, que ha logrado desarrollarlos importantes, tiene planteamientos que no son iguales para todos los integrantes del sexo femenino.

Esto es importante de destacar puesto que representa una de las falacias de la corriente hegemónica de la práctica de la medicina moderna.

En efecto, la constatación de estas diferencias se encuentra en las políticas de atención y de prevención según grupo social. Así por ejemplo la atención del parto en áreas rurales se realiza en gran medida por la práctica de la medicina tradicional⁴. En las áreas urbanas es clara la diferencia en la atención según clase social. A las mujeres trabajadoras la atención a través de los servicios institucionales se les da en los últimos grados del proceso de la enfermedad, resaltando además de que las posibilidades de curación dependen de la misma enferma y de los micro organismos que causan la enfermedad. A las mujeres de las clases populares, a su vez, se les convierte en objeto de atenciones especiales por los servicios privados de salud que cubren desde problemas ginecológicos comunes hasta neurosis y otras afecciones nerviosas, todo por un precio.⁵

La segunda diferencia que queremos resaltar no está desvinculada de la anterior, sino que la matiza al mismo tiempo que la determina, y es la condición social de la mujer.

De las condiciones sociales en general destacaremos:

1. La situación de dominación sexual que atraviesa casi todas las formaciones sociales pre-históricas y todas las históricas.
2. Situación de la crisis civilizatoria⁶ en sociedades actuales que supone una ruptura y recomposición aun sin destruir todas las estructuras familiares, comunales y sociales.
3. Condiciones concretas de ocupación y ubicación de la mujer en los procesos productivos y reproductivos. De estas señalaremos las siguientes:

- 3.1. Ocupación menor en actividades asalariadas
- 3.2. Subocupación mayor que en el caso de los hombres.
- 3.3. Doble jornada de trabajo que, al inserta a la mujer como aportadora de una fracción de los elementos materiales necesarios para la reproducción de la familia; b) queda sujeto a condiciones diferentes de desgaste y tensión físico y mental. Y, es de suponer, a diferencias en la naturaliza e incidencias de las enfermedades.
- 3.4. Ser parte del ejército industrial de reserva en varios sentidos: como reserva activa que demanda trabajo y ayuda al abastecimiento del salario, incluso ocupaciones por un salario menor; como reserva inactiva al ejercer una presión indirecta en la lucha de clases en tanto ser una amenaza como participante potencial en el mercado de trabajo, y en esa medida, como elemento desintegrador de la cohesión de clase (al vender a rehuser la lucha por la organización laboral y política que para ser efectiva debe incluir a toda la fuerza laboral).
- 3.5. Labor central en la reproducción de la fuerza de trabajo. Además de las características sociales impuestas por la reproducción material de la familia ya señaladas, está el hecho del embarazo, parto, y atención infantil que determina la ruptura de la secuencia en el trabajo, de los procesos formativos, de la educación, de la participación política.
- 3.6. Ingreso salarialado "complementario" al del hombre que convierte al trabajo femenino en "deseable" y estimula la indiferencia de los trabajadores por la lucha para la organización laboral y política.

El conjunto de condiciones sociales en general antes señaladas y otras más no opera de manera limitada como factores enferma- tes diferenciales en el caso de la mujer sino como parte de un complejo de condiciones que determinan la incidencia de factores enfermantas y respuestas diferenciadas en la población femenina. Esto es, dichas condiciones son dentro de las que actúa familiar, social y productivamente la mujer, lo que supone no solo enfermedades y atención diferentes por razones biológicas, sino también por la influencia de determinantes sociales y económicos.

A estos elementos generales globales se suman los de carácter clasista para determinar que, a trabajos iguales (e ingresos igua-

les, clases iguales, etc.) existen enfermedades desiguales entre hombres y mujeres, aparte de las de carácter biológico.

Pero además resalta el que la combinación de características ideológicas, el desarrollo de habilidades y los papajes socialmente impuestos han determinado la participación prioritaria de mujeres en ciertas labores. Así por ejemplo, las enfermeras, las morfológicas del esqueleto y musculares hacen mayor aporte a la mujer para levantar grandes pesos o ejercer gran fuerza (ver en estudios la mujer tiene que realizar 15 por ciento de esfuerzos mayor que un hombre de igual peso y estatura para realizar los mismos labores). Además están los ejemplos clásicos del siglo XIX: el uso de traba- bajo femenino e infantil, por ejemplo en minas, para llegar a lugares inaccesibles a hombres de mayor corpulencia, y que ahorran así gastos de ampliación de túneles. Y también las habilidades táctiles que la hacen más capaz que el hombre para labores delicadas masivas, como sería el ensamble de partes electrónicas. Por otra parte están las que socialmente y en términos salariales se han convertido en esferas más o menos exclusivas de la mujer como docencia a nivel primario y cuidado a la salud.

Este conjunto de labores tienen a su vez riesgos y efectos cogog- nerativos que son factores enfermantas. Tal es el caso de telas frías que a través de los años sufren problemas auditivos, dolores intensos de cabeza, neurosis, retención de líquido en las piernas y problemas urinarios etc. En el caso de mujeres que trabajan en maquiladoras en labores de soldadura de partes electrónicas a través de microscopios, sufren rápida pérdida de la vista hasta hacerlas inválidas para esa labor en pocos años.

Las condiciones sociales, sexuales, culturales, familiares y produc- tivas se traducen así en elementos enfermantas diferenciada, pero en gran medida, solo por cuanto son mujeres las que realizan trabajos diferentes. Es decir, están sujetas a afecciones diferencia- les de la salud en tanto grupo social que no está separado del resto. En este sentido forman parte de un todo complejo de relaciones de explotación y de dominación que no puede entenderse, resol- verse ni enfrentarse aisladamente, ni siquiera en el caso de la salud.

4. Conclusiones

1. Ninguna lucha femenina, incluyendo la de la salud, es exclu- siva de las mujeres sino concierne a toda la sociedad.
2. La especificidad del movimiento femenino, para que tenga

éxito, debe estar combinado con un movimiento más amplio, de masas y clasista.

3. El punto de convergencia de las reivindicaciones femeninas es el poder de decisión en todos los niveles, incluyendo la decisión sobre su propio cuerpo y su salud.

4. La demanda femenina sobre salud tiene varios objetivos:

4.1. En lo referente al proceso de salud-enfermedad iguales entre ambos sexos y de interés general para la familia: convergencia política en las demandas sobre prevención, curación y rehabilitación a la salud.

4.2. En lo referente al proceso de salud-enfermedad específicamente femenino, destacamos las demandas: *nivel preventivo*:

- Salarios iguales a trabajos diferentes a favor de la mujer.

- Atención desigual a riesgos iguales de trabajo de manera de compensar las condiciones femeninas.

- Poder de decisión sobre la fertilidad.

- Difusión de los daños causados por los medios anticonceptivos utilizados masivamente.

- Anticoncepción compartida.

- Facilidades públicas para el alivio de la doble jornada tales como guarderías, comedores públicos, lavanderías públicas, etc.

b) Al nivel curativo

- Atención curativa de las enfermedades específicamente femeninas.

- Atención al embarazo, parto y pos-natal.

- Seguimiento de los efectos en el uso de anticonceptivos.

- Atención gratuita del aborto en los servicios públicos.

c) Al nivel rehabilitatorio

- Rehabilitación integral

- Educación profesional de acuerdo con incapacidades e invalidez femeninas.

- Ubicación temprana en actividades remuneradas a las rehabilitadas.

5. Una parte fundamental de las luchas de clase y sociales en ge-