

Las condiciones de trabajo y la salud de la mujer trabajadora*

Algunos elementos para el análisis del caso uruguayo

Cristina Torres Parodi

1. Justificación del corte de género

La aproximación al tema de la *salud* de la fuerza de trabajo femenina nos obliga a reflexionar sobre algunos aspectos que parecen previos y que de otro modo obstaculizarían el abordaje propiamente dicho.

La primera cuestión que se debe responder es la validez de plantearse un *corte de género* cuando se analiza las condiciones laborales y sus efectos sobre la salud.

Se suele argumentar que la existencia de *factores de riesgo* afectarían en prácticamente la totalidad de las ocasiones a hombres y mujeres por igual.

Evidentemente no se trata de negar rotundamente esta afirmación ni de recurrir a la ya consabida diferenciación de las mujeres gestantes, lactantes, etc., dado que ello constituye un estado transitorio en la vida de las trabajadoras.

Se trata por el contrario de desentrañar el resto de las inequidades socio-económicas que *determinan a la fuerza de trabajo femenina* desde su inscripción en el mercado de trabajo y en el proceso mismo de socialización previo.

Las dificultades para la construcción de conocimiento en esta área son múltiples, donde los obstáculos no solo provienen de las negativas para las visitas oculares interpuestas por las empresas o de la falta de estadísticas discriminadas por sexo en materia de accidentes o enfermedades laborales sino también pertenecen al ámbito subjetivo de las propias mujeres trabajadoras.

Nuestro objeto de estudio se encuentra en la intersección de tres esferas: la del trabajo, la de la salud y la de condición femenina.

Ello requiere por lo tanto, que en la búsqueda de ese objeto de estudio específico se profundicen los

aspectos pertinentes provenientes de dichas esferas y la manera en que se articulan entre sí.

La primera consideración común es que toda construcción conceptual se define de manera social e históricamente.

Con ello queremos significar que tanto la salud como el trabajo han designado a través del desarrollo histórico a procesos diferentes; ni qué hablar de la modificación operada en el contenido de "condición femenina".

Un segundo señalamiento es relativo a los desarrollos teóricos que aportan a la construcción del tema provenientes de la sociología del trabajo, la salud ocupacional y la más reciente elaboración conceptual sobre "condición femenina".

Lo más clásico en este tipo de aproximación sería adoptar el marco conceptual de la salud ocupacional. El mismo ha tenido una relativa evolución histórica fruto de los aportes realizados por los investigadores especialmente en las últimas décadas.

Por ello se constata, que a pesar que se pueden distinguir a lo largo de este siglo por lo menos tres perspectivas sucesivas con alcances diferentes, ellas todavía coexisten cuando observamos la práctica de los distintos sujetos sociales que concluyen con el espacio de la salud en el trabajo (investigadores, médicos certificadores, Instituciones aseguradoras, patronales, trabajadoras).

La primera y más restringida es aquella que asimila prácticamente salud en el trabajo a aquellos aspectos vinculados a seguridad e higiene donde el énfasis está puesto en la existencia de factores de riesgo de carácter físico, químico o ergonómico que provocan accidentes de trabajo o enfermedades profesionales tales como, silicosis, saturnismo, etc.

Una segunda perspectiva en la que incorpora factores de riesgos intangibles propios de las relaciones sociales de producción, materializados en las prácticas laborales dentro de la empresa: niveles salariales, relaciones jerárquicas, ritmos de produc-

* XVII Congreso Latinoamericano de Sociología (ALAS)

ción, régimen de promoción y de sanciones, duración de la jornada, tecnología.

Por último, una aproximación más amplia que tiene en cuenta las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) en las que se tiene en cuenta factores provenientes del medio y que enmarcan al trabajo remunerado (Neffa, 1986), condiciones de la vivienda, participación, etc. Esta línea hace énfasis en que lo que enferma es una combinación de factores o la dosis en que las mismas se presentan.

Un aporte reciente en esta materia lo constituyen los trabajos de investigación dirigidos por Ana Cristina Laurell en México, quien hace un esfuerzo por desbiologizar el concepto de "enfermedad" vinculado al trabajo y acuña el concepto de "desgaste obrero" como un proceso que potencia patologías de diferentes orígenes, inclusive de origen genético así como produce un envejecimiento prematuro, en cuyo marco pueden aparecer síntomas de trastornos que la medicina clásica distingue claramente.

Por otra parte A.C. Laurell plantea el tema del peso del "sujeto" en la interacción trabajo-salud y sugiere una línea de resolución a través de la constitución de los trabajadores en sujeto cognoscente y a partir de allí lograr las transformaciones subjetivas-objetivas.

Dentro de esta línea encontraríamos un apoyo teórico para abordar la salud ocupacional con una perspectiva de género. Sin embargo cabe señalar que el corte de género obliga a un énfasis aún mayor del sujeto que ocupa el "puesto de trabajo", elimina por así decirlo toda tentación estructuralista de circunscribirse al estudio de los lugares de trabajo y su inserción en la cadena productiva.

Los estudios abocados a la salud de la mujer trabajadora deben partir de considerar que los diferenciales con el segmento masculino de la PEA,

proviene fundamentalmente del campo social y cultural y que marcan las especificidades en el momento mismo de ocupar los puestos de trabajo y en el desarrollo de la actividad.

En el proceso de conformación de la PEA, persisten condicionantes sociales que determinan a la mujer desde antes de su incorporación al mercado de trabajo y que se vehiculan en la socialización de las mismas. De ellas señalamos las tres más importantes: la responsabilidad en el ámbito doméstico, el concepto de trabajo y el concepto de salud conformados estos últimos con representaciones y mitos propios que enmarcarían las conductas en el ámbito laboral.

A estos aspectos de carácter cualitativo se le debe superponer un elemento de diferenciación importante relativo a la estructura del mercado de trabajo que determina las ramas, las categorías y las ocupaciones a que acceden mayoritariamente las mujeres.

A continuación analizaremos cada factor diferencial y su incidencia en el "deterioro" de la fuerza de trabajo femenina.

2. Trabajo doméstico - doble jornada

Vulgarmente se designa como *trabajo* sólo aquella actividad que tiene un precio en el mercado, que se realiza fuera del hogar, preferentemente si tiene un horario fijo, se excluye o se cubren con un velo aquellas formas "atípicas" que incluyen la producción para el auto-consumo, los trabajadores familiares no remunerados, el trabajo doméstico y también aquellos cuyos ingresos y cargas horarias son fluctuantes donde además no existe una relación asalariada típica como es la forma de trabajadores por cuenta propia. Todas ellas tan comunes en las formas de inserción de la fuerza de trabajo femenina.

Cuadro 1
Distribución del lugar de ocurrencia de los accidentes declarados según grupo etario.

LUGAR DE OCURRENCIA	GRUPO DE EDAD							
	TOTAL		0-14		15-59		60y más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Totales	443	100.0	89	100.0	259	100.0	95	100.0
Hogar	155	35.0	42	47.3	65	25.1	48	50.5
Calle, carretera	149	33.6	18	20.2	98	37.8	33	34.7
Fábrica, taller, obra en constr.	18	4.1	—	—	17	6.6	1	1.1
Otro lugar de trabajo	38	8.6	—	—	32	12.4	6	6.3
Establecimiento, estudio o club deportivo	28	6.3	15	16.8	11	4.2	2	2.1
Otros lugares	55	12.4	14	15.7	36	13.9	5	5.3

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1982.

En lo que se refiere al trabajo doméstico su invisibilidad se impone con tal vigor que los estudios sobre salud y trabajo no lo incluyen.

Sin embargo el trabajo doméstico puede ser abarcado en dos dimensiones: como integrantes de las condiciones o medio ambiente de trabajo (CYMATS) y también como objeto de estudio específico.

Como vemos en el cuadro 1 los accidentes ocurridos en el ámbito del hogar son numéricamente significativos. El 35% de los accidentes *declarados* ocurren en el hogar frente a sólo el 12% vinculados a la actividad laboral.

Por otra parte si tomamos solamente accidentes ocurridos a las personas entre 15 a 59 el 25% ocurre en hogares de las cuales un porcentaje importante debe corresponder al sexo femenino.

La salud y el trabajo doméstico presenta otra característica propia en lo que respecta a la población afectada, que le otorgue interés dentro de los estudios de género.

El trabajo doméstico es una actividad altamente femencizada, ya que se le impone a la casi totalidad de las mujeres adultas con relativa independencia de su situación socio-económica-nivel de instrucción y se ve particularmente reforzada por su situación familiar. Es decir que trabajen o no, la primera prioridad aparece vinculada a atender dichas responsabilidades.

Esta situación es generalizada *para las* trabajadoras en la medida que el 85% de la PEA femenina asume la carga de las tareas domésticas (Torres, 1988) según datos para Montevideo. Las formas de apoyo al trabajo doméstico no están desarrolladas en Uruguay dado los costos altos en relación al ingreso de quienes lo requerirían y debido además a factores de corte ideológico que acentúan el rol protagónico de la mujer en la atención del hogar y cuidado de los hijos. Es significativo que las trabajadoras uruguayas en pareja con o sin hijos, el 60% no cuenta para la realización de dichas tareas con ninguna ayuda, porcentaje lo suficientemente alto como para anotar la falta de diferencia sustancial con el ama de casa clásica, sólo que la primera está sujeta a un desgaste mayor.

El 15% que no realiza tareas domésticas son jóvenes que viven con sus padres o mujeres mayores que viven con algún familiar o persona adulto.

Otro aspecto que importa destacar es el escaso conocimiento existente sobre la incidencia del trabajo doméstico en el desgaste bio-psíquico del ama de casa.

Estudios recientes comienzan a desentrañar algunas de sus características específicas (monótono, falta de espacio de canalización de frustración, falta

de valorización social, aislamiento, etc.) y sus condicionamientos en la salud de la mujer ama de casa.

Ello tiene repercusiones sobre el trabajo remunerado ya que en muchos casos las ocupaciones femeninas en el mercado de trabajo, constituyen extensiones de dichas tareas y su repetición durante 8 horas pueden también tener efectos sobre la salud de la trabajadora.

En la otra dimensión, el trabajo doméstico como CYMATS, constituye un factor de desgaste específico del segmento femenino de la fuerza de trabajo esencialmente en dos aspectos:

- la extensión de la jornada de actividad¹;
- la ampliación del espectro de tareas y responsabilidades entre el ámbito remunerado y doméstico.

“Entonces trabajaba una enormidad porque salía a las 6 de la fábrica, tomaba mate o comía alguna cosa y me ponía a trabajar hasta las 12, la 1, las 2 de la mañana y a las 7 tenía que estar de vuelta en la fábrica, era todo el día. Entonces uno no se da cuenta lo que le exige al organismo, es demasiado...”.

Martha (fue limpiadora, tejedora, obrera, actualmente teje para un grupo cooperativo) (Aguirre-Rosagnol-Torres, 1987).

El carácter privilegiado de esta esfera de actividad hace que muy difícilmente la mujer se sustraiga a sus responsabilidades, lo que la lleva a postergar muchas veces la atención de su salud. “Estás enferma y es un lujo estar enferma. Yo me acuerdo que estaba enferma, con dolor, me acostaba un rato y se me pasaba y así seguía, no podía darme el lujo de estar 2 o 3 días en la cama, ¿viste?”.

Juana, tejedora, modista, atiende un pequeño almacén en Paysandú (Idem).

La doble jornada le imprime a la fuerza de trabajo femenina, condiciones particulares de stress, de fatiga corporal etc., a los que normalmente no está sometido el segmento masculino de la fuerza de trabajo.

“Yo sé que a veces ando estresada en el sentido que estás como loca, que el problema que tenés que resolverlo, como que te quedás en blanco, no lográs coordinar nada, que los chiquilines te preguntan cualquier cosa y en vez de hablarles gritás; mi marido por ejemplo, le exijo cosas que quiero que cumpla ya, no sé tener paciencia porque me parece que se me viene la hora, se me viene la hora y que llegás tarde al trabajo, que que le gritás a todo el mundo...” “me

1. Un estudio de OIT establece entre 3 horas y media a seis la carga horaria de la actividad doméstica. Por lo que en mujeres que trabajan seis horas remuneradas su jornadas de actividad mínima se extendería a 10 hs. Kritz, E. Trabajando en el hogar, OIT. Lima, Perú, 1983.

olvido de todo, paso horrible de pesadillas me acuerdo de cosas cuando estoy durmiendo, me levanto a ver si las hice, si dejé apagadas las luces. A veces me voy a trabajar, cuando estoy a una cuadra vuelvo a ver si había cerrado la puerta, si no dejé la cocina prendida, cosas así o a veces estoy en Antel y llamo corriendo a ver si no me olvidé de cerrar las canillas o de apagar la plancha..."

(Lisa, operadora de ANTEL entrevista).

Cuadro 2

Tasas de actividad refinadas. Evolución de las tasas de actividad refinadas por sexo. Montevideo (Promedio anual)

AÑO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1967	47.8	71.5	27.0
1968	48.1	71.7	27.9
1969	48.1	72.4	27.4
1970	49.2	72.5	27.9
1971	48.6	72.0	28.5
1972	48.1	71.8	28.1
1973	48.2	72.4	28.0
1974	48.7	71.2	30.4
1975*	50.5	72.0	32.2
1976	52.9	73.8	36.4
1977	53.8	73.4	37.6
1978	52.8	73.4	36.3
1979	53.0	73.2	36.9
1980	53.8	—	—
1981	55.0	74.7	39.5
1982	56.9	75.0	42.1
1983	57.2	74.3	43.3
1984	57.9	74.9	44.2
1985	58.5	75.1	45.0
1986	58.5	75.6	45.0

(*) En base a datos del Censo de Población, 1975; población mayor de 12 años.

Fuente: Aguirre-Méndez, *op.cit.*

Pero además es imprescindible hacer aquí extensiva una línea de análisis que ya abordarán otros investigadores en lo que respecta a la desarticulación entre la imagen ideal o modelo y la práctica real enmarcada en las condiciones concretas de existencia.

Esta idea que fuera desarrollada por Gloria Bonder¹ en el marco de su investigación sobre condicio-

1. - Desarrollo de la "Conciencia Laboral y Participación Gremial en Maestras Primarias". Gloria Bonder. CEM, Bs. As. 1987-1988.

nes laborales y salud para muestras, en el que se analiza cómo son factores perturbadores de la salud, la distancia entre los modelos de ser maestras aprendidas a lo largo de su proceso de socialización/formación técnico-profesional con la realidad en el que desarrollan su práctica, también es extensible a la valoración de sus roles de esposa y madres también aprendidas a lo largo de su socialización y las modalidades concretas y acotadas en las que ellas se desenvuelven.

3. La salud laboral y las condiciones del mercado de trabajo

3.1. Femenización

En la mayoría de nuestras sociedades y en el caso de Uruguay en particular el desarrollo capitalista dependiente ha dado lugar a la incorporación de la mano de obra femenina en la segunda mitad de los 70.

La tasa refinada de actividad femenina para 1970 en el Uruguay era de 27.9, para el 81 es de 39.5 y en 1986 alcanza a 45% (Aguirre-Méndez 1987).

Cuadro 3

Población económicamente activa femenina y total por ramas de actividad e importancia del trabajo femenino en cada rama

Montevideo	1986		
	P E A Femenina	% Mujeres Total	Total
Industria manufact.	56.200	141.800	40
Comercio	40.400	105.800	38
Servicios	136.900	235.500	58
Otras	19.800	115.200	17
Buscan trabajo 1ª vez	9.900	15.300	65
TOTAL	263.200	613.600	43

Fuente: Méndez, 1987

La primera variable explicativa a tener en cuenta para el análisis de este fenómeno es el deterioro del salario real, que lleva a las mujeres a incorporarse al mercado de trabajo en búsqueda de contribuir en los ingresos familiares.

En 1984 los niveles de ingresos se situaban en alrededor del 50% de los alcanzados en 1971 (Melgar-Cancela 1984).

Se le suman factores de otro orden como la política de exportaciones no tradicionales que generó una expansión del empleo para algunas ramas en particular (textiles, curtiembres, calzado, etc) así como el fenómeno emigratorio por razones económicas, y también políticas en la década de los 70, que

Cuadro 4
Población económicamente activa femenina y total según rama de actividad. Montevideo,
2do.semestre de 1987 y 1er.semestre de 1988.

RAMA	Muj. ocup.	%	Tot. ocup.	%	Muj. act.	%	Tot. act.	%
0	—	—	—	—	72	100	72	100
11 Agricultura y caza	4377	10	41764	100	4664	10	44922	100
12 Silvicultura y madera	72	3	2297	100	72	3	2512	100
13 Pesca	—	—	1722	100	—	—	1794	100
23 Extracción de minerales	72	100	72	100	72	100	72	100
29 Extr.de otros min.met.	72	5	1364	100	72	5	1435	100
31 Alimentos,bebidas,tabaco	15572	28	55829	100	18083	29	61857	100
32 Textiles	54179	69	78147	100	59202	71	84461	100
33 Productos de madera	717	5	14782	100	789	5	15428	100
34 Papel de Imprentas	3301	33	10046	100	3876	35	10979	100
35 Sust.quím.plásticas	6171	30	20523	100	6673	31	21743	100
36 Fab.de prod.min.no met.	1004	11	9400	100	1147	12	9831	100
37 Ind. metálicas básicas	72	10	718	100	72	10	717	100
38 Fab.de prod.met. (maquinaria y equipos)	1937	8	23178	100	2224	9	24255	100
39 Otras ind. manufact.	1435	37	3875	100	1793	42	4234	100
41 Electric.gas,vapor	1363	14	9759	100	1363	14	9759	100
42 Obras hidráulicas, suministro de Agua	1435	25	5812	100	1435	25	5813	100
50 Construcción	1220	2	67741	100	1578	2	74559	100
61 Comercio por mayor	4951	17	28560	100	5668	18	30929	100
62 Comercio por menor	56547	46	121992	100	62001	47	131895	100
63 Restaurantes y Hoteles	6817	29	23609	100	7822	31	25547	100
71 Transporte y Almacén.	3803	7	50878	100	4378	8	53102	100
72 Comunicaciones	3875	34	11266	100	3947	35	11338	100
81 Establ.financieros	4951	29	17150	100	5023	29	17581	100
82 Seguros	431	27	1579	100	431	27	1579	100
83 Bienes inm.serv. y empresas	11123	40	27556	100	12343	42	29421	100
91 Adm.Pública y defensa	24252	25	99101	100	25044	25	100823	100
92 Saneamiento	72	2	3229	100	72	2	3229	100
93 Serv.soc.y comunal.	82739	73	112663	100	86327	74	117328	100
94 Serv.de diversión	6745	26	26120	100	6817	25	26982	100
95 Serv.personales y de los hogares	98383	66	149046	100	111802	68	164689	100
96 Orgs.internacion.	502	54	933	100	574	57	1005	100
TOTAL	398480		1020711		435436		1089891	

afecta mayoritariamente a la población masculina joven.

Los mayores incrementos de la tasa refinada femenina de actividad se operan en 1974, 76 y 81 (ver cuadro 2).

Pero este incremento en la actividad estará acompañado de importantes características que van a signar la constitución misma del segmento femeni-

no de la fuerza de trabajo en Uruguay: el acceso al mercado, el tipo de ocupación, la precariedad, la informalidad y los bajos salarios fenómenos que contribuyen a la feminización de las ramas.

A nivel industrial las encontramos fundamentalmente en textiles y vestimenta, pesca, pero su ubicación privilegiada son los servicios, siendo casi el 60% de los ocupados por las ramas de educación, salud,

servicios personales, domésticos, etc. (Méndez, 1987 a).

Aquí también los factores que inciden en la salud de las trabajadoras tienen que ver con la precariedad en la modalidad de contratación, con el tamaño de las empresas a las que no siempre llegan las inspecciones del Banco de Seguros, a la falta de capacitación en materia de salubridad e higiene, etc. Ello sin duda incide en acotar la denuncia de las situaciones por ignorancia o por miedo que trae aparejado una distorsión en las estadísticas: Solamente el 10% de los accidentes y enfermedades profesionales registrado por el Bco de Seguros del país pertenecen a trabajadores de sexo femenino.

A continuación un breve panorama de las CYMAT en 3 ramas altamente femencizadas que tomaremos como ejemplos de las ramas con cuadros insalubres típicos claros; la pesca, textiles y telefonistas.

Aquí encontramos condicionantes provenientes de diferentes rubros, particularmente vinculadas a la higiene y la seguridad del trabajo.

En este sentido son los testimonios de las operadoras telefónicas de una empresa estatal en Uruguay, el personal de los turnos diurnos con más carga de trabajo son femeninos, con turnos y francos rotativos. Las perturbaciones más habituales son las del sistema nervioso dada una labor con mucha tensión, con una atención permanente a señales luminosas, donde hay mala ventilación y se trabaja con luz artificial permanente. Los cuadros de neurosis de la telefonista que es común en otros países y que ha sido reconocido como riesgo profesional en O.I.T. no ha sido aún adoptado en el país a pesar de que localmente la situación se agrava dado que por el estado precario de las instalaciones se producen descargas eléctricas provocando sordera parcial o total existiendo denuncias al Bco. de Seguros aunque no todos los casos se denuncian (entrevista a Mary, telefonista de Antel, mayo 1988).

Para las trabajadoras de la industria *pesquera*, la situación está vinculada al proceso de trabajo en la medida de que deben trabajar en temperaturas bajo cero, y debido a desprolijidades en las instalaciones existen frecuentemente escapes de gas amoníaco por desperfectos en los equipos refrigerantes.

El accidente de mayor envergadura se produjo en la fábrica *Decano* en 1977, que provocara 13 muertes de mujeres trabajadoras debido a los escapes de gas.

El personal que trabaja en las plantas para algunas tareas: clasificadora, filetera, etc., es fundamentalmente femenino. Trabaja con las manos en el hielo y el agua, muchas veces sin un equipo de protección adecuada, agua que contiene cloro que penetra en la

piel. Muchas veces levantan cajones repletos de pescado y provocan luxaciones.

En el testimonio de esta rama, son significativas las condiciones de contratación. El conjunto de trabajadoras es *zafra*, debiendo presentarse a la planta cuando hay trabajo. La empresa avisa por la *radio*, cuándo deben presentarse, en un lapso nunca mayor de 24 hs. Esto significa que las trabajadoras, en general jefes de hogar, tienen dos trabajos: combinan la pesca con limpiezas en casas de familia.

En materia de remuneraciones también son fluctuantes y dependerá de los días trabajados en el mes (sólo en algunas empresas existe un seguro de 8 días por mes).

“Cuando hay trabajo uno no se puede enfermar, hay que ir a trabajar igual. Es lamentable pero no tenemos tiempo ni derecho a enfermarnos, porque nosotras tenemos que esperar el tiempo de las vacas gordas y si ahí te enfermás, jodete, tenés que permanecer de pie, para que no te agarren el lugar, para que puedas seguir trabajando...”.

(Isabel, testimonio sobre la industria pesquera, mayo 1988).

La situación en textiles es complicada y su diversidad dificulta las posibilidades de hacer una síntesis.

Primero porque dentro del gremio existen varios sectores que utilizan distintas fibras: lana, algodón y sintéticos y las técnicas y equipamiento adecuadas para el tratamiento de cada uno son diferentes.

Los factores que generalmente se avanza cuando se trata de abordar el tema es el *ruido* de las máquinas en las hilanderías y tejedurías (sección donde se concentra la mano de obra femenina), que produce sordera en el largo plazo.

En muchas textiles, cuando utilizan el algodón, en hilandería se requiere de un accesorio debido a la gran cantidad de polvo que desprende en su procesamiento. En muchas plantas el “aspirador” no funciona, y el polvillo se expande como una nube blanca, afectando vías respiratorias y bronquios.

No siempre se dispone de mascarilla o simplemente no hay una educación adecuada y las trabajadoras dicen que les molesta para trabajar.

También se denuncia la situación de las *planchadoras* por las habituales quemaduras con el vapor y la permanencia de pie durante largas horas que les produce *úlceras varicosas*.

En pinzado, se trabaja de pie, generalmente mujeres, la precisión del trabajo trae aparejado pérdida de visión y el acarreo de los rollos, problemas de columna.

También la etapa del apresto y limpieza de la tela tiene consecuencias debido a la utilización de productos tóxicos. El almidón puede llegar a ampollar

las manos y ya existen denuncias en curso en el Banco de Seguros.

Sin duda, esto no es más que un breve y desordenado panorama dado las situaciones diferentes que se recabaron a través de los testimonios del sector.

(Mabel, dirigente del Congreso Obrero Textil, testimonio, mayo de 1988).

3.1. La informalidad

La otra característica del desarrollo capitalista en Uruguay se refiere al crecimiento del sector informal de la economía y su impacto en la PEA.

Cuadro 5
Evolución de los ocupados "asalariados" e "informales". Índices 1968=100

Concepto	1968*	1973**	1979*	1986*
"Asalariados"				
Total	100.0	97.9	109.1	105.0
Hombres	100.0	99.6	101.8	92.1
Mujeres	100.0	93.7	127.7	137.7
"Informales"				
Total	100.0	122.7	141.6	190.0
Hombres	100.0	111.4	114.4	145.6
Mujeres	100.0	136.4	174.4	245.6

* Segundo Semestre

** Febrero-Junio

Fuente: En Aguirre-Méndez, 1987b

Como indica el cuadro anterior en el Uruguay es claro el crecimiento del sector informal por lo menos en lo relativo a su capacidad de contratación de mano de obra en los últimos 20 años.

Si analizamos los índices según sexo, se constata que la ocupación de las mujeres creció en un 145.6, entre el 68 y el 86, mientras que el empleo masculino aumentó sólo 45.6 para el mismo período según las mismas fuentes. 104.300 son mujeres sobre una totalidad de 259.000 trabajadores informales lo que representa el 40% de la PEA femenina y el 58% del total de informales.

Como se señalara en líneas anteriores la fractura del concepto trabajo y su restricción solamente a la modalidad asalariada, "oculta" generalmente una serie de actividades que no tienen esas características.

Las mismas se manifiestan en la inexistencia de registros estadísticos, en bajísimos o nulos niveles de organización y más grave aún por ínfimos grados de auto-conciencia de las propias trabajadoras.

Este fenómeno es de vital importancia, dado que el modelo de acumulación adoptado por los países de la región se apoya en la informalización y el desarrollo de formas precarias de relaciones laborales. Estas estrategias soslayan por un lado la legislación vigen-

te en materia laboral y por otro lado introduce una cuña en el movimiento obrero organizado, dado que importantes segmentos de trabajadores están fuera de las relaciones de fuerza y de negociación de los sindicatos.

No cuentan con inspecciones a las instalaciones, pero tampoco estos sectores cuentan con cobertura médica. Creemos que para estar enfermo debe existir un espacio y una práctica que legitime ese estado, que permita su conocimiento y su posterior denuncia. A título de ejemplo y según datos extra-oficiales de la Dirección de la Seguridad Social, solamente 5.064 de las empleadas domésticas están inscritas en DIS-SE o sea, apenas sobrepasa el 10% de las trabajadoras para dicha categoría.

Entre las ocupaciones más generalizadas en el sector informal encontramos las *trabajadoras a domicilio*: cocineras, tejedoras, costureras, armado de juguetes, artículos de cuero; vendedoras ambulantes, trabajadoras de pequeños talleres, las trabajadoras a facón, y por último las trabajadoras familiares no remuneradas. Para ellas no se cumple la legislación, (jornada de 8 hs. seguridad e higiene del trabajo etc., ni los beneficios sociales ni las reglamentaciones salariales, todos elementos que dejan desprotegida a las trabajadoras y la expone a condiciones laborales que puedan afectar el equilibrio salud-enfermedad o provocar el desgaste en los términos de A.C. Laurell.

3.3 Los bajos niveles de salarios

Los dos fenómenos antes mencionados la informalización y la femeneización generalmente introducen otro fenómeno que caracteriza a la PEA: los bajos salarios.

En lo que a salarios se refiere las diferencias se derivan de la segmentación de los empleos en femeninos y masculinos. Entendiendo los primeros en la mayoría de los casos como una extensión de las destrezas naturales.

Las diferencias salariales se operan también fruto de la inserción discriminada en ramas o en ocupaciones poco valorizadas.

Datos para el 85 en Uruguay indican que mientras sólo el 43% de los hombres ganaban menos de un salario mínimo y medio el porcentaje de mujeres se elevaba al 70% de las trabajadoras.

Una investigación reciente arrojaba información complementaria sobre el precio de la hora de trabajo femenina: el 52% de las activas ganan hasta 0.75 de dólar la hora, el 18% se sitúa en 1 dólar y el 30% de las trabajadoras ganan más de 1 dólar la hora (Torres 1988).

Esta situación trae aparejadas consecuencias sobre la salud a dos niveles: 1) la primera tiene que ver con la imposibilidad de acceso a servicios de infraes-

estructura para hacer frente al trabajo doméstico (ganadería, lavandería, servicio doméstico, etc.).

Cuadro 6

Ingresos del trabajo de ocupados por sexo según intervalos de ingresos. Montevideo 1985.
(En porcentajes y miles de personas)

	Hombres		Mujeres	
	%	Miles	%	Miles
Total	100.0	310.2	100.0	212.0
Menor de 10.000	43.5	134.9	70.7	149.9
De 10.001 a 20.000	34.1	105.8	23.6	50.0
De 20.001 a 30.000	12.6	39.1	4.2	8.9
De 30.001 a 50.000	6.7	20.8	1.2	2.6
De 50.001 a 100.000	2.4	7.4	0.3	0.6
Más de 100.000	0.7	2.2	0.0	0.0

Fuente: Elaborado sobre datos de la DGEC-Anuario Estadístico, Uruguay 1986 y Méndez, 1986, en Aguirre-Méndez, 1987a.

2) La segunda consecuencia se vincula con la dificultad para cubrir los costos de los servicios de atención a la salud ya que en su mayoría las trabajadoras de los estratos inferiores no cuentan con los beneficios correspondientes.

La "empresa" no paga ya que en muchos casos no existe, los servicios de atención a la salud, ¿cómo costearse los con esos ingresos?

Los bajos ingresos son un factor de los llamados *intangibles* en la medida en que además incide en la condición de vida de las trabajadoras, en su posibilidad de acceder a la compra de los servicios pagos para la realización del trabajo doméstico, etc.

Funcionan también como un elemento discriminatorio de la mujer y por lo tanto es un elemento de frustración y "desgaste".

4. El concepto salud y la visión del mundo femenino

La salud constituye también un espacio donde se cristalizan los valores propios a una visión del mundo o dicho de otra manera donde se realizan las prácticas correspondientes a determinado conjunto de ideas y valores socialmente establecidos e introyectados en el individuo, los procesos salud-enfermedad de las mujeres trabajadoras estarán enmarcados por normas de conductas que nada o poco tienen que ver con los procesos biológicos y psíquicos.

Desde hace una década que varios estudios están demostrando que existen diferenciales socio-econó-

mico, en el tratamiento de las patologías, en el acceso a los servicios en las diversas posibilidades que superponiéndose al tema de las clases está el de género y que existe en el cuerpo médico un doble standard de salud para hombres y para mujeres.

Según estudios realizados entre médicos clínicos de ambos sexos que Broverman y otros (1970) en Norteamérica, dichos profesionales poseen un doble standard de salud para hombres y mujeres; mientras que su concepción de hombre sano no difiere, significativamente de su concepto de adulto sano, si se trata de mujer el estereotipo indica que son "más sumisas, menos independientes, menos agresivas, menos competitivas, menos objetivas, menos interesadas en las matemáticas, etc."

Es decir que el estereotipo femenino incluye una especie de normalidad patológica (M. 1988) para aquella mujer que en su ámbito de trabajo defiende su derecho a los ascensos, a su participación, etc., la sociedad le puede devolver una imagen de "anormal", "neurótica", "enferma".

Por otro lado otras investigaciones realizadas sobre el tema ponen de manifiesto que las mujeres distinguen dos tipos de situaciones:

1. Los malestares en los que su cuerpo aparece afectado temporalmente.

2. Los malestares en que el cuerpo se ve comprometido de un modo irreversible.

Para los primeros no los considera enfermedad sino trastornos pasajeros que en la mayoría de los casos no ameritan atención.

En la investigación en curso se percibe que muchas veces se "naturaliza" la enfermedad asimilándolo al envejecimiento.

Por ejemplo Analfá operadora de Antel declara: "probablemente los trastornos que me haya traído son de columna, pero no es nada espantoso tampoco, yo siempre fui una persona sana, de pronto ahora tengo cosas que antes no tenía, pero también tengo más edad que la que tenía antes..."

Interrogada sobre ello y como percibe ella la incidencia del trabajo responde: "...me duele la espalda a veces, me siento cansada, pero no son cosas que digas este trabajo me está matando".

Esto lleva a reflexionar sobre la construcción del concepto mismo de salud a través de un corte de género y de clase ya que en términos generales las mujeres postergan la atención de su salud, no visualizan la necesidad de reposo, cuidados intensivos y requerimiento de tratamiento prolongado.

Son vivenciadas como enfermedad aquellas que son discapacitadoras: operaciones, parálisis o aquellas que afectan partes vitales del cuerpo (mal de chagas, tuberculosis).

Esto podría ser contradictorio con el hecho de que según datos para Uruguay, las mujeres consultan

más que los hombres las instituciones de atención médica.

Requiere de una investigación específica que aclare quienes, que , que patologías, etc.; para tener una comprensión cabal de este fenómeno. Sin embargo se pueden avanzar algunas hipótesis que tiendan a volver menos contradictorio el fenómeno de la consulta con la hipótesis que la mujer tiende a preocuparse por su estado de salud en casos de enfermedades crónicas, o que requieren intervención quirúrgica, internación, etc.

La primera es que se debe distinguir entre consultar un profesional o un servicio y atender la salud.

Es probable que no se siga el tratamiento adecuadamente, que no se haga quietud si esta es requerida, etc. fruto de las múltiples responsabilidades en el plano laboral y doméstico.

La segunda es que se concurra a la consulta tardíamente, que la mujer disponga de menos tiempo, fruto de la doble jornada en el caso de trabajadoras, y concurra ya cuando los síntomas estén muy avanzados.

Por último, la otra tendencia que ponen de manifiesto algunos estudios (Norma Schwartz, 1988) es que "la demanda de atención psiquiátrica es una de las vías que se le ofrecen socialmente a las mujeres que sufren, privada de palabra en función del lugar que ocupa en la estructura social, de manera tal que dicha demanda no puede sino enmascarar algo que no puede ser dicho de otro modo. La consulta médica es el sitio privilegiado donde la mujer va a buscar a través de la expresión de un sufrimiento, la posibilidad de ser escuchada.

4.1. La cobertura y la incidencia en la constitución del concepto salud

En la construcción social de concepto salud-enfermedad, la existencia o no de un espacio de legitimación de las diferentes prácticas es determinante.

Es decir, los espacios legales que amparan el sentirse de tal o cual manera. Por ejemplo, el peso que tiene la *cobertura* en el proceso salud-enfermedad de los trabajadores. Históricamente los hombres conforman mayoritariamente la fuerza de trabajo y con ella adquieren el derecho de estar "socialmente enfermos" ya que nuestro sistema de salud se amplía en la primera mitad de este siglo con los seguros de salud por empresa o por rama.

Es decir que se abre un espacio que pauta una serie de conductas: acudir al médico certificador, licencia médica, atención en una institución médica colectiva (mutualista) eventual internación, cuidados familiares, etc.

La mujer sin embargo se incorpora con posterioridad y cuando lo hace accede muchas veces a puestos de trabajo precarios sin seguridad social, a ramas

desprovistas de cobertura (servicio doméstico) o a la informalidad.

Es decir que el tema de la cobertura no coadyuva a los efectos de ir constituyendo factores de conducta colectivos en torno al tema. Por el contrario, el proceso de socialización se impregna de otra imagen: la mujer que no requiere reposo o cuidados nunca, que no abandona el trabajo doméstico y su responsabilidad aún cuando no "se sienta bien".

Aquí se vincula el tema de la cobertura con el de la producción, en el sentido que en lo que *si* históricamente se constata es una preocupación en lo relativo a la salud de la mujer gestante.

Es común encontrar que en los convenios laborales desde temprano, se incluya la salud materno-infantil como un complemento a la cobertura de salud del trabajador.

En ese sentido también este aspecto contribuye a asimilar los problemas vinculados a la reproducción como los únicos problemas de salud de la mujer, en la medida que la legislación los prioriza y promueve una práctica concreta en torno al tema: controles durante el embarazo, asistencia en el parto, internación, etc.

Ello no significa que los únicos aspectos específicos de la salud de la mujer, sino por el contrario, que en ese sentido la legislación "oculta" otros aspectos que también se relacionan con la salud en el trabajo, además que el ama de casa queda desprotegida al no ser considerada como trabajadora.

Bibliografía

1. ABORTO en el Uruguay. Montevideo, 1985. Informe elaborado por la Comisión "Condición de la Mujer del Partido Nacional".
2. AGUIRRE-MENDEZ. 1987 a. La mujer en el mercado de trabajo en Montevideo, Montevideo, CIEDUR.
- 1987 b. El trabajo informal urbano en Uruguay: una aproximación a través de las encuestas de hogares. Montevideo, CIEDUR.
3. AGUIRRE-ROSTAGNOL-TORRES (1987). Mujeres y relaciones informales de trabajo. Montevideo, CIEDUR.
4. ALLARD, OB. La mujer joven. Consecuencia de la crisis socio-económica. *Diálogo Social*, Panamá, 18 (184): 21-3; 1985.
5. AMBIENTE DE TRABALHO. A luta dos trabalhadores pela saúde. San Pablo, Ed. Hucitec, 1986.
6. ARGENTI, Gisela. Nuevas tecnologías y movimiento obrero. Serie: Estudios e investigaciones, Nº 2. IUF-UITA-IUL.
7. ASOCIACIONES DE PSICOLOGOS DE BUENOS AIRES. Primeras jornadas de Psicología Laboral. Argentina, 1986.
8. BALD SR. Integrating women in U.S.A. funded activities: a case study of rural public health in India. WID Forum, Office of Women in Development, Michigan State University (85-IV), 1985.
9. BARROSO, CL de Melo. Estereotipos sexuales: possíveis contribuições da Psicologia para sua mudança. *Cadernos de Pesquisa*, Brasil (15); dez. 1975.
10. BASAGLIA, Franca. Mujer, locura y sociedad. Universidad Autónoma de Puebla, 1a. edición 1983, México.
11. BERMAN, Daniel M. Muerte en el trabajo. México, Ed. Siglo XXI, 1983.

12. BETTELHEIM, Ch. *Calcul économique et formes de propriété*. Máspero, París, 1971.
13. BIAGGINI, Graciela. Significación social del proceso salud-enfermedad-atención. Bs. As., 1988. UBA, ponencia.
14. BOCK, G.-DUDEN, B. Trabajo por amor; amor como trabajo. *Desarrollo*. España, 1985.
15. BONDER, Gloria et. al. *Mujer y Salud*. VI Jornadas multidisciplinarias del Centro de Estudios de la Mujer. Bs. As. CEM, 1985.
16. BORCELLE, G. La igualdad de oportunidades para jóvenes y mujeres en enseñanza técnica, formación profesional y empleo. Paris, Serbal-UNESCO, 1983.
17. BOVE, I. La mujer y la educación institucional. Montevideo, UNICEF, 1987.
18. BRINK, P.J. Traditional birth attendants among the Annang of Nigeria. Current practices and proposed programs. *Social Science and medicine*. USA, 16 (21): 1883-92, 1982.
19. BRONFMAN, M.-LOPEZ, E. & TUJIRAN, R. Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente. *Estudios demográficos y urbanos*, México, 1 (2): 165-204, 1986.
20. BURIN, Mabel. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Grupo Editor Latinoamericano, Bs. As. 1987.
21. CANCER de útero, cáncer de la pobreza. *Diálogo social*, Panamá, 19 (185): 39; 1986.
22. CENTRO de la MUJER PERUANA "FLORA TRISTAN". *Mujer, trabajo y salud*. Lima, 1986.
23. CEPAL. Las políticas sociales en el Uruguay 1975-1984. Primera etapa: la reproducción biológica y social. Montevideo, 1987. Documento presentado a la Reunión sobre políticas Sociales, transformación y desarrollo en América Latina. Montevideo, 1987.
24. La reproducción biológica y social de los hogares de Montevideo. Montevideo, 1987. Documento presentado a la Reunión sobre políticas sociales, transformación y desarrollo en América Latina. Montevideo, junio, julio 1987.
25. CIENCIAS SOCIALES y Salud en América Latina. Tendencias y perspectivas. Montevideo, OPS-CIESU, 1986.
26. CLAEH. Pobreza y nutrición infantil, I. a. P. Presentación y análisis de datos de Montevideo y Tacuarambó. Montevideo, 1985.
27. CLAEH. Servicios de Salud populares privados de Montevideo. Policlínicas. Montevideo, 1982.
28. CORIA, Clara. El sexo oculto del dinero. Formas de dependencia femenina. Grupo Editor Latinoamericano, 3a. ed. Argentina, 1988.
29. CHACKIEL, J. & ORELLANA, H. Tendencias de la mortalidad femenina adulta a partir de preguntas sobre orfandad materna incluidas en censos y encuestas. *Notas de Población*, Santiago, Chile, dic. 1985.
30. CHAYOVAN, N., et. al. The impact of accessibility on contraceptive use in rural Thailand. *Paper*, Thailand (51):64; 1983.
31. DE BARBIERE, T. Las mujeres menos madres: control de la natalidad, control de la mujer? *Nueva Sociedad*, Venezuela (75) 105-14, 1985.
32. DEL OLMO, R. Droga y criminalización de la mujer. *Nueva Sociedad*, Venezuela (93): 156-67, 1988.
33. DUELLI KLEIN, R. De una el huevo, de otra el útero. *Desarrollo*, España(92): 70-8, 1985.
34. DURAN, Ma. Angela. La jornada interminable. Barcelona, Jeania, 1986.
35. EL GASTO público social en Uruguay y sus efectos distributivos. Informe de investigación. Doc. N° 3 Sector Salud. Montevideo, CIESU-CINVE, 1985.
36. FAMILIA, la mujer y la socialización de los hijos en contextos sociales diferentes. En: Ortiz A. El trabajo de la mujer casada. Lima, Pontificia Universidad del Perú, 1983.
37. FASSIN, D. la bonne mere: pratiques rurales et urbaines de la Rougeole chez les femmes Haalparaaren du Sénégal. *Social Science & medicine*. 23 (11): 1121-29, 1986.
38. FAUNEZ, Aníbal-PINOTTI, José A. A mulher e seu direito à saúde: Por uma política de saúde no Brasil. Ed. Naole Ltda. Brasil, 1988.
39. FILGUEIRA, Nea-FORTUNA, J.C. et al. La mujer en el Uruguay: ayer y hoy. Ed. Banda oriental, GRECMU, Montevideo, 1986.
40. GODIO, Julio. El movimiento sindical en América Latina. Serie: Estudios e investigaciones. N° 2. IUF-UITA-IUL.
41. GONZALEZ, G.-ALTEZ, N. & MAREL, R. Fecundidad, planificación familiar y salud materno-infantil en la población marginal de Montevideo. Montevideo, AUPFIRH, 1984.
42. GRACIANO, M. contribuições da Psicologia contemporânea para a compreensão da mulher. *Cadernos de Pesquisa*, Brasil, (15), dez. 1975.
43. GUZMAN, v. & PORTOCARRERO, P. Dos veces mujer. Lima, Perú, Centro Flora Tristán-Mosca Azul, 1985.
44. HIGUERA, G. La fecundación "in vitro" y la inseminación artificial humanas. *Revista de fomento social*, España, oct., dic. 1986.
45. ISIS. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. *Boletín* (1-2), jul. oct. 1985.
46. La salud de las mujeres. Santiago, Chile, 1985.
47. KRISHNAJI, N. Family size, levels of living and differential mortality in rural India. *Economic and Political Weekly*. 19 (6): 248-58, 1984.
48. LEON, F. Madres norteñas, madres sureñas y las drogas: el eje psicoactivo norte-sureño en el Perú. *Socialismo y Participación*, Perú (37): 123-30, mar. 1987.
49. LLOVET, J.J. Servicio de salud y sectores populares. Los años del proceso. Bs. As., CEDES, 1982.
50. MACHADO PAIS, J. Familia, sexualidades, religião. *Análise Social*. Portugal, 31. serie, 21 (86): 345-88, 1985.
51. MARTORELLI, Horacio. La lucha por la supervivencia. Vida y trabajo de las mujeres en el medio rural. FCU-CIEDUR.
52. MECHANIC, D. The growth of bureaucratic medicine. USA, John Wiley & Sons, 1976.
53. MELGAR, Alicia- PRATES, S. et al. *Mujer y trabajo en América Latina*. GRECMU.
54. MENDEZ, Estela. *Mujer y trabajo*. Cuadernos de información popular N° 4. Montevideo, CIEDUR, 1987.
55. MENDEZ, Estela. *Mujer y trabajo, ¿una problemática específica?* DATES-CIEDUR, Montevideo, 1988.
56. MIGUEL, Jesús M. El mito de la Inmaculada Concepción. Barcelona, Ed. Anagrama, 1979.
57. MILLARD, AV. & GRAHAM, MA. Weaning decisions by rural Mexican women. *Working Papers*, office of Women in Int. Development, Michigan (73); 25pp., 1984.
58. MINISTERIO DE CULTURA. *Mujer y Salud Mental*. Instituto de la Mujer, abril 1988.
59. MOCCIO, Fidel. *Terapia del stress*. Un método de relajación Bio-Feedback. Bs. As., Ed. Cinco, 1986.
60. MORALES DE FLORES, I. & VALVERDE OBANDO, LA. Alcoholismo femenino y su terapéutica. *Revista de Ciencias Sociales*, Costa Rica, (34) 39-48, 1985.
61. MORRISEY, M. Women's work, family formation, and reproduction among Caribbean Slaves. *Review*, USA, 9 (3): 339-68, 1986.
62. MUJER y salud. Especial Mujer, Santiago, Chile, ILET, 1984.
63. MUSGROVE, Ph. Dispendio familiar com saúde na América Latina. *Estudios Economicos*, Brasil, 14 (2): 365-76, 1984.
64. NACIONES UNIDAS. Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer.

65. NAMO, G. Os estereótipos sexuais na escola. *Cuadernos de Pesquisa, Brasil* (15), dez. 1975.
66. NEFFA, Julio. Procesos de trabajo, nuevas tecnologías informalizadas y condiciones y medio ambiente de trabajo en Argentina. Bs. As. Ed. Humanitas, 1987.
67. NEGRE RIGOL, R. De los relatos de vida al estudio de casos sobre la prostitución. *Revista Internacional de Sociología*. España, 44 (3): 375, 1986.
68. NUESTROS cuerpos, nuestras vidas. USA, Boston Women's health Book Collective, 1979.
69. NUGENT, JB., & WALTHER, RJ. Women, widowhood and fertility: a theoretical and empirical study of rural India. *Economic Research Paper*, California (42p., 1983).
70. OMS. la mujer, la salud y el desarrollo. Ginebra, 1985.
71. OPS-OMS. Participación de la Mujer en programas de salud de la comunidad. Santiago de Cuba, 1988.
72. OSTOLAZA BEY, M. Migración y control del cuerpo de la mujer: un nuevo enfoque. *Homines*, Puerto Rico (4): 254-76, 1987.
73. PANTANO, Liliانا. La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas. Bs. As., Ed. Eudeba, 1987.
74. RAMOS, S. La maternidad en Bs. As.: experiencia popular. Bs. As., CEDES, 1981.
75. RECALDE, Héctor. Mujer, condiciones de vida, de trabajo y salud. MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Bs. As.
76. REDDY, Ph. Accessibility of women to health, family planning and educational services. *Social Change*, 16 (2-3): 88-99, 1986.
77. RIVERA, MA. Salud mental en la mujer. *Homines*, Puerto Rico, 10 (2): 201-06, 1987.
78. ROJAS SORIANO, Raúl. Capitalismo y enfermedad. Folios Ediciones, 2a. ed. México, 1984.
79. SANCHEZ-ARCILLA, J. Notas para el estudio del aborto en el Derecho histórico español. ICADE, España (8): 13-40, 1986.
80. SOTO, E. Atención primaria de salud y educación médica en Guatemala. *Perspectiva*, Guatemala (6-7): 148-50, 1985.
81. SOTO, E. Mujer, condiciones de trabajo y salud laboral. Ministerio de Salud y acción social de la nación.
82. STELLMAN, Jeanne-DAUM, Susan. El trabajo es peligroso para la salud. Siglo XXI, México, 1986.
83. TERRA, JP. & HOPENHAYM, M. La infancia en el Uruguay (1973-1984). Efectos sociales de la recesión y las políticas sociales. Montevideo, CLAEII-UNICEF-EBO, 1986.
84. TIMIO, Mario. Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial. Nueva Imagen, México, 1986.
85. TORRES, Cristina. Articulación entre trabajo doméstico y trabajo remunerado. En: Mujer y Mercado de Trabajo. Montevideo, CIEDUR, 1988.
86. URÍA, Paloma- PINEDA, Empar- OLIVAN, Montserrat. Polémicas feministas. Ed. Revolución, Madrid, 1985.
87. URUGUAY: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Estudio del sistema de servicios de salud. Caracterización del recurso físico. Montevideo, 1984.
88. WAITZKIN-WATERMAN. La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. México, Nueva Imagen, 1981.
89. ZUÑIGA, ME. organización del trabajo familiar y fecundidad en el México rural. *Estudios demográficos y urbanos*. México, 1 (2): 205, 1986.