

[10]

Salud laboral



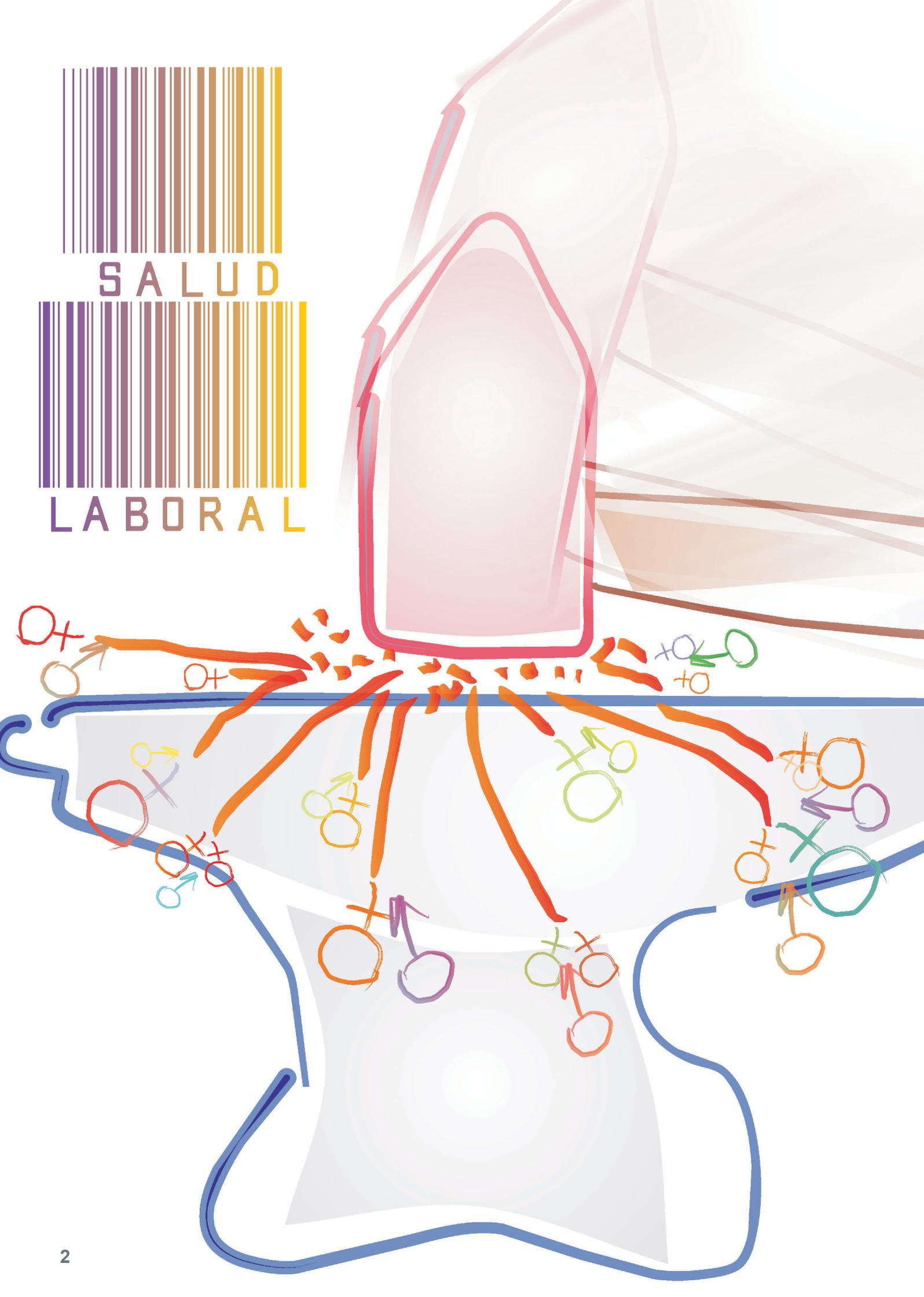
Lucía Artazcoz Lazcano
- [Agència de Salut Pública de Barcelona] -



SALUD



LABORAL



INTRODUCCIÓN

La investigación sobre la influencia del trabajo en la salud se ha desarrollado en dos líneas paralelas. Por un lado, la epidemiología laboral ha centrado su atención preferentemente en los riesgos de seguridad e higiene y en los trabajos manuales propios de los hombres, en los que estos riesgos están más presentes. Las mujeres han trabajado siempre, pero pese a que hace décadas que han entrado en el mercado laboral de forma masiva, hay un insuficiente desarrollo de la epidemiología laboral referida al sexo femenino⁽¹⁾. La situación empieza a cambiar. Los extraordinarios cambios en la producción, en la organización del trabajo y en el mercado laboral que han hecho ampliar el campo de investigación a los riesgos ergonómicos y psicosociales, han supuesto también un incremento del interés por el estudio de dos colectivos tradicionalmente olvidados, las mujeres y los trabajadores más cualificados.

De manera paralela, la investigación de las desigualdades sociales en la salud tiene el trabajo como elemento central de marcos estructurales de análisis diferentes para hombres y mujeres. En ellos se centra en las desigualdades de clase social, habitualmente medida a través de la ocupación. Por el contrario, el marco de roles - que examina generalmente tres roles, la situación laboral, el estado civil o de convivencia y la paternidad o maternidad, donde los papeles de esposa y madre son centrales y el empleo se considera un rol adicional - ha centrado la investigación de los determinantes sociales de la salud de las mujeres⁽²⁾. Este enfoque en el estudio de la salud de las mujeres contrasta con la escasa atención prestada a la influencia de los roles familiares en la salud de los hombres, así como a las desigualdades de género en la salud derivadas de la desigual distribución de las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres^(3,4). Por otro lado, los estudios sobre los determinantes sociales de la salud de las mujeres no han tenido en cuenta el papel de la clase social que, como el género, representa una categoría social que determina diferentes valores y actitudes, recursos y oportunidades.

En nuestro entorno, hablar de salud laboral y mujer significa hablar de problemas de salud reproductiva, relacionados con las diferencias biológicas entre ambos sexos, en muchos casos tratando de proteger la salud del feto más que la de la propia trabajadora. Pero la consideración de la relación entre los trabajos y la salud en las mujeres requiere ampliar este marco de análisis.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD

Al finalizar el estudio de esta unidad los/las participantes de este curso serán capaces de...

- 1.- Examinar** la influencia del trabajo sobre la salud de las mujeres desde un marco de salud laboral centrado en los riesgos del trabajo.
- 2.- Describir** la influencia de los trabajos en la salud desde una perspectiva estructural procedente del análisis de las desigualdades de género y de clase.
- 3.- Para ambos objetivos**, se discuten las limitaciones actuales.



1. Los riesgos del trabajo para la salud

Los problemas de salud laboral que afectan al sexo femenino han recibido menos atención que los de los hombres⁽⁵⁾. Por ejemplo, se ha subrayado que la normativa de seguridad e higiene para los tóxicos químicos protege a las mujeres menos que a los hombres. La mayoría de los estudios para determinar los niveles de seguridad de las exposiciones se han realizado en muestras de hombres jóvenes y los resultados se han extrapolado a las mujeres, sin una evidencia concluyente de su aplicabilidad en el sexo femenino⁽⁶⁾. Pese a que se sabe que existen importantes diferencias de sexo en la estructura ósea, la distribución de la grasa, la función endocrina o el sistema inmune, hay muy pocos estudios sobre el impacto de estas diferencias en la respuesta a las exposiciones a tóxicos, a las exigencias físicas o al estrés térmico⁽¹⁾. Por otro lado, aunque los empleos ocupados tradicionalmente por las mujeres implican con menor frecuencia mover cargas pesadas, ellas están más expuestas a lesiones de trauma repetitivo derivadas de riesgos ergonómicos que a menudo pasan desapercibidos⁽⁷⁾.

Mujeres y hombres difieren en su biología, situación laboral, tipo de ocupación, tareas y responsabilidades asignadas. El análisis de género requiere tener en cuenta todos estos factores en los protocolos de investigación, medir y entender de forma adecuada las exposiciones en el trabajo, las implicaciones de las diferencias de sexo – por ejemplo, la diferente vulnerabilidad a algunos tóxicos o la distinta respuesta al riesgo ergonómico relacionada con las diferencias antropométricas – o de género – por ejemplo, el significado distinto de categorías sociales similares como la ocupación o el estado civil o de convivencia-. Las diferencias en los riesgos laborales a los que están expuestas mujeres y hombres vienen determinadas en gran medida por la profunda segregación sexual del trabajo.

1.1 SEGREGACIÓN SEXUAL EN EL EMPLEO

Existe una marcada segregación de género en el mercado laboral, tanto horizontal como vertical. Por segregación horizontal se entiende que hombres y mujeres trabajan en sectores de actividad económica diferentes, ellas a menudo reproduciendo el rol tradicional de responsables del mantenimiento de la familia y el hogar (empleadas en la sanidad, enseñanza o en el servicio doméstico, por ejemplo). La segregación vertical describe la división jerárquica del poder y de la influencia entre ambos sexos. Los hombres ocupan en mayor proporción posiciones directivas y las mujeres las ocupaciones menos cualificadas, tanto en los sectores feminizados como en los masculinizados. Incluso, aun teniendo el mismo empleo, las tareas realizadas por mujeres y hombres son, con frecuencia, distintas^(8,9).

Además de las diferencias de género en los riesgos laborales clásicos, también las hay en los factores de riesgo psicosocial. En la Unión Europea el



trabajo de las mujeres se caracteriza por ser más monótono, con menos participación en la planificación, con más exigencias, con más acoso moral, con más acoso sexual, con menor salario, más de cara al público, con menos perspectivas de promoción y con más precariedad laboral⁽¹⁰⁾. Debe incrementarse la investigación sobre las razones de la concentración de las mujeres en las ocupaciones menos cualificadas, de las causas del “techo de cristal”⁽¹¹⁾, tanto las estructurales como las relacionadas con actitudes asociadas a la socialización de género, y de la discriminación en el mercado laboral⁽¹²⁾. Uno de los factores que limita la progresión de las mujeres en la jerarquía está relacionado con los estereotipos existentes que describen a las mujeres como pasivas y tímidas, lejos del estereotipo de liderazgo que considera como cualidades imprescindibles para el éxito las asociadas a la “masculinidad” (agresividad, competitividad, capacidad de decisión y fortaleza). Sin embargo, existe evidencia de que cualidades que han sido consideradas tradicionalmente como “femeninas” (integridad, diligencia, capacidad de colaboración y sinceridad) son beneficiosas para la organización. Por otro lado, la falta de políticas de conciliación de la vida laboral y familiar ha sido uno de los factores más importantes en la limitación de la carrera profesional de las mujeres. Afortunadamente, cada vez más, las empresas son conscientes de la ventaja de tener un personal directivo con un buen equilibrio entre su vida laboral y familiar⁽¹³⁾.

Existen también diferencias en las horas de trabajo, en gran parte relacionadas con los diferentes roles de mujeres y hombres en el ámbito familiar. Así, las mujeres trabajan con mayor frecuencia que los hombres a tiempo parcial como estrategia para compaginar la vida laboral y la familiar. Sin embargo, según la III Encuesta Europea de Condiciones del Trabajo, el trabajo a tiempo parcial es más monótono, con menos oportunidades para aprender y desarrollar las habilidades y peor pagado en términos de precio/hora⁽¹⁰⁾. Además, en España el trabajo a tiempo parcial se asocia a precariedad laboral. Según el Consejo Económico y Social, ésta sería una de las razones por las que en nuestro país está mucho menos extendido que en otros países de nuestro entorno⁽¹⁴⁾. Por el contrario, alargar la jornada laboral – lo que en ocasiones se asocia con la convivencia con hijos o hijas y con el papel tradicional del hombre como principal proveedor de los recursos económicos del hogar – es más frecuente en los hombres⁽¹⁵⁾.

1.2 SEGREGACIÓN SEXUAL EN EL TRABAJO DOMÉSTICO

La segregación de género es también obvia en la esfera privada de la familia donde la mayor parte de las tareas domésticas – cocinar, limpiar la casa, la ropa o cuidar de las personas dependientes – corresponden a las mujeres, mientras los hombres se encargan del trabajo del mantenimiento del coche y de las pequeñas averías del hogar. Estas desigualdades se dan también entre las mujeres de clases más privilegiadas. La diferencia respecto a las más desfavorecidas es que tienen recursos económicos suficientes para delegar algunas de las tareas domésticas en personas contratadas.

El trabajo doméstico es un ejemplo de un ambiente que ha sido señalado repetidamente como parte del entorno laboral pero la mayoría de los estudios sobre los riesgos del trabajo se centran en el trabajo remunerado. Los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo doméstico no se registran sistemáticamente y están infraestimados. Desde una perspectiva



de género esta invisibilidad es de especial importancia ya que las mujeres sufren con más frecuencia accidentes relacionados con el trabajo del hogar.

Hay pocos estudios sobre la exposición a otros riesgos en el ámbito doméstico que sin embargo pueden tener consecuencias importantes para la salud. Así, se ha documentado la relación entre las tareas de limpieza y el asma⁽¹⁶⁾. La investigación sobre los posibles riesgos del uso de productos de limpieza, de reparación o de mantenimiento de los jardines domésticos para la salud de mujeres y hombres es un tema pendiente en la agenda de la epidemiología laboral.

El trabajo doméstico significa también la exposición a riesgos relacionados con las tareas de cuidado de personas dependientes o discapacitadas, lo que además de un esfuerzo físico y mental implica, a menudo, una gran exigencia emocional. Se ha señalado que el cuidado informal “se escribe en femenino singular⁽¹⁷⁾”. En España el 84% de las personas que cuidan mayores de 65 años son mujeres⁽¹⁸⁾. Muchos estudios evidencian el impacto de cuidar sobre diferentes indicadores de salud, si bien la mayor consistencia se observa en relación con la salud mental. Además, cuidar de las personas dependientes con frecuencia supone limitaciones en la vida social y laboral⁽¹⁹⁾. La investigación epidemiológica tiene aún muchas preguntas que responder en relación con el impacto del cuidado de las personas dependientes en la salud.

2. Desigualdades en la salud relacionadas con el trabajo

A diferencia de los países del norte de Europa, Gran Bretaña o América del Norte donde la investigación sobre el papel de los trabajos como determinantes sociales del estado de salud tiene una larga tradición, en España hay pocos estudios de esta naturaleza.

El análisis de los determinantes sociales del estado de salud de hombres y de mujeres se ha abordado de forma diferente. En ellos se ha adoptado un marco estructural dominado por las desigualdades de clase social, habitualmente medida a través de la ocupación, o bien modelos de estrés basados en el riesgo psicosocial del trabajo remunerado. Por el contrario, el marco de roles (que analiza tres roles, la situación laboral, el estado civil o de convivencia y la paternidad o maternidad), donde los papeles de esposa y madre son centrales y el empleo se considera un rol adicional, ha centrado la investigación de los determinantes sociales de la salud de las mujeres⁽²⁰⁾. Mientras en España se han realizado bastantes estudios sobre las desigualdades de clase en salud, prácticamente no los hay sobre la relación entre los roles sociales y la salud.

Numerosos estudios de la literatura documentan que las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa^(21,22,23). Además se ha comprobado que este hecho no



se debe simplemente a un “efecto de la trabajadora sana”^(24,25,26). Algunos de los beneficios que proporciona el empleo son las oportunidades para desarrollar la autoestima y la confianza en la propia capacidad de decidir, el apoyo social para personas que de otra forma estarían aislados y las experiencias que aumentan la satisfacción con la vida⁽²⁾. Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la unidad familiar. Estas observaciones apoyan la hipótesis de la “potenciación de rol”, según la cual los diferentes roles pueden actuar como fuentes alternativas de bienestar.

Sin embargo, otros estudios dan soporte a las hipótesis de sobrecarga y conflicto de rol. Se ha documentado que el empleo tiene efectos beneficiosos sobre la salud de las mujeres solteras pero no sobre la de las casadas⁽²⁵⁾ o que entre las madres estos beneficios se limitan a las que trabajan a tiempo parcial^(27,28,29). Parece que cuando la carga de trabajo total es alta, combinar la vida laboral y la familiar puede dañar la salud.

Si la limitada caracterización de la carga de trabajo asociada a la ocupación de diferentes roles es una de las razones que explicaría las contradicciones observadas, también el contexto socioeconómico y cultural merece más atención. Así, se han documentado interacciones significativas entre la situación laboral y la desventaja social – medida a través del estado civil y de la propiedad de la vivienda – en el análisis de los determinantes sociales de la salud⁽³⁰⁾. Además, los roles familiares y laborales pueden tener diferente significado e impacto entre países. La mayoría de los estudios sobre la influencia de las diferentes configuraciones de roles en el estado de salud se han realizado en el norte de Europa, Gran Bretaña y América del Norte, pero se sabe muy poco sobre la situación en países del sur de Europa como España, en los que todavía persisten actitudes tradicionales en relación con los roles sociales de hombres y mujeres. Aportamos aquí algunos datos que permiten conocer mejor la situación española.

2.1 MUJERES OCUPADAS Y AMAS DE CASA

En el contexto español, aún con actitudes tradicionales en relación con los roles sociales de hombres y mujeres, con una baja participación de los hombres en las tareas de casa y pocos recursos comunitarios para el cuidado de las personas dependientes, bien pudiera suceder que el empleo no aportara beneficios a la salud de las mujeres. Rohlfs y col⁽³¹⁾, documentaban que en Barcelona las mujeres empleadas tenían mejor estado de salud que las que trabajaban a tiempo completo como amas de casa. El hecho de no restringir la población de estudio a mujeres con responsabilidad principal en las tareas del hogar (una proporción significativa de mujeres ocupadas probablemente vivía con sus padres y tenían poco trabajo en casa), no despeja totalmente la duda de si realmente el empleo aporta beneficios o no a esa mayoría de mujeres ocupadas que además tiene que asumir el trabajo doméstico. Además los resultados pueden cambiar según el indicador de salud analizado.

Así, en nuestro entorno no parecen tan claros los beneficios aportados por el empleo para la salud de las mujeres con responsabilidad principal en la unidad familiar. En un estudio en mujeres catalanas de 25 a 64 años casadas o que vivían en pareja en el que se analizaron diferentes indicadores de



salud, aunque se observó en general un mejor estado de salud entre las empleadas, los resultados fueron más consistentes para las mujeres con bajo nivel de estudios. En cambio ni en las mujeres de clase social alta ni en las de baja se observaron diferencias en el estado de salud mental según la situación laboral⁽³²⁾. Sin embargo, las amas de casa tenían un mayor riesgo de consumir ansiolíticos, antidepresivos y tranquilizantes. Este mismo hallazgo sobre el estado de salud mental y el consumo de fármacos relacionados ha sido documentado también con datos de la Encuesta de Salud de Barcelona (2000)⁽³³⁾. Estos resultados sugieren que el hecho de no encontrar diferencias en el estado de salud mental según la situación laboral podría ser debido a que los potenciales beneficios aportados por el empleo quedan enmascarados por el mayor consumo de tranquilizantes entre las amas de casa.

En el año 2000, también entre mujeres de 25 a 64 años, casadas o que vivían en pareja, no se observaron diferencias en el estado de salud percibido según la situación laboral ni en la Comunidad Valenciana ni en la ciudad de Barcelona⁽³³⁾.

2.2 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL IMPACTO DE LA COMBINACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR EN LA SALUD

Estudios realizados en población ocupada de 25 a 64 años, casada o que vive en pareja en Catalunya^(34,35), Euskadi⁽³⁶⁾ y Navarra⁽³⁷⁾ evidencian el impacto negativo de la doble jornada - con la carga de trabajo doméstico básicamente medida a través del número de personas en el hogar - sobre diferentes indicadores de salud en mujeres, pero ninguna asociación en los hombres. También, utilizando los datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana, se reproduce el mismo hallazgo. Además, en Catalunya y en Euskadi se comprobó que este efecto negativo de la carga de trabajo doméstico se limitaba a las trabajadoras de clases más desfavorecidas^(34,36). Este hallazgo sugiere que las mujeres de clases pudientes cuando intentan conciliar la vida laboral y familiar pueden costearse los recursos necesarios para hacerlo; en cambio las menos privilegiadas parece que “financian” la conciliación con su propia salud. Cuestiona además las políticas de conciliación o de familias numerosas basadas en beneficios económicos fijos que no tienen en cuenta la situación económica de la unidad familiar.

Es interesante señalar que en Catalunya se observó que vivir con personas mayores de 65 años tenía un efecto protector en la salud de las trabajadoras de clases sociales menos privilegiadas, lo que podría explicarse por su apoyo operativo, emocional o económico, haciéndose cargo de parte de la carga asociada al trabajo doméstico que de otro modo recaería en la trabajadora⁽³⁴⁾. También se ha documentado en nuestro medio el efecto protector de disponer de una persona contratada para las tareas domésticas en las mujeres, independientemente de la edad y de la clase social⁽³⁵⁾. Ninguna de estas variables se asoció con la salud de los hombres. Estos hallazgos ponen de manifiesto el potencial efecto beneficioso de la reducción de la carga de trabajo doméstico en la salud de las mujeres empleadas.



2.3 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL IMPACTO DEL PARO SOBRE EL ESTADO DE SALUD MENTAL

Se ha documentado ampliamente la asociación entre el paro y el mal estado de salud, sobre todo la mental, pero se sabe aún poco sobre la posible existencia de diferencias de género o de clase social. En un estudio realizado hace más de una década, del Llano⁽³⁸⁾ mostraba la asociación del paro con el mal estado de salud, así como la existencia de dos factores que actuaban como modificadores del efecto: el estrés debido a causas económicas y el apoyo social y familiar.

Un estudio más reciente basado en datos de la Encuesta de Salud de Catalunya evidenciaba el efecto protector de las prestaciones de desempleo. Además, en contra del hallazgo descrito por algunos autores de un menor efecto del paro en la salud de las mujeres que se atribuye a la centralidad del empleo en los hombres, este estudio demostraba que el efecto del paro sobre la salud se explica de forma más compleja, depende en gran medida de los roles familiares y lo hace de forma diferente según el sexo y la clase social. Mientras el impacto negativo en personas solteras es similar en hombres y mujeres y depende de recibir prestaciones de desempleo o no, entre las casadas el paro tiene menor efecto en las mujeres y el colectivo más afectado es el de los hombres desempleados de clases más desfavorecidas, principales proveedores de los recursos económicos del hogar que sufren probablemente mayor tensión por las dificultades económicas⁽³⁹⁾.

Los estudios sobre el efecto de la contratación temporal en el estado de salud son muy escasos, sobre todo si se comparan con los que analizan el paro. Recientemente se documentaba en población activa de la ciudad de Barcelona una relación positiva de la contratación temporal y el mal estado de salud mental y la insatisfacción laboral, sobre todo en hombres trabajadores manuales mayores de 35 años, lo que podría tener relación con su menor grado de empleabilidad, así como con la mayor importancia relativa del trabajo remunerado en relación con la familia, en comparación con las trabajadoras de características similares⁽⁴⁰⁾.

3. Conclusiones

La situación de las mujeres en el trabajo, tanto en el remunerado como en el doméstico, es más desfavorable que la de los hombres, lo que explica en buena parte las desigualdades de género en salud. Es importante que las políticas salud laboral, de empleo y los procesos de negociación colectiva sean sensibles a las desigualdades de género en el mercado laboral y en el trabajo doméstico. Asimismo es necesario implantar en las empresas estrategias orientadas, no sólo a conseguir una igualdad de oportunidades real en el empleo sino también a que hombres y mujeres sean igualmente responsables de las obligaciones relacionadas con el mantenimiento de la unidad familiar.



AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Enlaces a páginas Web

<http://genero.sespas.es/>

- Grupo de Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

[http://www.juntadeandalucia.es/ep-](http://www.juntadeandalucia.es/ep-escuelasaludpublica/redgenero/web/esp/index.asp)

[escuelasaludpublica/redgenero/web/esp/index.asp](http://www.juntadeandalucia.es/ep-escuelasaludpublica/redgenero/web/esp/index.asp)

- Grupo de Investigación Temática de Género y Salud

<http://www.ccoo.es/>

- Comisiones Obreras

<http://www.ugt.es/Mujer/mujer.html>

- Unión General de Trabajadores (mujer)

<http://www.etuc.org/>

- European Trade Union Confederation

<http://hesa.etui-rehs.org/uk/default.asp>

- Health Trade Union Institute-Research, education, health and safety

<http://www.eoc.org.uk/>

- Equal Opportunities Commission

http://ec.europa.eu/dgs/employment_social/index_en.htm

- European Union. Directorate General for Employment, Social Affairs & Equal Opportunitie

<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/gender/index.htm>

- International Labour Organization. Safe work. Gender issues

http://www.who.int/occupational_health/en/

- World Health Organization. Occupational Health

<http://www.unites.uqam.ca/cinbiose/ANGLAIS/WOMEN.HTML>

- CINBIOSE



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, Wegman D, Stock SR, de Grosbois S. Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *Am J Ind Med* 2003; 43: 618-629.
- 2 Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann Rev Public Health* 1987; 8: 25-51.
- 3 Hall EM. Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. *Int J Health Serv* 1992; 22: 239-260.
- 4 Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociology of Health and Illness* 1993; 15: 632-664.
- 5 Niedhammer I, Saurel-Cubizolles M-J, Piciotti M, Bonenfant S. How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks? *Occup Environ Med* 2000; 57: 329-337.
- 6 Messing K. Prostitutes and chimney sweeps both have problems: towards full integration of both sexes in the study of occupational health. *Soc Sci Med* 1993; 36: 47-55.
- 7 Punnett L, Bergqvist U. Musculoskeletal disorders in visual display unit work: Gender and work demands. *Occup Med State Art Rev* 1999; 14:113-24.
- 8 Messing K, Dumais L, Courville J, Seifert AM, Boucher M. Evaluation of exposure data from men and women with the same job title. *J Occup Med* 1994; 36: 913-917.
- 9 McDiarmid M, Olivr M, ruser J, Gucer P. Male and female rate differences in carpal tunnel syndrome injuries: Personal attributes or job tasks? *Environ Res* 2000; 83: 23-32.
- 10 Paoli P, Merllié D. Third European survey on working conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
- 11 Colomer C, Peiró R. ¿Techos de Cristal y escaleras resbaladizas? *Gac Sanit* 2002;16:358-60.
- 12 Krieger N. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int J Health Serv*. 1999;29:295-352.
- 13 Breaking glass ceiling through the glass ceiling. Women in management. Geneva: International Labour Office; 2004.
- 14 Consejo Económico y Social. Panorama sociolaboral de la mujer en España, número 22. Madrid: Consejo Económico y Social; 2000.
- 15 Artazcoz L, Cruz JL, Moncada S, Sánchez A. Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gac Sanit* 1996;10:282-292.
- 16 Medina-Ramón M, Zock JP, Kogevinas JP, Sunyer J, Anto JM. Asthma symptoms in women employed in domestic cleaning: a community based study. *Thorax* 2003;58:950-954.
- 17 Rodríguez P. El problema de la dependencia en las personas mayores. *Documentación social* 1998; 112: 33-63.
- 18 Álvarez M. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles El entorno familiar. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
- 19 García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl. 2): 83-92.
- 20 Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann Rev Public Health* 1987; 8: 235-51.
- 21 Nathanson CA. Illness and the feminine role: a theoretical review. *Soc Sci Med* 1975; 9: 57-62.



- 22 Nathanson CA. Social roles and health status among women: The significance of employment. *Soc Sci Med* 1980; 14: 463-471.
- 23 Verbrugge, LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 16-30.
- 24 Passannante MR, Nathanson CA. Female labour force participation and mortality in Wisconsin, 1974-1978. *Soc Sci Med* 1985; 21: 655-665.
- 25 Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav* 1998; 39: 216-236.
- 26 Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s. *Soc Sci Med* 1997; 44: 773-788.
- 27 Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness* 1992; 14: 313-343.
- 28 Walters V, Denton R, French S, Eyles J, Mayr J, Newbold, B. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1627-1636.
- 29 Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med* 1999; 48:99-115.
- 30 Arber S. Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991; 32: 425-436.
- 31 Rohlfs I, De Andres J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barcelona)* 1997; 108: 566-571.
- 32 Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med* 2004;59:263-74.
- 33 Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Pasarín I. Enquesta de Salut de Barcelona 2000. Diferències i desigualtats de gènere en salut. La població de 25 a 64 anys. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2003.
- 34 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 639-47.
- 35 Artazcoz L, Borrell, C, Rohlfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001; 15: 150-3.
- 36 Artazcoz L, García-Calvente MM, Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz JJ, Ramos JL et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En: Juan M. Cabasés, Joan R. Villalbí, Carlos Aibar (eds). *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe Sespas 2002*. Valencia: SESPAS; 2002.
- 37 Artazcoz L, Artieda L, Borrell, C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? *Eur J Public Health* 2004; 14: 43-48..
- 38 Del Llano J. Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en población en edad de trabajar en el municipio de Madrid [Tesis doctoral]. Madrid 1991: Universidad Complutense.
- 39 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interaction between gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* (en prensa).
- 40 Artazcoz L, Cortès I. La importancia del género y la edad en el efecto de la contratación temporal sobre la salud mental de la población trabajadora. *Gac Sanit* 2003; 17 (Supl. 1): 8.



CASO PRÁCTICO

Reflexión sobre las diferencias de género en los riesgos laborales:

El objetivo de este caso práctico es romper con los tópicos existentes en relación con los riesgos laborales. Deben quedar claros tres puntos:

1.- Los accidentes laborales no son los únicos riesgos laborales a tener en cuenta.

2.- Los riesgos más frecuentes que, dada la evolución del mercado laboral, lo serán aún más con el tiempo, son los factores de riesgo psicosocial.

3.- La perspectiva de género en salud laboral no se limita, ni mucho menos, a la protección del embarazo.

Se plantea al alumnado la siguiente cascada de preguntas, algunas como respuestas individuales y otras como trabajo de grupo.

P. Pregunta dirigida a todo el grupo. En general, ¿quienes están más expuestos a los riesgos laborales los hombres o las mujeres?

R. Como consecuencia de la visión generalizada de los accidentes laborales como el principal factor de riesgo del trabajo remunerado es muy probable que una buena parte del alumnado considere que los hombres están más expuestos a riesgos laborales. La cuestión no es quién está más o menos expuesto, sino que dada la segregación de género del mercado laboral, mujeres y hombres están expuestos a riesgos distintos. Es obvio que los accidentes laborales son mucho más frecuentes en los hombres, sobre todo los graves y mortales pero las mujeres lo están más a otro tipo de riesgos como después se verá. Debe explicarse aquí la existencia de la segregación de género en el trabajo, tanto horizontal (mujeres concentradas en la sanidad, la educación y el trabajo doméstico y ellos más representados en la industria y la construcción, sectores con más riesgo de accidentes) como vertical.

P. Pregunta dirigida a todo el grupo ¿Cuáles son los principales riesgos laborales en las mujeres?

R. Es muy probable que muchas respuestas se relacionen con la salud reproductiva y el embarazo. Para romper este tópico, vale la pena recordar un estudio en el que las autoras parten de la premisa de que las prioridades en salud las deciden técnicos y políticos sin tener en cuenta la opinión de la ciudadanía. Así, parece existir consenso en que la prioridad en salud de la mujer en países en desarrollo, como Ghana en el que se desarrollo la investigación, es la salud reproductiva. Sin embargo, la opinión de las propias mujeres es bien distinta:

“Los trastornos de salud reproductiva no fueron prácticamente mencionados. Alrededor del 75% de las entrevistadas identificaron como problemas más importantes los de carácter psicosocial tales como pensar demasiado o preocuparse demasiado. Además los relacionaban con su fatiga crónica o sus dificultades para dormir. Los dolores de cabeza y los dolores en gene-



ral también fueron repetidamente mencionados. Las mujeres atribuían estos trastornos a sus roles en el trabajo. Hablaban de la división sexual del trabajo, su alta carga de trabajo, su inseguridad económica y su responsabilidad en el cuidado de las criaturas”.

P. Pregunta a desarrollar en un trabajo de grupos de 15 minutos. Debe hacerse reflexionar al alumnado sobre su propia experiencia en el trabajo en los pasados 15 días y reformular la pregunta: ¿Qué es aquello de tu trabajo que te ha afectado a ti y a tus compañeros y compañeras más negativamente en el día a día, aquello que no se te va de la cabeza, que más altera tu bienestar y tu calidad de vida? Se debe solicitar que la respuesta sea intuitiva y rápida, evitando el lenguaje técnico y utilizando el de la vida cotidiana.

R. Buena parte de las respuestas reflejarán factores de riesgo psicosocial. A continuación se ofrece un ejemplo real de tal tipo de respuesta en un colectivo de trabajadores manuales poco cualificados:

- Los superiores, sus cambios de ánimo
- Los superiores que te cambian de trabajo constantemente, sin explicaciones
- Los superiores que son muy autoritarios
- No te dejan opinar (a ti no se te paga por pensar)
- Cambios de turno
- Miedo de perder el trabajo
- Es un trabajo en el que no puedes cambiar nada, no puedes ser creativo
- Bajo salario, con todo lo que trabajamos
- No hay gratificación, reconocimiento por parte de los encargados
- Ritmos de trabajo, se trabaja más con menos gente
- Falta de formación, te dejan allá y te buscas la vida
- Falta de información, te dejan vendido
- Haz eso y te buscas la vida
- Falta de respeto de los “encargadillos”.

Este ejercicio permite al profesorado explicar brevemente los factores de riesgo psicosocial a partir de los dos modelos más reconocidos por la comunidad científica. El más antiguo, desarrollado por Robert Karasek es el centrado en las exigencias psicológicas del trabajo (volumen de trabajo, presión de tiempo e interrupciones), el control sobre el trabajo (la oportunidad de desarrollar las habilidades y la capacidad de tomar decisiones) y el apoyo social de colegas y superiores. Más recientemente, Siegrist desarrolla un modelo complementario basado en el equilibrio entre el esfuerzo y las compensaciones del trabajo. Por compensaciones se entiende el reconocimiento y valoración del trabajo, el salario adecuado al esfuerzo y el control de estatus, es decir, la certeza sobre el futuro laboral o las perspectivas que nos habíamos creado en torno a él (falta de perspectivas de promoción, inestabilidad laboral, cambios no deseados e inconsistencia de estatus, es decir, trabajar en un empleo por debajo de la propia cualificación).



P. Pregunta a desarrollar en un trabajo de grupos de 15 minutos. Llegados a este punto, se formula la siguiente pregunta: En relación con los diferentes factores de riesgo psicosocial, ¿cuál es en tu opinión la situación de mujeres y hombres en relación con cada uno de los factores de riesgo psicosocial en Europa?

R. La respuesta viene dada por la III Encuesta Europea de Condiciones del Trabajo (2000). En la UE-15 el trabajo de las mujeres es más monótono, con menos participación en la planificación, con más exigencias, con más acoso moral, con más acoso sexual, con menos salario, con menos perspectivas de promoción y con más precariedad laboral. Por otro lado, y también según datos procedentes de la misma encuesta, el trabajo a tiempo parcial, una de las iniciativas más extendidas para permitir conciliar vida laboral y familiar a las mujeres se caracteriza por ser más monótono, con menos oportunidades para aprender y desarrollar las habilidades, peor pagado en términos de precios/hora, suponer una reducción de las pensiones de jubilación, limitación de las perspectivas de promoción, menos mujeres en los puestos de decisión y además se asocia a inestabilidad laboral.

Conclusión

Finalmente, vale la pena señalar que la introducción de la perspectiva de género en el trabajo no significa únicamente ir más allá de los riesgos clásicos de seguridad e higiene y considerar los riesgos psicosociales o de interpretar que la protección de la salud reproductiva es el principal objetivo del abordaje de género en la salud. Es también considerar el trabajo doméstico y familiar, lo que hace más complejo el análisis.

