

6_ Salud, género y trabajo: una relación difícil

Documento preparado por las sociólogas Ximena Díaz Berr y Julia Medel Riquelme, integrantes del Centro de Estudios de la Mujer (CEM). Fue enriquecido con el aporte de protagonistas de las Jornadas Participativas que impulsó en regiones del país el Proyecto Equidad, Género y Reforma de Salud en Chile, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Chile, durante el año 2001.



Introducción

La discusión sobre género, trabajo y salud es especialmente relevante hoy en el país, dadas la creciente integración de las mujeres al mercado de trabajo y las condiciones particulares del empleo femenino, las cuales determinan riesgos específicos de que las mujeres se enfermen a causa de la forma en que se desarrolla su actividad laboral.

Por otra parte, en las últimas décadas se han producido cambios significativos en la organización del trabajo, que han implicado precarización de las condiciones de empleo. Destacamos, entre estos cambios, la creciente externalización de actividades de las empresas a manos de terceros, proceso que no ha sido acompañado de regulaciones que velen por el cumplimiento de las normas de prevención en materia de higiene y seguridad en todos los niveles de la subcontratación.

Las mujeres en el mercado de trabajo

1. La actual tasa de participación femenina en Chile es aproximadamente de 37%. El mayor nivel de participación lo alcanzan las mujeres alrededor de los 25 años y se mantiene hasta los 50, después de lo cual comienza a decaer bruscamente. Su tasa de participación varía de acuerdo con el nivel educativo, desde un 26.3% en mujeres con educación básica a un 89.5% en mujeres con 19 y más años de estudio¹. Asimismo, la tasa de

participación más baja se anota entre las mujeres con mayor número de hijos².

2. El empleo femenino se concentra en las ramas de servicios comunales y sociales (con un 44.8% de mujeres), comercio (24.2%) y en la industria manufacturera (13.5%). El análisis por grupos ocupacionales revela una fuerte concentración de las mujeres en servicios personales (68.9% de mujeres en relación con la fuerza de trabajo total), en el sector de empleados de oficina y en el de vendedores (47.4% y 47.2%, respectivamente). El sector agrícola representa una importante fuente de empleo femenino, pero sólo durante algunos meses del año.

3. Respecto de sus condiciones de trabajo, es relevante destacar algunos aspectos que se relacionan directamente con condiciones de riesgo para la salud de las mujeres³:

* hay una presencia considerable (55,6%) en empresas pequeñas -de hasta 9 personas-, en las que se han reconocido condiciones más precarias de trabajo;

* un importante número de mujeres amas de casa urbanas realiza trabajos en sus hogares, sin reconocerse a sí mismas, ni por parte de la normativa laboral, como mujeres trabajadoras⁴,

* se concentran en trabajos en los que se rotan períodos de ocupación-desocupación, y en aquellos donde predominan salarios variables. En ambos casos, son aspectos sociales del trabajo cuya relación con enfermeda-

1 INE. Encuesta Nacional de Empleo, trimestre octubre-diciembre. Santiago; 1998.

2 INE. Censo Nacional de Población. Santiago; 1991.

3 Díaz y Medel: Condiciones de trabajo de la mujer: situación en Chile. En: Trabajo y maternidad. Las normas que protegen la salud de las trabajadoras embarazadas. Documento 91. OIT- Dirección del Trabajo. Santiago; 1998.

4 Henríquez et al.: Trabajadores a control remoto. El trabajo a domicilio en Chile. Dirección del Trabajo. Santiago; 1999.

Salud, género y trabajo: una relación difícil

des es difícil de demostrar.

4. Sufren numerosas formas de discriminación, que las ubican en una situación desfavorable en el mercado:

* La tasa de desempleo, en su caso, es más alta que la de los varones (9.4% de las mujeres versus 7.9% de los hombres⁵), especialmente entre las jóvenes de 15 a 24 años. Además, el tiempo que invierten en la búsqueda de empleo es más largo.

* Reciben salarios más bajos por los trabajos que realizan (el ingreso medio femenino corresponde a un 69.9% del ingreso masculino⁶).

* Una importante proporción, 36.1% de las mujeres y 34.3% de los hombres, no cotiza en el sistema previsional, situación que afecta mayoritariamente a los sectores de menores ingresos y del sector rural. Los años brutos de vida activa de las mujeres llegan a un promedio de 18.5 años, en cambio en los hombres alcanzan a 40.5 años. Muchas mujeres trabajan bajo relaciones contractuales precarias: a tiempo parcial, a honorarios, a domicilio, a trato o plazo fijo. O bien, se insertan en empleos de servicio doméstico, comercio o trabajo agrícola de temporada, en los cuales se vulneran más frecuentemente las obligaciones contractuales. Esta situación las excluye, tanto de los derechos a los beneficios de la ley 16.744 como de los sistemas de registros de enfermedades y accidentes del trabajo vigentes en el país. Cifras de la Dirección del Trabajo revelan que una mayor proporción de mujeres trabaja en situación de falta de contrato (24%), comparada con un 18.6% de los hombres⁷. Esta situación afecta más significativamente a las mujeres de menores ingresos y del área rural.

* Las mujeres siguen siendo las responsables del trabajo reproductivo y las principales proveedoras de afecto y cuidado familiar. Aquellas que trabajan, simultáneamente, en forma remunerada y en el hogar enfrentan los riesgos derivados de la doble carga laboral. Esta exigencia las ha llevado a buscar empleos flexibles, que les permitan conciliar las responsabilidades derivadas del trabajo doméstico y del trabajo remunerado. Las nue-

vas formas de organización del trabajo que se han implementado en las últimas décadas demandan, a su vez, trabajadores/as flexibles, que permitan a las empresas adaptarse más eficazmente a los requerimientos del mercado y disminuir costos de producción. Muchas de estas formas de empleo contienen fuertes rasgos de precariedad que implican mayor carga laboral, desprotección y mayor discriminación en el mercado de trabajo.

¿De qué enferman las mujeres trabajadoras? El déficit de los registros.

En nuestro país no existen estadísticas sistemáticas de enfermedades profesionales por ocupaciones. Además, las tasas de accidentabilidad registradas por rama de actividad económica no permiten hacer comparaciones.

No existe información respecto del total de la población trabajadora, sino sólo de aquella parte que está afiliada a organismos administradores de la ley 16.744. En consecuencia, esta información puede dar cuenta sólo de los problemas de salud-enfermedad que afectan a las personas que trabajan bajo condiciones contractuales.

Estas limitaciones invisibilizan particularmente los problemas de salud de las mujeres por varias razones:

* las mujeres se concentran en ramas que implican bajo riesgo de accidentes, pero alto riesgo de enfermedades laborales, las que se manifiestan frecuentemente después de un largo y lento proceso de desarrollo;

* el trabajo reproductivo (de los hogares) no es considerado «trabajo», desconociéndose el desgaste de la doble carga laboral;

* para conciliar ambas esferas laborales, las mujeres aceptan trabajos remunerados flexibles, pero más precarios y desprotegidos, y en los cuales los registros son más deficitarios.

El enfoque dominante en la salud ocupacional reduce el estudio de las causas a las más inmediatas, referidas al ambiente o a factores técnicos. Por otra parte, el estudio de las enfermedades ocupacionales se limita a las consecuencias específicas derivadas del proceso de trabajo técnico, desechando como factores de riesgo los aspectos sociales del

5 INE. Indicadores del mes, empleo y sectoriales. No. 28. Santiago; 2001.

6 INE. Encuesta Nacional de Empleo, trimestre octubre-diciembre 1998. Santiago, Chile.

7 Dirección del Trabajo. Temas Laborales No. 5 Año 2. Departamento de Estudios. Santiago, Chile; 1997.

trabajo, tanto productivo como reproductivo. Por las condiciones referidas anteriormente, muchas mujeres trabajadoras no están protegidas por la ley de Seguro contra Enfermedades y Accidentes Profesionales N° 16.744. Tres son los impactos del trabajo en la salud que se destacan en relación con las mujeres, cuando se aplica análisis de género:

* En la salud mental, producto de la doble jornada, la no diferenciación de riesgos laborales y la sobrecarga de trabajo.

* Enfermedades músculo-esqueléticas, ya que la organización del trabajo, el diseño de los puestos de trabajo, así como el diseño de las máquinas, es inadecuado, en especial para las mujeres. En su caso se agregan los esfuerzos no cuantificados ni cualificados que representa el trabajo reproductivo (doméstico).

* Trastornos de la salud reproductiva, derivados de la exposición a muy diversos riesgos de tipo físico, biológico y químico.

En el ámbito del sistema de salud, casi el 70% de quienes trabajan en el sector son mujeres. Están sometidas a un exceso de carga laboral y a condiciones de insuficiencia salarial, a lo que se suma el peso emocional que implican las relaciones antagónicas entre usuarias y trabajadoras de la salud, lo que impide el reconocimiento mutuo y una construcción de alianzas que sitúe sus intereses en el espacio intersectorial y el enfoque de género en las propuestas políticas.

Algunos hallazgos sobre la salud de las mujeres trabajadoras.

Los datos disponibles provienen de encuestas y de estudios de casos.

1. Los estudios realizados en el país son coincidentes en destacar que malestares y enfermedades circulatorias, lumbalgias, náuseas, mareos, tendosinovitis, trastornos emocionales y mentales dominan el perfil de salud-enfermedad de las trabajadoras. Esta sintomatología llega a ser cubierta por el Seguro contra Enfermedades y Accidentes Profesionales sólo en casos extremos, en los cuales la relación con el ambiente de trabajo aparece ineludible. La consecuencia inmediata es que las trabajadoras postergan la demanda de atención a sus problemas de salud hasta que el desarrollo de los síntomas alcanza situaciones límites. Asimismo, estos estudios

revelan que una proporción considerable de las trabajadoras (70%)⁸, dependiendo de la enfermedad que padecen, no va al médico cuando se siente enferma debido al exceso de trámites, a la mala calidad de la atención, a la falta de dinero y a la no disposición de tiempo.

2. Cuando se trata de mujeres, se debe tener presente que, en su mayor parte, son dobles trabajadoras, con doble carga y responsabilidad laboral. Los estudios citados revelan una estrecha relación entre su perfil de salud-enfermedad y la carga de trabajo doméstico. Las variables «jefatura de hogar», «número de hijos», «edad de los hijos» y «número de horas diarias de trabajo doméstico» se asocian directamente con mayor presencia de enfermedades lumbares, circulatorias y tensionales.

3. Una buena parte de los trabajos de mujeres implican períodos secuenciales de ocupación y desocupación. Además de la desprotección laboral y social que caracteriza estos últimos períodos, los estudios muestran que los malestares psicológicos aumentan durante la desocupación. El regreso al hogar se asocia a «rutina», «soledad», «aislamiento» y «falta de ingresos».

4. Debido a que sus años brutos de vida activa no superan en promedio los 18.5 años y a que sus remuneraciones son inferiores a las de los varones -tanto el monto de sus cotizaciones como el número de años que cotizan es menor e insuficiente-, las trabajadoras están expuestas a una mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad en la vejez.

Intersectorialidad

El ámbito de la salud laboral requiere de una sinergia con el Ministerio del Trabajo, porque parte de la legislación que protege la salud de las/os trabajadoras/es depende de una ley que emana de este ministerio. Habrá que prestar especial atención al acceso a la protección de la salud por parte del sector informal, el cual está constituido mayoritariamente por mujeres y en la actualidad se encuentra desprotegido.

Se plantea la necesidad de fortalecer el trabajo conjunto con SERNAM, con la Direc-

⁸ Díaz y Medel. Mujer, trabajo y salud: los daños ocultos. En: Revista Trabajo Salud. Mujeres en riesgo, develando lo oculto sobre la salud de las trabajadoras. Cuadernos Mujer Salud/2. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago, Chile; 1997.

ción del Trabajo y con instancias dependientes del Ministerio de Agricultura, enfatizando el mejoramiento de la situación de salud de las mujeres temporeras, así como la participación ciudadana real y efectiva de éstas y del conjunto de las mujeres trabajadoras.

Propuestas dirigidas a las políticas de reforma

Hacia el futuro, se espera un aumento de la participación femenina en el mercado laboral debido a las transformaciones que están ocurriendo a nivel cultural, en las relaciones de género y en la organización de los procesos de trabajo. Esto requiere repensar los sistemas de seguro vigentes con la finalidad de mejorar la calidad de la cobertura de todos los grupos de trabajadores y trabajadoras.

Se sugieren, al menos, las siguientes propuestas para incorporar al debate sectorial e intersectorial de la Reforma de Salud:

1. Diseñar normas que garanticen condiciones adecuadas de prevención y seguridad para los y las trabajadoras ocupados/as en todos los niveles de subcontratación y en las nuevas formas de empleo, como también para que las empresas contratantes asuman responsabilidad subsidiaria en esta materia.
2. Mejorar y homologar los sistemas de registros de las entidades administradoras de la Ley 16.744 (Mutualidades e INP/SNSS), incorporando la variable sexo .
3. Generar, por parte de los organismos del Estado, un sistema único de registro de información en todos los niveles de atención en salud, que incluya la «actividad laboral» de la población que consulta, y permita conocer y hacer un seguimiento de la salud de los y las trabajadoras del país.
4. Otorgar valor económico al trabajo doméstico, haciéndolo visible y valorado a través del sistema de Cuentas Nacionales. En esto les corresponde intervenir al Ministerio de Salud, FONASA, Ministerio de Hacienda y Banco Central, en interacción con la sociedad civil que trabaja en el tema.
5. Hacer efectivo un programa de cuidado de la salud para prestadoras/es del sistema, que incorpore promoción, prevención y re-

cuperación, como parte de una política de recursos humanos orientada a favorecer el mejor estado de salud posible de quienes prestan servicios y asegurando, de esta forma, tanto su derecho a la salud, como una atención con un trato de mayor calidad hacia la población usuaria.

6. Crear a nivel del sector salud una instancia de participación tripartita que incluya al gobierno, funcionarias/os y población usuaria organizada socialmente, la cual no sólo debata las políticas de Reforma de Salud, sino que persista en el tiempo y facilite el ejercicio de control ciudadano en relación con el sistema institucional de salud.

7. Incluir como enfermedades profesionales los trastornos de salud mental; trastornos reproductivos (esterilidad, aborto y parto prematuro); aquellos que derivan de daño por tóxicos presentes en el ambiente de trabajo, y enfermedades músculoesqueléticas (lumbago, artrosis, tendinitis, entre otras).

8. Establecer una normativa sobre los agentes que producen riesgos para la salud en los lugares de trabajo, así como las enfermedades que provocan.. Necesariamente, se debe incorporar el daño a la salud mental en el trabajo, señalando los factores psicosociales que generan estrés laboral y/o carga mental excesiva y prolongada, incluidos el acoso sexual, las humillaciones, los trabajos nocturnos sin asignación de tiempo y espacio para el descanso, entre otros.

9. Modificar el concepto y el estilo de participación actualmente instalado en las instituciones chilenas, promoviendo una participación efectiva del conjunto de las/os trabajadoras/es, a través de instancias validadas que legitimen espacios donde se puedan formular propuestas para la Reforma de Salud con el propósito de incidir en las decisiones y efectuar seguimiento de las políticas de salud aprobadas.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER