

## LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS O LOS COSTOS DEL MODELO

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 1, 1996/ 11-16

Ximena Díaz Berr\*

### TRABAJO Y SALUD: UNA LAGUNA DEL CONOCIMIENTO

El crecimiento sostenido de la economía chilena en el curso de los últimos años resulta innegable. Este crecimiento ha sido acompañado por una expansión significativa de los niveles de empleo y particularmente por una creciente integración de la mujer a los mercados laborales.

La expansión del empleo no ha ido, sin embargo, acompañada de un mejoramiento de la calidad de los mismos. Por el contrario, se constata la expansión de una diversidad de empleos "atípicos" en el país y cuyo rasgo más permanente es la precariedad. La precariedad tiene un sesgo de género. Las mujeres constituyen la mayoría de las trabajadoras empleadas bajo estas modalidades atípicas, en particular en lo que concierne a empleos a tiempo parcial, temporales, eventuales y sumergidos o ilegales.

En este contexto, la pregunta sobre qué está ocurriendo en términos de desgaste de la salud de los trabajadores queda sin respuesta. Poco sabemos también respecto a sus enfermedades.

El subregistro general de las enfermedades profesionales se ha estimado en un 45% y en un 90% en las estadísticas del Sistema Nacional de Servicios de Salud. De acuerdo a otras estimaciones el problema es aún mayor: en el año 1988 se habrían producido 4.267 enfermedades profesionales en una masa laboral de 4.317.000 personas ocupadas. "Esto equivale a decir que la posibili-

dad de enfermarse por el trabajo en Chile es casi inexistente, afirmación que por cierto resulta difícil de tomar por verdadera" (Echeverría, Bustamante, 1991).

Podríamos decir que este desconocimiento se debe en gran medida a problemas de confiabilidad y validez de la información sobre la salud de la población trabajadora. Sin embargo, el tema que queremos destacar y hacia donde queremos focalizar la atención es que el subregistro de las enfermedades profesionales se debe a la concepción de salud-enfermedad que orienta la normativa actual vigente.

En nuestra legislación la enfermedad profesional se define como "...la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte".

Esta definición restringe el estudio de los agentes de riesgo a los inmediatos referidos al ambiente y el estudio de las enfermedades se reduce a las consecuencias directas derivadas del proceso técnico. Los aspectos sociales que rodean el trabajo son desechados como agentes de riesgo.

La consecuencia de este enfoque es que la salud ocupacional ha puesto el énfasis en los accidentes del trabajo más que en las enfermedades. Numerosos menoscabos de la salud que se producen lentamente y cuya detección es difícil no se registran en las estadísticas y se atribuyen más fácilmente al estilo de vida que a las condiciones laborales.

---

\* Socióloga. Centro de Estudios de la Mujer.

Esta concepción de enfermedad profesional deja fuera de toda consideración también todos los daños a la salud que generan trabajos que se realizan bajo condiciones "atípicas": trabajos temporales, eventuales, sumergidos, subcontratados y/o no contractuales.

Así entonces, el conocimiento sobre la salud de los trabajadores se ve limitado por el concepto restrictivo de salud ocupacional que aplica la normativa vigente actual en el país. Restrictivo, porque reconoce como enfermedades profesionales sólo aquellas que se puede demostrar son causadas en forma directa por factores claramente identificables del ambiente de trabajo y, restrictivo, porque la forma institucional a través de la cual esa normativa se aplica no permite conocer los efectos que están teniendo en la salud de los trabajadores formas atípicas de empleo que se generalizan en el país como resultado de una nueva forma de desarrollo y acumulación flexible.

Este carácter restrictivo del concepto afecta particularmente a las mujeres trabajadoras porque, por una parte, ellas se concentran en los nichos de empleo de mayor precariedad y en los niveles más flexibles del modelo, y por otra, porque su integración al mercado de trabajo no ha sido acompañada de cambios significativos en la asignación de roles al interior de la familia. La mujer conserva las responsabilidades adscritas al rol doméstico, lo que se traduce en una pesada carga adicional de trabajo diariamente. Este es considerado un "no trabajo" y es, en consecuencia, desechado como factor de riesgo para la salud de las trabajadoras.

Su particular inserción en el mundo del trabajo, entendiendo por esto trabajo doméstico y trabajo remunerado, se expresa desde la perspectiva de la salud en una sintomatología inespecífica de causalidad múltiple en la que es difícil demostrar la acción directa y unívoca del ambiente de trabajo.

Esto implica que la mayor parte de sus enfermedades son tratadas como enfermedades comunes, a menudo no reciben tratamiento oportuno y se desarrollan hasta situaciones límites e invalidantes y las condiciones del trabajo que influyeron en su causalidad no son corregidas. Son los "daños invisibles", que se producen solapadamente, día a día, que avanzan dejando pocos rastros, que se confunden con cansancio o con vejez, pero que son cada vez más masivos e ignorados por las estadísticas.

Nos referiremos en estas páginas a un grupo de ellos, porque los datos indican que se están

transformando en un problema de amplias proporciones y frente a los cuales no hay aún respuestas, ni individuales ni sociales: son los daños que derivan de la fatiga y el estrés laboral.

### LOS DAÑOS INVISIBLES: FATIGA Y ESTRES LABORAL

Los malestares o síntomas de la fatiga mental aluden a una gama de sufrimientos que incluyen una serie de perturbaciones inespecíficas como modificaciones del humor y del carácter, perturbaciones del sueño, dolor de cabeza, problemas gástricos, pérdida de memoria y tendencia a la emotividad fácil.

Diversos estudios realizados en el país revelan que la fatiga y los malestares asociados al estrés laboral constituyen uno de los problemas más frecuentes en sectores que emplean mayoritariamente fuerza de trabajo femenina: profesoras, algunos sectores de la industria, sector servicios, digitadoras de computación y enfermeras.

Un estudio realizado por el CEM sobre salud y trabajo en trabajadoras de la industria de la confección, en temporeras de la fruticultura, en trabajadoras de la industria pesquera y mujeres que trabajan en su domicilio para la industria, revela la presencia de niveles muy altos de fatiga y estrés. Estos se expresan en síntomas o enfermedades tensionales, como úlcera, gastritis y neurosis.

Trabajadoras que manifiestan alguna enfermedad del estrés en la confección, la fruticultura, la pesca y el trabajo a domicilio (en %; 1991, 1992, 1993, 1994)

Trabajadoras	Neurosis	Úlcera	Gastritis
Confección (n = 325)	31.4	17.5	17.2
Fruticultura (n = 300)	35.7	21.7	20.0
Pesca (n = 555)	35.1	21.9	23.9
Trabajo a domicilio (300)	40.3	18.7	27.7

Fuente: Encuestas CEM: 1991, 1992, 1993, 1994.

Un gran número de mujeres presenta también otros síntomas como irritabilidad, cambios de humor, desánimo, tristeza y problemas de concentración.

Mediante un procedimiento estadístico de análisis multivariado fue posible revelar dos grupos

de factores del trabajo relacionados con niveles altos de fatiga y estrés en los tres primeros sectores estudiados. El primer grupo se refiere a las condiciones sociales del trabajo, entre las cuales los más importantes son la extensión de la jornada, la forma de pago a trato y las relaciones con los jefes. El segundo grupo se refiere a condiciones del ambiente de trabajo: ruido, calor, frío y las posturas que exige el puesto de trabajo. Entre las trabajadoras a domicilio la suma de las jornadas doméstica y laboral que usualmente se suceden día y noche se asocian significativamente con el nivel de agotamiento que ellas expresan. Los resultados del estudio expresan que, entre ellas, la fatiga se asocia al trabajo nocturno, a las horas diarias de trabajo y a las horas que la trabajadora está despierta.

Otros estudios realizados en el país apuntan en el mismo sentido.

Una investigación realizada por el Dr. Parra, 1993, sobre desgaste mental entre docentes de la R. Metropolitana revela que "el 41% de los encuestados se ubica en el sector de mayor intensidad de distribución de síntomas de fatiga" y "un 75% de los profesores indica que su trabajo es fuente de tensiones".

De acuerdo a las opiniones expresadas los factores más relacionados con la fatiga mental son: el contenido monótono del trabajo, las decisiones de las instancias superiores sobre las que los docentes no tienen control, ausencia de promociones, bajos salarios, transferencias involuntarias, empleo inestable y mala valoración del trabajo docente.

Un estudio de Estrella Díaz, 1933, sobre salud de las digitadoras de computación señala que ellas presentan altos niveles de fatiga y estrés debido a la fuerte e intensa presión laboral, al alto grado de insatisfacción existente y por la escasa iniciativa y creatividad exigida por el puesto de trabajo. Casi un 20% de las trabajadoras señala estar siempre afectada por problemas de ansiedad o angustia, irritabilidad o mal humor; casi un 30% señala trastornos del sueño, y asimismo son muy frecuentes los trastornos digestivos.

Un estudio realizado en el Servicio de Tesorerías (60% de mujeres) (Bustamante, Echeverría y Parra) revela que entre las dolencias más importantes declaradas por los funcionarios se señalan los malestares psicológicos y somáticos. Las más frecuentes son "dolor de cabeza" señalado por un casi 65% y "acidez" declarado por un 55.4% de los trabajadores. Se mencionan también otros síntomas como decaimiento, labilidad emocional,

nerviosismo y dolor abdominal. Respecto a sus enfermedades, entre las más importantes están los diagnósticos psicológicos (estrés y neurosis) y los sicosomáticos (gastritis y colon irritable).

Entre los factores de riesgo, los autores destacan tanto factores físicos del ambiente como iluminación, ventilación y ruido, como factores del ambiente social: malas relaciones humanas, sentirse vigilados, falta de reconocimiento y apoyo del servicio entre otros.

Una investigación sobre la industria pesquera en la Región del Bío-Bío (Duhart y Weinstein, 1991) revela que en las plantas de conserva y congelados, donde hay un predominio de fuerza de trabajo femenina, alcanzan notoriedad los diagnósticos de úlcera péptica y de neurosis.

Las investigaciones citadas refuerzan el cauce de argumentos que respaldan la necesidad de desarrollar un enfoque integral en salud, que considere la acción conjunta de aspectos técnicos como sociales del trabajo, como única forma de comprender y abordar las manifestaciones patológicas de origen neurosíquico y sicosomático de las trabajadoras. El enfoque restrictivo que predomina hoy en la salud ocupacional imposibilita el reconocimiento de estas enfermedades.

La OIT respaldando esta posición ha señalado que la labor del médico del trabajo se debe orientar a la protección del individuo contra la tensión mental y nerviosa cuyo verdadero origen puede ser imposible de identificar.

Desde esta perspectiva, en los estudios sobre desgaste mental de mujeres trabajadoras resulta especialmente relevante reconocer la acción desgastadora del trabajo doméstico.

Las investigaciones realizadas por el CEM sobre trabajo y salud de trabajadoras de la confección, de la fruticultura, de la industria pesquera y de las mujeres que trabajan en su domicilio, revelan que el trabajo doméstico representa una carga diaria constante de trabajo adicional para las mujeres.

Sobre el 80% de las mujeres dedica algún tiempo antes o después de su jornada laboral a este trabajo, todos los días. La media es entre dos y cuatro horas diarias, lo cual depende directamente del número de niños en el hogar. Asimismo, los resultados revelan que a mayor horas de trabajo doméstico diario las mujeres declaran con mayor frecuencia niveles de excesivo agotamiento, perturbaciones emocionales y neurosis.

En los estudios sobre salud y trabajo no se ha incorporado, salvo en pocos, el análisis del desgaste derivado del doble trabajo sobre la salud de

las trabajadoras. Esta es una carencia que debería ser corregida en los estudios que se realicen en el futuro.

Así también, otra variable que debe ser considerada para comprender la real dimensión de los problemas de fatiga mental y estrés de las trabajadoras es la expansión significativa de trabajos que se caracterizan por períodos secuenciales de ocupación-desocupación. Estos trabajos constituyen además nichos de concentración de fuerza de trabajo femenina.

Un estudio realizado recientemente por Helia Henríquez y E. Pérez ha demostrado que hoy en el país una masa laboral femenina cercana a 900.000 mujeres realizan trabajos temporales o eventuales, gran parte de los cuales son asalariados. Equivale al 50% aproximadamente de la fuerza de trabajo femenina registrada en las estadísticas oficiales.

Todas las investigaciones disponibles tienden a probar que el desempleo es nocivo para la salud y constituye un riesgo grave para el equilibrio emocional del trabajador/a porque genera pobreza, deteriora la imagen personal y el sentimiento de autoestima y puede destruir los vínculos sociales pues el desempleado pierde el contacto con los compañeros de trabajo.

En lo que respecta a las mujeres, se ha dado por descontado que ellas son fuerza de trabajo flexible y que su entrada y salida del mercado laboral se complementa adecuadamente con sus funciones reproductivas al interior de la familia. Sobre la base de este mismo supuesto, se han minimizado los efectos negativos del desempleo en trabajos temporales. Es necesario demitificar esta situación e impulsar estudios y diseñar métodos de pesquisa de enfermedades que permitan conocer el impacto que tiene este tipo de empleos —temporales y eventuales— en la salud mental de los trabajadores en general y particularmente de las mujeres. Los problemas de salud derivados de estas formas de trabajo deberían ser considerados como enfermedades laborales ya que son consecuencia de las modalidades de organización de los procesos de trabajo en el marco de un modelo de acumulación flexible que se basa en escasas regulaciones de las relaciones laborales.

#### ¿CUAL ES EL LIMITE QUE SEPARA LA ENFERMEDAD COMUN DE LA PROFESIONAL?

Retomando el problema inicial que hemos planteado cabe preguntarse: de las enfermedades que

definen los rasgos del perfil epidemiológico de las trabajadoras ¿cuáles son consideradas actualmente como enfermedades de origen ocupacional y reciben tratamiento como tales? De acuerdo a los estudios realizados en diferentes sectores, podemos afirmar que muy pocas.

Aun frente a síntomas que pueden vincularse claramente a condiciones del trabajo, las trabajadoras deben librar una verdadera batalla burocrática para lograr acogerse a los beneficios de la normativa legal vigente. Frente a síntomas tan inespecíficos como fatiga, estrés laboral y cualquiera de sus manifestaciones somáticas el problema es aún mayor.

La dificultad de precisar claramente la frontera entre enfermedad común y enfermedad profesional sitúa a las trabajadoras en una encrucijada que las obliga a optar entre la búsqueda individual de atención en salud o simplemente ignorar los síntomas y postergar la consulta y el tratamiento hasta que las circunstancias lo permitan. Este es el camino que se sigue más frecuentemente.

Entre las trabajadoras de la confección, de la industria pesquera y de la fruticultura, proporciones que rebasan el 50% de las mujeres encuestadas declaró que no había consultado médico frente a la percepción clara de síntomas de enfermedad (Díaz y Schlaen, 1994; Medel y Riquelme, 1994). Entre las digitadoras de computación frente a síntomas de tendinitis, el 68% no había consultado médico, recurriendo como alternativa al uso de analgésicos (20%) y de antiinflamatorios (10%) automedicados (E. Díaz, 1994).

Las razones que mayoritariamente explican la no consulta de las trabajadoras son “falta de tiempo”, “falta de dinero” y “no pedir permiso en el trabajo”. También se perfilan de manera relevante como razones de no consulta diversos aspectos vinculados a la mala calidad de la atención médica, entre otras: mal trato, largas horas de espera e ineficacia de los tratamientos. La casi totalidad de las consultas se orienta a consultorios del Ministerio de Salud y/o a médicos privados; sólo una cifra cercana al 1% de las trabajadoras fueron atendidas en la Mutual a la cual estaba afiliada su empresa (Díaz y Schlaen, 1994; Medel y Riquelme, 1994).

Buscar atención en salud es sinónimo de ausentismo al trabajo, de arriesgar la estabilidad del empleo, de disminución de los ingresos —puesto que la forma predominante de pago es por rendimiento—, además implica gastar dinero en consulta y medicamentos y exponerse a malos tratos

en los consultorios. Desde la perspectiva del rol doméstico, la preocupación por su salud significa abandonar las tareas del hogar y la familia. De acuerdo a los estudios realizados en el CEM, la proporción de mujeres que asiste al médico cada vez que se siente enferma disminuye en la medida que aumenta su carga de trabajo doméstico, medida a través de las horas que le destina a esa actividad.

El enfoque más extendido en medicina del trabajo, a pesar de considerar la variable ambiente, permanece fuertemente influenciado por el modelo médico predominante en el que el agente que causa la enfermedad es aislado y el tratamiento consiste en la eliminación del agente patógeno. La noción de medio, tanto en la medicina ocupacional como general, es limitada. Esta crítica no invalida los valiosos hallazgos científicos de los trabajos realizados bajo este enfoque. Sin embargo, la noción tan restringida de ambiente, la definición sexista y limitada de lo que se considera trabajo determina las lagunas que conocemos en relación al conocimiento real sobre la salud de las mujeres.

## EN EL CAMINO DE LAS PROPUESTAS

Nos aventuraremos en señalar algunas líneas de propuestas que apuntan a los problemas centrales que son necesarios abordar para avanzar en el mejoramiento de la condición de salud de las mujeres trabajadoras.

1. En primer lugar, deben formularse propuestas con el objetivo de ampliar la base de información y conocimiento sobre el perfil de salud-enfermedad de las trabajadoras según actividad laboral y desde una perspectiva de género. En el marco de este propósito es necesario:

- Mejorar los sistemas de registro y procesamiento de la información respecto a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Generar conocimiento en el campo de la salud laboral, mediante la promoción de estudios sobre la salud de las mujeres en distintos sectores de actividad y el diseño e implementación de estrategias de rastreo o pesquisa de síntomas, enfermedades y agentes de riesgo, desde un enfoque integral que considere desde los aspectos del ambiente y del puesto de trabajo, hasta los relativos a la organización social del trabajo y a la condición de género de los trabajadores.

2. Un segundo grupo de propuestas debe orientarse a ampliar la cobertura de atención en salud

a amplios sectores de mujeres que hoy no tienen protección. La condición de desprotección de las mujeres trabajadoras se sitúa en un contexto global de desprotección que afecta a trabajadores de ambos sexos. La situación particular de las mujeres a este respecto deriva del hecho de que ellas se insertan en trabajos menos regulados y que requieren mano de obra más flexible, y del carácter inespecífico de sus enfermedades más frecuentes, todo lo cual las coloca en una situación de desprotección respecto a la ley.

En este sentido, los esfuerzos por ampliar la cobertura deben orientarse tanto a lograr incorporar a sus beneficios a los sectores de trabajadoras actualmente desprotegidos pero también implica la necesidad de ampliar la cobertura a un abanico de enfermedades profesionales que abrigue aquellas de carácter inespecífico muy frecuentes entre las mujeres que trabajan.

Por ello, las propuestas tendientes a abordar el problema de la cobertura "se sitúan a nivel de cambios institucionales significativos que afectan las políticas de Gobierno en relación a salud, trabajo y seguridad social. Estos cambios requieren tanto de la capacidad de elaborar proposiciones técnicas al respecto como de la voluntad política para llevarlas a cabo (Díaz, 1993).

3. En tercer lugar, se debe formular un cuerpo sólido de propuestas que centren sus esfuerzos en acciones de promoción y prevención de riesgos. Las acciones que se realizan bajo el amparo de la Ley 16.744 son esencialmente curativas y de compensación económica de los daños (Documento de Discusión para una Política de Salud Laboral en la Transición a la Democracia, 1989).

El sector privado destina escasos recursos a la acción preventiva. El sector estatal no dispone de recursos para cumplir tales funciones.

Se ha señalado que la responsabilidad primordial de hacer algo con respecto a los actuales niveles de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales incumbe a quienes crean los riesgos y a quienes trabajan en contacto con esos riesgos. Sin embargo, "uno de los obstáculos con que se tropieza constantemente en la lucha contra los riesgos profesionales reside no tanto en las dificultades inherentes a la complejidad de los problemas abordados como en la indiferencia y el hábito al riesgo de los que lo afrontan cotidianamente o de los que omiten prever las medidas de protección necesarias" (OIT, 1987).

Por ello, es extremadamente necesario llamar la atención permanentemente de los riesgos asociados al trabajo y de sus consecuencias tanto para

la empresa como para el trabajador. Pero también son de extrema importancia las actividades de sensibilización y capacitación a los actores involucrados: empleadores, trabajadores, personal de salud, para poner en acción las normas y romper la indiferencia, el desinterés o el temor.

4. En cuarto lugar se debe formular un conjunto de propuestas orientadas a mejorar las condiciones generales de salud y bienestar de las trabajadoras. Estas sólo pueden ser abordadas intersectorialmente y en colaboración con las organizaciones de empleadores y de trabajadores en forma conjunta. Se refieren básicamente a políticas sociales tendientes a aliviar la doble carga de trabajo de las mujeres trabajadoras y a crear condiciones de vida que permitan a los trabajadores reparar el desgaste producido por el trabajo.

Por ejemplo, ampliar los programas actuales de guarderías y jardines infantiles de modo que den respuesta efectiva a las necesidades de las mujeres trabajadoras, relativas al cuidado de sus hijos; que se implementen programas que den atención a personas dependientes como enfermos crónicos o adultos mayores; que se desarrollen programas alimentarios especiales para las trabajadoras que suelen postergar su nutrición respecto a la de los otros miembros de la familia; proveer servicios de transporte que disminuyan los niveles de fatiga por esta causa, etc.

Los esfuerzos que se realicen por mejorar las condiciones de trabajo de las mujeres redundarán en beneficio de todos los trabajadores. En principio, cabe sostener que la mayor parte de las condiciones de trabajo que se consideran no saludables para las mujeres son también perniciosas para los hombres (Rodríguez, 1993) y la adopción de medidas especiales de protección para mujeres pueden resultar perjudiciales para la contratación de fuerza de trabajo femenina.

## BIBLIOGRAFIA

- C. Bustamante, M. Echeverría. Salud de los trabajadores en Chile. Documento de Trabajo N° 76. Programa de Economía del Trabajo. Santiago, enero, 1991.
- C. Bustamante, M. Echeverría, M. Parra. "Condiciones de trabajo en el servicio de tesorerías". Tesorería General de la República. Serie Documentos de Capacitación. Santiago, noviembre, 1990.
- E. Díaz y M. Henríquez. "Nuevo perfil de patología laboral (tendosinovitis y estrés): el caso de las digitadoras de computación del sector financiero". Ponencia en: Encuentro sobre precarización del empleo y desgaste de la salud de los trabajadores. CLACSO/PET. Santiago, octubre 1993.
- X. Díaz, N. Schläen. La salud ignorada: trabajadoras de la confección. Centro de Estudios de la Mujer. Santiago, Chile, 1994.
- X. Díaz, J. Medel, N. Schläen. La salud ignorada: trabajadoras de la industria pesquera. Centro de Estudios de la Mujer. Santiago, Chile. En prensa.
- X. Díaz, J. Medel, N. Schläen. La salud ignorada: trabajadoras a domicilio. Centro de Estudios de la Mujer. Santiago, Chile. En prensa.
- S. Duhart, J. Weinstein. La Industria Pesquera en la Región del Bío Bío. Colección Estudios Sectoriales 9. Programa de Economía del Trabajo (PET). Santiago, Chile, 1991.
- H. Henríquez, E. Pérez A. La subestimación de la participación femenina en las actividades económicas: encuesta suplementaria a mujeres inactivas, PET-SERNAM. 1994.
- M. Parra Garrido. "Trabajo y desgaste mental en docentes del sector municipal de la educación chilena". Borrador para la discusión. Programa de Economía del Trabajo (PET). Junio de 1993. Santiago, Chile.
- J. Medel, V. Riquelme. La salud ignorada: temporeras de la fruticultura. Centro de Estudios de la Mujer. Santiago, Chile. 1994.
- Introducción al Estudio del Trabajo. Tercera Edición (Revisada). Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. 1980.
- Organización Internacional del Trabajo. Introducción a las condiciones y medio ambiente de trabajo. Publicado bajo la dirección de J.M. Clerc. OIT, Ginebra, 1987.
- C. A. Rodríguez. Seguridad y salud de la mujer trabajadora frente a la reconversión productiva y el cambio tecnológico. En: Repercusiones de la reconversión productiva y del cambio tecnológico sobre el empleo y las condiciones de trabajo de la mujer. Documentación base e informe final del Seminario Tripartito Latinoamericano, realizado en Santiago de Chile, 8-12 de marzo de 1993. Oficina Internacional del Trabajo.