

LA SALUD DE LAS TRABAJADORAS A DOMICILIO EN LA CONFECCION*

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 2, 1996/ 103-113

*Ximena Díaz,***
*Julia Medel,***
*Norah Schläen***

INTRODUCCION

El crecimiento sostenido de la economía chilena en el curso de los últimos años se ha expresado en una significativa tasa de incremento del empleo. En el caso de las mujeres, la tendencia creciente de integración al mercado laboral —observada en las dos últimas décadas— se aceleró en los últimos años.

Esta expansión del empleo se ha dado, sin embargo, en un marco de profundos cambios en el modelo de desarrollo que sustentó el crecimiento económico de nuestro país hasta los años setenta.

Entre los factores responsables de este cambio se perfila con especial fuerza la apertura de la economía nacional a los mercados internacionales. Con el objeto de enfrentar en buenos términos la fuerte competencia internacional las empresas adoptan medidas tendientes a reducir costos y a flexibilizar la producción u organización del trabajo, lo que pone en jaque los pilares que dominaron la racionalidad de la producción económica hasta esa fecha. Se abre un período que se enmarca en la lógica de un “nuevo modelo de acumulación flexible”.

Se desarrollan nuevas formas de producción que tienden a externalizar los procesos de trabajo hacia una cadena de medianas empresas y talleres que se relacionan entre sí mediante vínculos de subcontratación y que ocupan fuerza de trabajo en condiciones menos regulares que en las empresas.

Las unidades que integran la cadena forman un continuo jerárquico en el proceso productivo, que se expresa en distinciones de salario, condiciones de trabajo, acceso a recursos económicos, niveles de tecnología y estabilidad en el empleo, condiciones que se deterioran conforme se avanza hacia los últimos niveles de la cadena.

El último eslabón y el más informal es el “trabajo a domicilio”. La Oficina Internacional del Trabajo lo define como “aquel que se realiza para un empleador o un contratista en virtud de un acuerdo, con arreglo al cual se efectúa el trabajo al exterior de la empresa o taller, en el lugar que elige el trabajador, que es a menudo su propio hogar, por lo general, sin una fiscalización directa por parte de quienes lo encargan” (OIT, 1990).

De acuerdo a algunos estudios, la proporción de mujeres en la fuerza de trabajo aumenta conforme descendemos hacia los segmentos inferiores de la pirámide de la subcontratación. Las empresas chicas tienden a una mayor feminización, la que es total en el “trabajo a domicilio”.

En Chile, la información que proporciona la Encuesta Nacional Industrial (ENIA) revela un crecimiento sostenido de esta modalidad de trabajo en la última década, tendencia que resulta más pronunciada en el caso de las mujeres. Se calcula que las trabajadoras a domicilio producen un 60% de la ropa de mujer y de niño y un 30% de la ropa de hombre en el país (Wirth, 1993).

* El artículo presenta parte de los resultados del proyecto de investigación FONDECYT 1995 (No.1950139) “Mujer, trabajo y familia: el trabajo a domicilio en Chile.” Díaz, X.; Medel, J.; Schläen, N. del Centro de Estudios de la Mujer. Santiago, Chile.

** Centro de Estudios de la Mujer.

En general, la tendencia muestra que el porcentaje de mujeres empleadas es más alto conforme el empleo se hace paulatinamente menos formal y conforme se acerca al límite de la ilegalidad y lo cruza (Benería y Roldán, 1987, Prates, 1983).

Desde la perspectiva del género, la fragmentación de la producción ha facilitado la integración de las mujeres a los niveles de la cadena que más se flexibilizan porque les brinda un margen de mayor compatibilidad entre espacio doméstico y espacio laboral y a la vez una mayor coherencia y menor conflictividad en el ejercicio de ambos roles.

La expansión del "trabajo a domicilio" como una estrategia del modelo de desarrollo para flexibilizar el uso de mano de obra trae consigo la incorporación de mujeres "amas de casa" al mercado de trabajo en condiciones de extrema precariedad. Estas invaden el ámbito familiar y se interponen en la dinámica de las relaciones domésticas.

METODOLOGIA

La selección de la muestra presentó dificultades derivadas del hecho de que el trabajo a domicilio es, casi sin excepción, trabajo negro, pertenece a la economía subterránea. Obviamente no existe un listado de trabajadores ilegales, por lo que la muestra no puede ser probabilística. Así, la carencia de registros de trabajadores a domicilio y su distribución en el país fue la primera dificultad que se enfrentó. Las escasas estadísticas disponibles son insuficientes. De acuerdo a la Encuesta Nacional Industrial Anual –ENIA– del INE, la mayor proporción de trabajo a domicilio se da en la Región Metropolitana: el 39.87%.

Otro instrumento de medición, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN, 1990), informa respecto al lugar de trabajo, que el 43.2% de las mujeres trabajan dentro de una vivienda y el 6.5% lo hace a domicilio. La mayor parte de las mujeres ocupadas en establecimientos de menos de 10 trabajadores realiza sus actividades dentro de una vivienda. El trabajo dentro de la propia vivienda tiene mayor importancia en el caso de las mujeres de menores ingresos, dado que no pueden delegar o contratar personas para que realicen las actividades de su hogar.

La encuesta CASEN indica que la mayor proporción de mujeres que trabaja a domicilio pertenece a los dos quintiles más bajos de ingreso. En el medio urbano, una vivienda constituye el lugar de trabajo en casi el 60% de las mujeres del quintil de menores ingresos.

Por las razones señaladas, se realizaron sondeos en varias Municipalidades del Gran Santiago para determinar las comunas concentradoras de trabajadoras a domicilio para industrias de la confección. Se decidió centrar el estudio en el área norte de Santiago, en tres comunas de bajos ingresos –Huechuraba, Conchalí y Recoleta–; estas comunas están próximas a un sector de industrias y talleres de confección y comercio mayorista del rubro (sector Patronato), empresas y talleres que usan el sistema de subcontratación y domicilio para la producción de prendas de vestir.

La búsqueda de los casos de la muestra se inició mediante contactos con mujeres líderes de las comunas, que nos proporcionaron los Municipios. Ellas nos condujeron a nuestros primeros casos de trabajadoras a domicilio y posteriormente a través de cada mujer entrevistada se fue llegando a otras trabajadoras en una cadena invisible y muy numerosa.

Se consideraron como trabajadoras a domicilio a las mujeres que trabajaban para un empleador, para alguien que les entregaba trabajo y les pagaba a cambio del mismo. No lo eran quienes vendían directamente su producción en el mercado. El segundo criterio de selección de los casos fue que el trabajo se realizara para la industria de la confección y el vestuario.

La encuesta fue aplicada a una muestra de 300 trabajadoras a domicilio en los meses de junio, julio, agosto y primeros días de septiembre de 1995. Se abordan diversos aspectos de la relación género, trabajo y salud: experiencia laboral, organización del trabajo, relaciones con la empresa, remuneraciones, condiciones del puesto de trabajo, trabajo doméstico, posturas y movimientos en el trabajo, condición de salud-enfermedad, participación social.

El diseño teórico, metodológico y analítico de este estudio se enmarca en una línea de investigación del Centro de Estudios de la Mujer sobre trabajo y salud que busca conocer y comparar las condiciones de empleo en distintos sectores de trabajadoras. Esta se ha propuesto entregar conocimientos sobre trabajo, salud y género y abrir un debate respecto de la eficacia de los enfoques tradicionales en esta materia y de la normativa laboral y social vigente para enfrentar los efectos de la integración de las mujeres al mercado de trabajo en las nuevas condiciones de flexibilización que impone el modelo de desarrollo.

Amas de casa y trabajadoras invisibles

La expansión del trabajo a domicilio como elemento central del proceso de flexibilización en la industria de la confección se sustenta en la existencia de un contingente de trabajadores que opera “como ejército de reserva” o fuerza de trabajo “ociosa”, en tanto es un recurso que no encuentra en el mercado mecanismos alternativos de integración. Esta situación está determinada por una doble subordinación de género y clase de las mujeres de estos sectores sociales.

La información recogida mediante la encuesta nos muestra las condiciones particulares en que se realiza el trabajo industrial a domicilio del sector confección y los problemas de género que se plantean por el hecho de que son mujeres quienes lo realizan. En las opiniones de las entrevistadas aparece con claridad la interferencia del rol doméstico con el rol de trabajadora y las dificultades que se presentan para combinar ambas responsabilidades.

La mayor parte de las trabajadoras de la muestra son mujeres con pareja ya sea casadas (78.3%) o en convivencia (8%), es decir, “amas de casa” responsables del hogar y de los hijos. La mayoría de ellas se ubica en las edades intermedias —entre los 26 y los 45 años— en plena edad reproductiva. Al observar la composición de los grupos familiares vemos que efectivamente la mayor parte de las mujeres se encuentran en etapa de crianza. El 52% tienen entre 2 y 3 hijos y un número importante de mujeres tienen 4 y más hijos. Son pocas las trabajadoras que declaran no tener hijos. Respecto a las edades éstos, en el 60% de los casos las encuestadas tenían hijos menores de 12 años, lo que supone mayor necesidad de atención y cuidado.

Al analizar las motivaciones que conducen a las mujeres a optar por esta forma de trabajo, observamos que así como las exigencias asociadas al ejercicio del rol reproductivo y doméstico empujan a las mujeres a abandonar el ámbito laboral, las necesidades que emanan de la familia la llevan a buscar formas de generar ingresos que complementen o contribuyan a la satisfacción de las necesidades del hogar. El trabajo industrial a domicilio constituye una “opción” que permite combinar ambos roles. Las mujeres se adaptan a la flexibilidad que exige el capital.

Las trabajadoras a domicilio de la confección son en su mayoría ex-asalariadas. En número importante, ex-trabajadoras de la industria de la confección (59.7%), es decir, mujeres que tienen especialización en el oficio, que poseen entrenamien-

to, destrezas en la costura y disciplina en el trabajo fabril de la confección. Son en su mayoría trabajadoras que abandonan el empleo formal por el cuidado de los hijos. Estos datos que reflejan las trayectorias laborales de las mujeres resultan muy interesantes para considerar a las trabajadoras a domicilio como una población de trabajadoras asalariadas de “segunda inserción o segunda etapa” que es aprovechada por la industria que fragmenta y externaliza parte o la totalidad de sus procesos productivos.

La razón principal para iniciarse en la costura a domicilio suele ser por necesidad económica. A medida que aumenta la familia la necesidad de un segundo ingreso es indispensable, los ingresos masculinos son insuficientes porque a menudo son “bajos e inestables” o las parejas “aportan poco” al hogar. Otra razón de interés que señala un 12% de las trabajadoras es la necesidad de contar con ingresos propios, para disponer de ellos con mayor autonomía. Las trabajadoras consideran que esta modalidad de trabajo conlleva muchos aspectos negativos, y que la única ventaja que les brinda el trabajo a domicilio es que permite generar ingresos y al mismo tiempo cuidar a los hijos.

Las condiciones de trabajo en el hogar

Las condiciones de trabajo de esta modalidad de empleo se caracterizan por jornadas extensas, trabajo nocturno, bajas remuneraciones, sin contrato, sin previsión social, inestabilidad y la permanente intrusión del trabajo en el hogar.

La jornada de trabajo diaria suele ser tan extensa o mayor que la de los establecimientos fabriles. En promedio las personas encuestadas trabajaron entre cinco y seis días por semana. Más de la mitad de la muestra superó las 48 horas de trabajo semanal, y los cálculos entre días y horas diarias indican que el 43% de las encuestadas trabajó en promedio más de 11 horas diarias. La jornada de trabajo se prolonga en horario nocturno en más del 80% de los casos. Trabajan de noche, debido a la carga de trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, y los plazos cortos de entrega que imponen los empleadores.

Respecto de la responsabilidad de las tareas domésticas —cocinar, aseo, atender niños y ancianos, trámites, compras, lavado y planchado— que interrumpen su jornada laboral remunerada, éstas suelen ser ejecutadas principalmente por la trabajadora. En las tareas domésticas se mantiene un reparto tradicional por género, las pocas ayudas que recibe la trabajadora en los quehaceres pro-

vienen de otras mujeres: madre, hermanas, hijas, etc. Las parejas y los hijos varones ayudan poco o no colaboran en los quehaceres del hogar.

En cuanto a las remuneraciones, en general son bajas, los tarifados por prenda muy variados, se paga a destajo, en la mayoría de los casos contra entrega semanal. Las trabajadoras que tienen ayudantes son pocas, lo común es que trabajen solas (76.3%) y para un solo empleador, cuando tienen ayudantes generalmente son familiares a los cuales ellas pagan una parte de sus ingresos o se reparten las ganancias en partes iguales. Las trabajadoras son dueñas de sus máquinas, pagan la electricidad, los repuestos y reparaciones y más de la mitad ponía el hilo de coser y otros materiales. Estos costos de producción constituyen un ahorro para el empleador, junto con la reducción de impuestos y el no pago de las prestaciones sociales que corresponden a un trabajador del mercado de trabajo formal.

Entre los agentes físicos de riesgo relacionados comúnmente con el trabajo de costura en las empresas de la confección están la pelusa, el ruido de las máquinas, la luz inadecuada, el frío, el calor y la insuficiente ventilación, entre otros. Cada uno de estos aspectos fue evaluado por las trabajadoras a domicilio.

La pelusa es el agente que más problemas ocasiona en su lugar de trabajo, afectando a la trabajadora y a su familia. Fue considerada excesiva en el 45% de los casos, El frío en el invierno es otro factor que consideraron molesto para trabajar; el 47% declaró que su vivienda es fría en el invierno, lo cual repercute en su salud y en su productividad.

Sin embargo, cuando se preguntó entre todos estos aspectos cuál de ellos le producía más molestias para trabajar, aparece en primer lugar la falta de una habitación exclusiva para taller (29.3%), en segundo lugar la pelusa de las telas (23.7%) y en tercer lugar el frío en el invierno (15.3%).

La falta de un taller para trabajar surge de la imperiosa necesidad de separar familia de trabajo, las entrevistadas se quejan de la estrechez de su lugar de trabajo, la contaminación del ambiente familiar por la pelusa y el ruido de las máquinas que impide escuchar radio o ver televisión a los demás miembros de la familia, cuando trabajan de noche el ruido molesta el sueño de los hijos. Las madres de hijos pequeños manifiestan temor de que éstos se accidenten con las máquinas.

El 42% de las entrevistadas trabaja en un lugar de su vivienda asignado para taller, las demás tra-

bajan en el comedor, dormitorio o el living de la casa. Sin embargo, debido a la escasez de recursos los talleres a menudo no reúnen buenas condiciones para trabajar. Son estrechos, fríos en invierno, con poca ventilación, sin luz natural e iluminación adecuada y poco mobiliario para almacenamiento.

El malestar laboral silenciado

Esta investigación forma parte de una serie de trabajos realizados por el CEM orientados a develar la situación de salud de las mujeres que trabajan en sectores relevantes de la economía nacional. Previo a éste se realizaron tres estudios sobre el perfil epidemiológico de las temporeras de la fruticultura, de las asalariadas de la industria de la confección y de las empresas de procesamiento pesquero.

Estos estudios se basan en una concepción integral de salud que asigna especial importancia a las percepciones personales sobre síntomas y enfermedades basadas ya sea en diagnósticos médicos o en un proceso de autoevaluación del estado de salud o bienestar físico y mental que las propias mujeres hacen de sí mismas. Desde la perspectiva de la salud ocupacional, esta concepción se inserta en un enfoque cuyo eje es la salud del trabajador y no la salud laboral, entendiéndose por esto que el perfil de salud-enfermedad de los trabajadores es el resultado de un conjunto de factores entre los cuales sólo en situaciones muy específicas es posible asociar a condiciones derivadas del trabajo remunerado exclusivamente.

Las condiciones que rodean el quehacer laboral de las trabajadoras, tanto en el ámbito remunerado como doméstico, se expresan en una sintomatología inespecífica en la que es a menudo difícil visualizar y demostrar la acción directa del trabajo. Lumbalgias, malestares y enfermedades circulatorias, tendosinovitis, fatiga, trastornos emocionales y mentales dominan el perfil de salud de las mujeres que trabajan. Son escasos pero muy reveladores los estudios realizados en el país sobre estos temas. Este trabajo tiene como propósito aportar resultados que contribuyan a abrir un debate sobre temas impostergables como: la relación trabajo-salud, la pertinencia de los análisis de género en la salud de los trabajadores; la generalización de un modelo de acumulación flexible y las condiciones de empleo que genera; los espacios de trabajo que abre para las mujeres y las consecuencias previsibles en términos de su salud física y mental.

Las trabajadoras manifiestan una fuerte presencia de malestares y enfermedades osteomusculares y trastornos de la circulación de las extremidades, con una importante prevalencia de problemas visuales y respiratorios y en menor medida problemas auditivos. En particular se destaca la presencia significativa de síntomas y trastornos asociados al estrés como excesivo agotamiento, dolor de cabeza y neurosis. Los estudios realizados por el CEM revelan que los problemas osteomusculares y trastornos de la circulación dominan el perfil de salud-enfermedad de las trabajadoras de la industria de la confección, pesquera, de la fruticultura y también de las mujeres que realizan trabajos a domicilio. Estas enfermedades derivan de un diseño inadecuado de los puestos de trabajo, de los intensos ritmos que imponen hoy los procesos de trabajo y las extensas jornadas laborales en especial de las trabajadoras temporales y a plazo fijo.

Los resultados revelan una relación significativa entre rol reproductivo y malestares lumbares. Entre las trabajadoras a domicilio se constata una mayor presencia de enfermedad lumbar entre aquellas mujeres que tienen hijos menores de 12 años ($p=0.006$). No se constata una relación importante entre número de horas de trabajo doméstico y esas enfermedades, lo que indica que más que la cantidad de trabajo es el tipo de labor que exige el cuidado infantil, el que actúa produciendo los daños señalados.

Un porcentaje extremadamente alto de trabajadoras sufre de problemas a la visión. Sobre el 70% de ellas declaró haber sufrido de disminución de la visión desde que realiza este trabajo y un 36.7% señaló que tenía dificultades para concentrar la vista. Los daños a la visión sufridos por las trabajadoras a domicilio son muy superiores a los que declararon las trabajadoras de la industria de la confección. Entre estas últimas un 19.7% señaló que tenía dificultades para concentrar la vista y un 30.5% declaró haber constatado disminución en la visión. Estos resultados aluden a la dificultad por parte de las trabajadoras domiciliarias de procurarse buenas condiciones técnicas de trabajo en el hogar probablemente debido a su alto costo.

Las jornadas extensas y el trabajo nocturno influyen en el desgaste visual. Así también, el número de horas que las trabajadoras permanecen despiertas influye en los daños en la visión que ha sufrido. Como ya se mencionó anteriormente, las mujeres que trabajan a domicilio no delegan responsabilidades domésticas en otras personas. Mantienen el ejercicio de las actividades domésticas y reproductivas, y trabajan remuneradamente jornadas bastante prolongadas. En consecuencia, tien-

den a prolongar su trabajo hacia la noche para realizar cualquiera de esas actividades o ambas.

La mayor parte de ellas permanece despierta entre 15 y 18 horas diarias. Hay dos grupos en los extremos: uno de pocas mujeres que está despierta 14 o menos horas y otro que lo hace por más de 19 horas. Pues bien, la proporción de trabajadoras que ha sufrido disminución de la visión aumenta en forma progresiva desde un 65.5% entre el grupo que menos horas está despierta (es decir, que más descansa) hasta un 80.5% entre aquellas que señalaron que habitualmente se mantenían despiertas 19 y más horas.

Estas cifras abren numerosas interrogantes respecto al impacto que tienen sobre la salud de las mujeres las condiciones que han impuesto en el mercado laboral la flexibilización de los procesos de trabajo y la desregulación que ha conllevado en las relaciones laborales. Esta flexibilización les ha permitido a las mujeres combinar roles de ama de casa y de trabajadora, pero a un precio alto en términos de desgaste de su salud.

Uno de los aspectos más molestos del trabajo de costura es la contaminación de pelusa o polvo de las telas. La presencia de pelusa en el hogar y la presencia de la enfermedad alergia respiratoria en las trabajadoras es altamente significativa ($p=0.000$). Del total de trabajadoras un 67.7% declaró padecer de alergia respiratoria. También se constató una relación importante entre la presencia de pelusa en el ambiente y el hecho de padecer alergia a la piel ($p=0.027$). A diferencia del ambiente laboral al interior de las industrias, en este caso la contaminación afecta a todos los miembros del hogar, lo que deteriora la calidad de vida del grupo familiar.

El ruido ambiental en el trabajo a domicilio es menor que al interior de la fábrica; sin embargo, se repite el problema de contaminación del ambiente familiar y más allá de los daños auditivos se ha reconocido al ruido como un factor que genera fatiga y estrés. La legislación chilena reconoce el ruido como un agente de riesgo que puede causar neurosis. En el caso de las trabajadoras a domicilio estos efectos nocivos posiblemente se hacen sentir en todos los miembros de la familia.

Las trabajadoras manifestaron sentir mucho agotamiento o fatiga producto de su larga jornada (35.7%). Los resultados expresan que la fatiga se asocia al trabajo nocturno ($p=0.009$), a las horas diarias de trabajo ($p=0.110$), a las horas que la trabajadora permanece despierta ($p=0.000$), a las posturas que exige el trabajo y a la condición de jefa de hogar ($p=0.037$).

Trabajadoras a domicilio
Trabajo nocturno y agotamiento
(En %, N= 300)

| Trabajo nocturno | Mucho agotamiento | | Total |
|---------------------|-------------------|------|-------|
| | SI | NO | |
| No trab. de noche | 17.5 | 82.5 | 100.0 |
| Trab. hasta 2 horas | 28.2 | 71.8 | 100.0 |
| 3 a 4 horas | 40.8 | 59.2 | 100.0 |
| 5 a 6 horas | 45.8 | 54.2 | 100.0 |
| 7 y más horas | 53.8 | 46.2 | 100.0 |

Encuesta CEM, 1995

Trabajadoras a domicilio
Horas diarias de trabajo y agotamiento
(En %, N= 300)

| Horas de trabajo | Mucho agotamiento | | Total |
|------------------|-------------------|------|-------|
| | SI | NO | |
| Hasta 6 diarias | 20.6 | 79.4 | 100.0 |
| 7 a 8 horas | 30.6 | 69.4 | 100.0 |
| 9 a 10 horas | 36.5 | 63.5 | 100.0 |
| 11 y más | 41.5 | 58.5 | 100.0 |

Encuesta CEM 1995

Trabajadoras a domicilio
Horas despiertas diariamente y agotamiento
(En %, N= 300)

| Horas despierta | Mucho agotamiento | | Total |
|-----------------------|-------------------|------|-------|
| | SI | NO | |
| Hasta 14 hrs. diarias | 20.7 | 79.3 | 100.0 |
| 15 a 16 horas | 35.2 | 64.8 | 100.0 |
| 17 a 18 horas | 30.9 | 69.1 | 100.0 |
| 19 y más horas | 63.4 | 36.6 | 100.0 |

Encuesta CEM, 1995

Trabajadoras a domicilio
Posturas en el trabajo y agotamiento
(En %, N= 300)

| Postura es: | Mucho agotamiento | | Total |
|-------------|-------------------|------|-------|
| | SI | NO | |
| Cómoda | 29.2 | 70.8 | 100.0 |
| Incómoda | 51.1 | 48.9 | 100.0 |
| Descansada | 22.7 | 77.3 | 100.0 |
| Cansadora | 39.3 | 60.7 | 100.0 |
| Relajada | 23.4 | 76.6 | 100.0 |
| Forzada | 44.3 | 55.7 | 100.0 |

Encuesta CEM, 1995

Trabajadoras a domicilio
Jefatura de hogar y agotamiento
(En %, N= 300)

| Quién mantiene hogar | Mucho agotamiento | | Total |
|----------------------|-------------------|------|-------|
| | SI | NO | |
| Pareja de la mujer | 32.8 | 67.2 | 100.0 |
| La mujer | 50.0 | 50.0 | 100.0 |
| Ambos por igual | 30.2 | 69.8 | 100.0 |
| Otra persona | 27.8 | 72.2 | 100.0 |

Encuesta CEM, 1995

Los malestares o síntomas más recurrentes como expresión de fatiga son modificaciones del humor y del carácter, perturbaciones del sueño, dolor de cabeza y dificultades de concentración.

A esta sintomatología se asocia la presencia de malestares orgánicos y enfermedades denominadas "del estrés": neurosis, úlcera y gastritis. Las trabajadoras a domicilio entrevistadas (300) manifestaron en una alta proporción sufrir alguno de estos síntomas. Al comparar su estado emocional con las mujeres que desarrollan estas mismas actividades pero al interior de las industrias de la confección, es decir en el sector formal, pareciera que trabajar remuneradamente dentro del hogar genera un mayor nivel de tensión y carga psicológica. Veamos el siguiente cuadro.

Trabajadoras a domicilio y de la industria de la confección que manifiestan enfermedades del estrés. (En %; N= 300; N= 325)

| Enfermedades | Trab. Domicilio | Trab. Industria |
|--------------|-----------------|-----------------|
| Neurosis | 40.3 | 31.4 |
| Úlcera | 18.7 | 17.5 |
| Gastritis | 27.7 | 17.2 |

Encuestas CEM, 1991, 1995

Es muy interesante destacar las diferencias observadas entre las trabajadoras de industrias y las trabajadoras a domicilio respecto al tema que estamos tratando. En el primer caso, la información obtenida reveló dos grupos de factores del trabajo relacionados con niveles altos de fatiga y estrés. El primer grupo se refiere a las condiciones sociales del trabajo, entre las cuales las 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 ambien-

te de trabajo: ruido, calor, frío y las posturas que exige el puesto de trabajo. Estas aparecen incluso con mayor significancia que las condiciones sociales en la explicación de la fatiga y las enfermedades del estrés.

Entre las trabajadoras a domicilio, las condiciones ambientales aparecen con bastante menor relevancia explicativa, lo cual exige un análisis posterior más minucioso. Se puede hipotetizar, por ahora, que en el hogar hay factores del ambiente menos nocivos. El ruido es menor que en las industrias debido justamente al carácter doméstico de la actividad y la temperatura del ambiente laboral es la temperatura del hogar, por lo que podemos suponer que puede ser más adecuada que la de las fábricas. Al igual, sin embargo, que sus compañeras de fábricas, las posturas en el trabajo son cansadoras, incómodas y forzadas y las agotan. Lograr un diseño ergonómico del puesto de trabajo tiene un costo muy alto que las trabajadoras a domicilio no pueden financiar. En las empresas tampoco se asume como una necesidad para mejorar la calidad del trabajo e incrementar la productividad.

En las mujeres que trabajan a domicilio se relevan con mayor significancia aspectos vinculados con su doble desempeño, de madre-ama de casa y de trabajadora, en un mismo espacio y jornada laboral. La suma de las jornadas doméstica y laboral que usualmente se suceden día y noche, la carga simultánea de ambas actividades, los extensos horarios, la falta de descanso, se constituyen en una carga física y emocional en las trabajadoras que se manifiesta en las perturbaciones que ya hemos señalado.

Estos resultados 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

neurofísico y sicosomático de las trabajadoras. El enfoque restrictivo que predomina hoy en la salud ocupacional imposibilita el reconocimiento de estas enfermedades.

Desde esta perspectiva, en los estudios sobre desgaste mental de mujeres trabajadoras resulta especialmente relevante reconocer la acción desgastadora del trabajo doméstico, que en el caso de las trabajadoras a domicilio aparece como eje explicativo central.

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

En Chile, los estudios de salud y trabajo no han incorporado, salvo 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.

Salud-enfermedad y atención médica

Frente a la percepción de enfermedad una alta proporción de trabajadoras declaró que no busca ayuda médica. Esta proporción varía bastante frente a las distintas enfermedades como se describe en el cuadro que presentamos a continuación.

Trabajadoras a domicilio
Consulta médica frente a enfermedades declaradas con mayor frecuencia
(En %, N= 300)

| Enfermedades | % de mujeres que la tuvo | % de mujeres que consultó |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Disminución de la visión | 71.3% | 57.0% |
| Lumbago | 45.3 | 67.6 |
| Neurosis | 40.3 | 54.5 |
| Alergia respiratoria | 33.0 | 18.2 |
| Várices | 32.3 | 18.6 |
| Dermatitis | 28.7 | 47.7 |
| Gastritis | 27.7 | 72.3 |
| Hipertensión | 25.3 | 63.2 |
| Disminución de la audición | 23.3 | 24.3 |

Encuesta CEM, 1995.

Las motivaciones que conducen a las personas

a buscar ayuda médica frente a la percepción de daño o enfermedad son aún parte de los estudios sobre conducta humana que no han sido abordados con la debida profundidad. Una de las razones que se han señalado como más importantes para buscar ayuda profesional en cada caso es el grado de invalidez que provoca el daño para continuar la realización de las labores cotidianas. Esto explicaría la alta demanda de atención médica por lumbago, enfermedad bien conocida por los dolores crónicos que la caracterizan que dificulta no sólo la actividad física cotidiana sino también el sueño y el descanso. Daños mayores, pero menos perceptibles por los sujetos suelen pasar inadvertidos hasta que comienzan a manifestarse en limitaciones e incapacidades, a menudo ya irreversibles. Esto explicaría la relativamente baja consulta médica de las mujeres que declararon haber sufrido pérdida de visión desde que realizan este trabajo. Puesto que éste es un daño que avanza en forma paulatina, es menos perceptible y las medidas tendientes a evitar que progrese se adoptan probablemente muy tarde. Otra de las razones que se han señalado como relevantes es el conocimiento que la población tiene de síntomas o enfermedades, es lo que se llama "la capacidad diagnóstica". Un ejemplo muy descriptivo de esto lo constituye la enfermedad "tendinitis"; si bien, una proporción muy alta de mujeres declaró padecer siempre o frecuentemente dolores de brazos y manos (38%), una muy baja proporción (11.7%) declaró padecer de tendinitis y de éstas sólo un 37% consultó médico por la enfermedad. El desconocimiento actúa como una barrera para reconocer los síntomas, los que se interpretan entonces de otro modo como cansancio u otro. Otro grupo de razones por las cuales se ha señalado, las personas no desarrollan las acciones necesarias para enfrentar y resolver el problema de salud-enfermedad que enfrentan tiene que ver con el hecho de que dichas acciones alteran el desempeño de las actividades diarias (faltar al trabajo, realizar menos trabajo doméstico, etc.) y afectan sensiblemente el presupuesto familiar.

En relación a este tema, la Medicina Social ha puesto énfasis en el concepto de enfermedad como una categoría que encierra un conjunto de elementos subjetivos personales que deben ser considerados para comprender la situación de salud-enfermedad de los grupos humanos y sus conductas frente a la práctica médica.

Al preguntárseles a las mujeres respecto a las causas por las cuales no demandan atención médica frente a la percepción de enfermedad, se per-

filan precisamente razones que tienen que ver con alteraciones de su vida cotidiana como también con su concepto de salud-enfermedad.

El 23 % de las trabajadoras no demanda atención médica frente a la percepción de enfermedad debido a "falta de tiempo": "es una pérdida de tiempo", "no me doy el tiempo para ir", "para no dejar de trabajar", "se pierde tiempo (en el consultorio) y tengo que tener el almuerzo listo", "pierdo de trabajar", "por los quehaceres de la casa", etc.

Los problemas de pérdida de tiempo van muy asociados al hecho de que la mayoría de las trabajadoras acuden a los consultorios de su comuna debido a que no disponen de dinero para pagar los servicios de un médico privado. El 13% de las mujeres señaló que no acude al médico cuando se siente enferma porque no tiene dinero. El 60% de ellas acude al Consultorio de la Municipalidad, lo cual implica normalmente largas esperas: "se pierde tiempo en el consultorio", "va y no consigue hora", "he estado a las seis y no consigo número", "pierdo toda la mañana y hay que hacer cola", etc. Sólo el 31% de las trabajadoras entrevistadas acude a médicos privados, lo que disminuye relativamente el tiempo de espera. Este problema se relaciona directamente con la condición de desprotección social del sector debido a que es una relación de trabajo que no ha sido reconocida legalmente como relación laboral, lo cual deja a las mujeres que lo realizan al desamparo de la seguridad social. Sólo un 50% de las mujeres declaró estar afiliada a algún sistema previsional, el que en el 41% de los casos pertenece al marido.

Frente a las dificultades para obtener la atención profesional necesaria, una proporción muy alta de mujeres posterga la atención médica por "dejación" o "porque considera que la enfermedad no tiene importancia": "no me hago el tiempo", "lo tomo por algo pasajero", "pienso que solo se me va a pasar", "considero que no es muy importante", "pienso que se me va a quitar", "no voy por cualquier cosa", "soy floja para ir al médico", "me siento un rato enferma y después se me pasa", "cuando voy es porque el estómago me duele mucho", etc. Es decir, los problemas asociados a la preocupación por su enfermedad dan lugar a un concepto de salud-enfermedad que tiende a desvalorizar los síntomas hasta que alcanzan un grado mucho mayor.

Finalmente, y muy relacionado con las situaciones anteriores, las trabajadoras (un 16%) señalan como causa de la no consulta "la mala calidad de la atención médica" tanto privada como de los

consultorios, lo que sin duda alguna inhibe cualquier iniciativa orientada a actuar oportunamente sobre los síntomas: "porque es puro negocio", "si uno va le encuentran cualquier enfermedad y le mandan a hacer exámenes", "mucho trámite para conseguir hora", "por la burocracia", "dan puros calmantes", etc.

El trabajo a domicilio es una actividad sumergida e invisible. No aparece registrado como tal en las estadísticas de empleo. Cuando aparece lo hace bajo la forma de "trabajo por cuenta propia" o "independiente" que oculta su verdadera naturaleza. Este hecho implica que las mujeres que lo realizan no son reconocidas socialmente como "trabajadoras" y en consecuencia su trabajo no es regulado contractualmente y ellas no gozan de los derechos de otros trabajadores como vacaciones, salarios mínimos, licencias médicas, subsidios, derecho a jubilación, ni permisos pre y postnatales. Desde la perspectiva de la seguridad en el trabajo, ellas están marginadas de las normativas e instituciones encargadas de velar por condiciones seguras, y de promover, prevenir, curar y rehabilitar a las trabajadoras que sufren daños como consecuencia de los riesgos derivados del ambiente laboral.

Frente a esta situación, hay que plantearse si el sistema público de salud, a través de sus redes de consultorios y hospitales, no debe asumir a este sector como un grupo particular, con necesidades que le son propias y que exigiría el diseño de programas y políticas capaces de cubrir las carencias que hoy está sufriendo. Las perspectivas futuras del país en términos de empleo no permiten pensar en una disminución de este tipo de trabajadores. Por el contrario, la flexibilización de las relaciones laborales tiende a crear cada vez más empleos de esta naturaleza. Hay un desajuste entre la normativa vigente en materia de seguridad en el trabajo y la situación de los trabajadores en el país, particularmente las mujeres, que suelen ubicarse en los niveles más flexibles de las cadenas de empleo.

BIBLIOGRAFIA

- Barañano, M. (compiladora) *Mujer, Trabajo y Salud*. Ed. Trotta, Madrid, 1992.
- Benería, L. y Roldán, M. *The crossroads of class and gender industrial homework, subcontracting and households dynamics in Mexico City*. Chicago Press. USA. 1987.
- Bustamante, C. Echeverría, M. Parra, M. "Condiciones de trabajo en el Servicio de Tesorerías". Tesorería General de la República

CUADRO I

Malestares sufridos con frecuencia en los últimos seis meses.
N=300

| | f | % |
|------------------------------|-----|------|
| Dolor cintura | 176 | 58.6 |
| Dolor cuello/hombros | 149 | 49.7 |
| Dolor de cabeza | 126 | 42.0 |
| Pies y piernas hinchadas | 116 | 38.7 |
| Dolor en las manos/brazos | 114 | 38.0 |
| Dificultad concentrar visión | 110 | 36.7 |
| Mucho agotamiento o fatiga | 107 | 35.7 |
| Dificultad para ir al baño | 95 | 31.7 |
| Sequedad en nariz/garganta | 73 | 24.3 |
| Dolor de ovarios | 69 | 23.0 |
| Dolor de estómago | 58 | 19.3 |
| Silbido en oídos | 46 | 15.3 |
| Excesiva transpiración | 40 | 13.3 |
| Taquicardia | 38 | 12.8 |
| Dificultad para respirar | 31 | 10.3 |
| Ahogos | 27 | 9.0 |
| Dificultad para escuchar | 25 | 8.3 |
| Molestias urinarias | 24 | 8.0 |
| Ronchas/irritación a la piel | 22 | 7.4 |
| Náuseas | 16 | 5.4 |
| Sabañones | 13 | 4.3 |

Encuesta CEM, 1995

CUADRO II

Trabajadoras a domicilio
Perfil de enfermedades
N= 300

| | f | % |
|----------------------------|-----|------|
| Disminución de la visión | 214 | 71.3 |
| Lumbago | 136 | 45.3 |
| Neurosis | 121 | 40.3 |
| Alergia respiratoria | 99 | 33.0 |
| Várices | 97 | 32.3 |
| Dermatitis | 86 | 28.7 |
| Gastritis | 83 | 27.7 |
| Problemas menstruales | 80 | 26.7 |
| Hipertensión | 76 | 25.3 |
| Cistitis | 72 | 24.0 |
| Problemas renales | 71 | 23.7 |
| Disminución de la audición | 70 | 23.3 |
| Hemorroides | 59 | 19.7 |
| Ulcera | 56 | 18.7 |
| Anemia | 52 | 17.3 |
| Problemas cardiovasculares | 49 | 16.3 |
| Reumatismo | 39 | 13.0 |
| Artritis | 37 | 12.3 |
| Tendinitis | 35 | 11.7 |
| Enfermedades respiratorias | 25 | 8.3 |

Encuesta CEM, 1995

Serie Documentos de Capacitación. Santiago, noviembre, 1990.

Bustamante, C. y Sandoval, H. Análisis de la Cobertura en Salud Laboral en Chile. Documento de trabajo N° 78. Programa de Economía del Trabajo (PET). Santiago, enero, 1991

De Konik, Marfa, *et al.* (editores). "Essais sur la Santé de Femmes". Quebec, Canadá. Dirección General de Publicaciones Gubernamentales del Ministerio de Comunicaciones. 1983.

De Laire, Fernando. Nuevas formas de organización del proceso productivo en la industria nacional del calzado: el carácter escindente de la modernización. En: Revista de Economía y Trabajo en Chile. Informe anual. Programa de Economía del Trabajo. Santiago, Chile. 1991-1992.

Díaz, Estrella y Henríquez, Mónica. "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.

Díaz, X. y Schläen, N. La salud ignorada: trabajadoras

de la confección. Centro de Estudios de la Mujer. Santiago. Chile. 1994.

Echeverría, Magdalena. Condiciones de Trabajo y Relaciones Laborales. Documento de trabajo. Dirección del Trabajo. Santiago, Chile. 1996.

Henríquez, H. y Pérez E. La Subestimación de la Participación Femenina en las actividades Económicas: Encuesta Suplementaria a Mujeres Inactivas, PET-SERNAM. 1994.

Jornada Nacional de Prevención de Riesgos y Accidentes y Salud Ocupacional. Compilación de trabajos presentados 3, 4 y 5 de Octubre - 1990. Santiago - Chile. Organizado por Consejo Nacional de Seguridad de Chile.

Medel, J. y Riquelme, V. La salud ignorada: temporeras de la fruticultura. Centro de Estudios de la Mujer. Santiago. Chile. 1994.

Oficina Internacional del Trabajo. Home Work. Conditions of work digest. Vol. 8, Geneva, 2/1989.

Oficina Internacional del Trabajo. Trabajadoras a domicilio: hacia una mayor protección. Documento, Ginebra, 1990.

La salud de las trabajadoras a domicilio en la confección

- Oficina Internacional del Trabajo. Trabajo a domicilio. Informe V (1). Conferencia Internacional del Trabajo. 82.a reunión. Ginebra, 1995.
- Parra, Manuel. "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.
- Prates, Susana. Estrategia exportadora y la búsqueda de trabajo barato: trabajo invisible de la mujer en la industria del calzado en Uruguay. Montevideo. 1983.
- Programa de Economía del Trabajo (PET). Mujer y trabajo informal: trabajo a domicilio (informe de avance). Santiago, 1993.
- Programa Nacional de Salud Ocupacional. Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Departamento Programas de las Personas. República de Chile.
- Salazar, R. y Todaro, R. Las mujeres chilenas: quiénes son y qué hacen. Bases para el cambio. Documento de trabajo. Centro de Estudios de la Mujer. Santiago, Chile. 1992.
- Wirth, Linda. Condiciones de Trabajo de las mujeres frente a la reconversión productiva. 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.